

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAT DE FILOSOFIA I CIÈNCIES DE L'EDUCACIÓ



PROGRAMA 3117 RD 99/2011 DE DOCTORADO EN EDUCACIÓN
ESTUDIOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS Y COMPARADOS DE LA EDUCACIÓN

**LAS AULAS HOSPITALARIAS EN ESPAÑA. UN
ESTUDIO COMPARADO DE LAS COMUNIDADES
AUTÓNOMAS DE ANDALUCÍA, EXTREMADURA,
MADRID, PAÍS VASCO Y COMUNIDAD
VALENCIANA**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Patricia Asensio Ramón

Dirigida por:

Dr. D. Luís Miguel Lázaro Lorente

Valencia, 2017

**“Mucha gente pequeña en lugares pequeños,
haciendo cosas pequeñas,
pueden cambiar el mundo.”**

Eduardo Galeano

**“Bienaventurados los locos, porque de ellos
será el reino de los sueños.”**

Anónimo

Agradecimientos

Desde hace más de dos décadas ha habido dos ámbitos profesionales que me han motivado con creces a nivel personal y profesional: El Educativo y el Sanitario. Con este trabajo de investigación se me ha brindado la oportunidad de dar a conocer los Programas de Atención Educativa Hospitalaria, ese mundo tan complejo pero a su vez tan sencillo como es desarrollar la acción educativa dentro del ámbito hospitalario.

Durante estos años este trabajo de investigación ha sido posible gracias a personas que, de manera directa o indirecta, se han implicado de múltiples maneras, y han hecho posible que se haya podido llevar a cabo.

En primer lugar, quiero dar las gracias a mis padres, hermanos y hermana, por estar a mi lado en todo momento, tener su apoyo y animarme a finalizar este trabajo.

Mis siguientes agradecimientos van dirigidos a mi Director y compañero de departamento, el Dr. Luís Miguel Lázaro Lorente por haberme dado la posibilidad de apostar, ante tan inquietante investigación que tiene para mi persona, la Pedagogía Hospitalaria. Ha confiado plenamente en mí aportándome su tiempo y dedicación para que pudiera desarrollar uno de mis sueños, y es traer al mundo universitario un campo tan desconocido como es el ámbito educativo hospitalario.

Agradecer también al departamento de Educación Comparada e Historia de la Educación de la Universidad de Valencia por brindarme la posibilidad de impartir docencia y cumplir otro de mis sueños, impartir docencia en la Universidad. También agradecer a mis compañeros por darme apoyo durante todo el proceso de investigación.

Doy las gracias al apoyo ofrecido de mis amigas, Amaranta, Amaya y Raquel, ajenas ellas a la Universidad, pero que han estado pendientes en todo momento de mis estados de ánimo, especialmente en la fase final. A mi amigo Manolo, informático del Hospital Clínico y que me ha echado una mano en todas las dudas referentes al formato, así como a mi amigo Juan Carlos y a mi amigo Pepe, por estar ambos en los malos momentos. A mi amiga y compañera Isabel Viana que tanto tengo que agradecerle. A mi profesora y actualmente compañera de facultad, Paz Cánovas, ya que desde el principio de la investigación me ha apoyado y animado intuyendo que en un pasado dicho ámbito educativo le atraía quizás tanto como a mí. A mi nuevo compañero de planta, Vicente Claramonte y a Paco Moreno por estar ahí en mis últimos meses. A

Miguel Ángel Alabau por haberme atendido tan bien y ser tan “buena gente”. Y no se me olvida el Dr. Santiago Manuel Fernández, la Dra. Rosa Oria, el Dr. Luís María Naya, el Dr. Guillermo Ruiz, y todos aquellos compañeros que siempre me han preguntado “Cómo llevo la Tesis”.

Y evidentemente, a quien debo dar mil gracias es a todos los maestros y maestras que han impartido docencia en las Aulas Hospitalarias de los Hospitales tomado de referencia para nuestro estudio de campo. Por haber participado de manera altruista en las entrevistas realizadas y, en todas aquellas aportaciones ofrecidas habiendo facilitado toda la documentación necesaria sobre el tema en cuestión. Agradecerles su atención con toda su confianza y de una manera tan cordial. Por haber mostrado interés ante mi trabajo y persona a lo largo de toda mi investigación. Prefiero mantenerlos en el anonimato, ya que ellos saben a quién me refiero. Gracias, gracias a todos los docentes de Andalucía, especialmente al docente de una de las Aulas Hospitalarias de Cádiz. A una de las maestras que trabajó en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz y que, gracias a ella, existe documentación oficial que aporta conocimiento sobre su trabajo, pionero él sobre el ámbito educativo hospitalario en dicha Provincia, así como al Jefe del Servicio de los Programas Educativos de Badajoz. Muchísimas gracias a la docente que lleva ejerciendo desde hace más de dos décadas en un Aula Hospitalaria de Álava, sobre todo por implicarse tanto en el sector habiendo escrito libros para la ayuda de niños enfermos editados en más de siete lenguas. A la Directora del Centro Territorial de Aulas Hospitalarias, Domiciliarias y Terapéutico-Educativas de Guipúzcoa, pero sobre todo al Director del Centro Territorial de Bilbao por toda la información y ayuda ofrecida. A los docentes del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, así como a su Coordinadora y, como no, a los docentes de los tres Hospitales de la Comunidad Valenciana. Finalmente, a un Inspector Educativo valenciano, compañero de departamento, y a otro compañero dedicado a la alta Inspección de la Provincia de Valencia, que me ofrecieron generosamente su ayuda. Seguramente, dejo a alguien por el camino, pero saben que tienen mis agradecimientos por todo lo aportado.

Pido disculpas por si he olvidado a alguien por el camino, pero han sido tres años y pico muy intensos en los que he saboreado un crecimiento personal y profesional destacando épocas muy confortables, así como otras en las que hubiera querido tirar la toalla. Pero, así es la vida, y ya que a mí se me dio otra oportunidad, hay que vivirla.

Esta Tesis Doctoral está dedicada a todos esos niños y adolescentes que pasan horas, días, semanas, incluso meses en las plantas de Pediatría de los Hospitales españoles. Por ellos y por sus familiares, cada vez que pasemos por un Hospital, por favor acordémonos por unos instantes, que habrá una planta con niños que aunque estén malitos también son NIÑOS¹...

GRACIAS !!!!

Patricia Asensio Ramón

¹ A lo largo de toda nuestra Tesis doctoral hemos intentado prescindir de términos con el género masculino y femenino. Por tanto, hemos empleado el término “niños” siempre haciendo referencia a “niños y niñas”. Si en alguna ocasión aparece el concepto “niño” o “alumnos” siempre haremos referencia a ambos géneros.

INDICE

Introducción	19
Bloque I. Marco Teórico	35
Capítulo 1. La Pedagogía Hospitalaria y sus Aulas	37
1.1.-Introducción.....	37
1.2.-La Pedagogía Hospitalaria. Su evolución conceptual.	49
1.2.1.- Evolución conceptual.....	49
1.2.2.-La Pedagogía Hospitalaria. Definición Conceptual.....	54
1.3.-Las Aulas Hospitalarias.....	69
1.3.1.- Historia de las Aulas Hospitalarias.....	77
1.3.2.- Objetivos y papel de la Escuela Hospitalaria.....	78
1.3.3.-Funciones de las Aulas Hospitalarias.	82
1.3.4.- Metodología de las Aulas Hospitalarias.	83
1.4.-Concepto de Pedagogo Hospitalario: Objetivos y Funciones. El papel del docente en las Aulas Hospitalarias Españolas.....	84
Bloque II. Estudio comparado de las políticas educativas para el desarrollo de los Programas de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria en las Comunidades Autónomas objeto de estudio	91
Capítulo 2. Las Aulas Hospitalarias en las Comunidades Autónomas objeto de estudio. Criterios de selección	93
2.1.-Las Aulas Hospitalarias en las Comunidades Autónomas de Andalucía, Extremadura, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana.....	93
2.1.1.-Andalucía.....	93
2.1.2.-Extremadura.....	95
2.1.3.-Comunidad de Madrid.....	97
2.1.4.-País Vasco.....	98
2.1.5.-Comunidad Valenciana.....	100

Capítulo 3. Las Aulas Hospitalarias en Andalucía.....	111
3.1.-Introducción.....	111
3.2.-Contexto Político, Socioeconómico y Educativo.....	112
3.3.-Características de la Aulas Hospitalarias en la Comunidad Andaluza.....	113
3.3.1.- Marco Normativo de las Aulas Hospitalarias andaluzas.....	115
3.3.1.1.- Tipología.....	116
3.3.1.2.- Destinatarios.....	116
3.3.1.3.- Objetivos y Finalidad.....	119
3.3.1.4.- Organización, Funcionamiento y Dependencia de las Aulas Hospitalarias y la Atención Educativa Domiciliaria.....	123
3.3.1.4.1.- Organización y Funcionamiento de las Aulas Hospitalarias.....	123
3.3.1.4.2.- Organización y Funcionamiento de la Atención Educativa Domiciliaria.....	126
3.3.1.4.3.- Dependencia administrativo-institucional de las Aulas Hospitalarias y su personal.....	129
3.3.1.5.- Espacios y Equipamiento.....	130
3.3.1.6.- Equipo Docente.....	132
3.3.1.7.- Perfil Profesional y Formación Permanente.....	133
3.3.1.8.- Horario y Calendario Escolar.....	137
3.3.1.9.- Coordinación y Seguimiento con el Equipo Multidisciplinar y con el Centro de referencia.....	140
3.3.1.9.1.- Con el Equipo Multidisciplinar.....	140
3.3.1.9.2.- Con el Centro de referencia.....	145
3.3.1.10.- Evaluación.....	150
Capítulo 4. Las Aulas Hospitalarias en Extremadura.....	153
4.1.-Introducción.....	153
4.2.-Contexto Político, Socioeconómico y Educativo.....	154
4.3.-Características de las Aulas Hospitalarias en Extremadura.....	155
4.3.1.-Marco Normativo de las Aulas Hospitalarias Extremeñas.....	157
4.3.1.1.- Tipología.....	158
4.3.1.2.- Destinatarios.....	159
4.3.1.3.- Objetivos y Finalidad.....	160

4.3.1.4.- Organización, Funcionamiento y Dependencia de las Aulas Hospitalarias y la Atención Educativa Domiciliaria.	166
4.3.1.4.1.- Organización y Funcionamiento de las Aulas Hospitalarias.....	166
4.3.1.4.2.- Organización y Funcionamiento de la Atención Educativa Domiciliaria.	175
4.3.1.4.3.- Dependencia administrativo-institucional de las Aulas Hospitalarias y su personal.	176
4.3.1.5.- Espacios y Equipamiento.	178
4.3.1.6.- Equipo Docente.....	180
4.3.1.7.- Perfil Profesional y Formación Permanente.	182
4.3.1.8.- Horario y Calendario Escolar.....	184
4.3.1.9.- Coordinación y Seguimiento con el Equipo Multidisciplinar y con el Centro de referencia.	185
4.3.1.9.1.- Con el Equipo Multidisciplinar.	185
4.3.1.9.2.- Con el Centro de referencia.....	187
4.3.1.10.- Evaluación.....	192
Capítulo 5. Las Aulas Hospitalarias en la Comunidad de Madrid	195
5.1.-Introducción.....	195
5.2.-Contexto Político, Socioeconómico y Educativo.	196
5.3.-Características de las Aulas Hospitalarias en la Comunidad de Madrid.	197
5.3.1.- Marco Normativo de las Aulas Hospitalarias de la Comunidad de Madrid.	199
5.3.1.1.- Tipología.	200
5.3.1.2.- Destinatarios.	200
5.3.1.3.- Objetivos y Finalidad.	203
5.3.1.4.- Organización, Funcionamiento y Dependencia de las Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria.	207
5.3.1.4.1.-Organización y Funcionamiento de las Aulas Hospitalarias.....	207
5.3.1.4.2.- Organización y Funcionamiento de la Atención Educativa Domiciliaria.	210
5.3.1.4.3.-Dependencia administrativo-institucional de las Aulas Hospitalarias y su personal.	213
5.3.1.5.- Espacios y Equipamiento.	213
5.3.1.6.- Equipo Docente.....	214

5.3.1.7.- Perfil Profesional y Formación Permanente.....	215
5.3.1.8.- Horario y Calendario Escolar.	217
5.3.1.9.-Coordinación y Seguimiento con el Equipo Multidisciplinar y con el Centro de referencia.....	218
5.3.1.9.1.-Con el Equipo Multidisciplinar.	218
5.3.1.9.2.- Con el Centro de referencia.	219
5.3.1.10.- Evaluación.....	220
Capítulo 6. Las Aulas Hospitalarias en el País Vasco.....	223
6.1.-Introducción.....	223
6.2.- Contexto Político, Socioeconómico y Educativo.....	224
6.3.-Características de las Aulas Hospitalarias en el País Vasco.....	226
6.3.1. Marco Normativo de las Aulas Hospitalarias en el País Vasco.	231
6.3.1.1.- Tipología.	232
6.3.1.2.- Destinatarios.....	232
6.3.1.3.- Objetivos y Finalidad.	233
6.3.1.4.-Organización, Funcionamiento y Dependencia de las Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria.....	239
6.3.1.4.-Organización y Funcionamiento de las Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria.....	240
6.3.1.4.1.- Dependencia administrativo-institucional de las Aulas Hospitalarias y su personal.	246
6.3.1.5.- Espacios y Equipamiento.	247
6.3.1.6.- Equipo Docente.	249
6.3.1.7.- Perfil Profesional y Formación Permanente.....	250
6.3.1.8.- Horario y Calendario Escolar.	253
6.3.1.9.- Coordinación y Seguimiento con el Equipo Multidisciplinar y Centro de referencia.	254
6.3.1.9.1.- Con el Equipo Multidisciplinar.	254
6.3.1.9.2.- Con el Centro de referencia.....	258
6.3.1.10.- Evaluación.....	261

Capítulo 7. Las Aulas Hospitalarias en la Comunidad Valenciana 263

7.1.-Introducción.....	263
7.2.- Contexto Político, Socioeconómico y Educativo.	264
7.3.-Características de las Aulas Hospitalarias en la Comunidad Valenciana.....	265
7.3.1. Marco Normativo de las Aulas Hospitalarias de la Comunidad Valenciana.	266
7.3.1.1.- Tipología.	267
7.3.1.2.- Destinatarios.	267
7.3.1.3.- Objetivos y Finalidad.	270
7.3.1.4.- Organización, Funcionamiento y Dependencia de las Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria.	273
7.3.1.4.1.- Organización y Funcionamiento de las Aulas Hospitalarias.....	273
7.3.1.4.2.- Organización y Funcionamiento de la Atención Educativa Domiciliaria.	276
7.3.1.4.3.- Dependencia administrativo-institucional de las AA.HH. y su personal.....	280
7.3.1.5.- Espacios y Equipamiento.	281
7.3.1.6.- Equipo Docente.	282
7.3.1.7.- Perfil del Docente y Formación Permanente.	283
7.3.1.8.- Horario y Calendario Escolar.....	286
7.3.1.9.- Coordinación y Seguimiento con el Equipo Multidisciplinar y el Centro de referencia.	287
7.3.1.9.1.- Con el Equipo Multidisciplinar.	288
7.3.1.9.2.- Con el Centro de referencia.....	291

Capítulo 8. Estudio comparado de los Indicadores seleccionados en las Comunidades Autónomas objeto de estudio 301

8.1.-Introducción.....	301
8.2.- Las Aulas Hospitalarias en las Comunidades de Andalucía, Extremadura, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana.	302
8.2.1.- Tipología.	302
8.2.2.- Destinatarios.	304
8.2.3.- Objetivos y Finalidad.....	307

8.2.4.- Organización, Funcionamiento y Dependencia de las Aulas Hospitalarias y la Atención Educativa Domiciliaria.	314
8.2.4.1.-Organización de las Aulas Hospitalarias.	314
8.2.4.2.- Funcionamiento de las Aulas Hospitalarias.	318
8.2.4.3.- Organización de la Atención Educativa Domiciliaria.	319
8.2.4.4.- Funcionamiento de la Atención Educativa Domiciliaria.	322
8.2.4.5.- Dependencia administrativo-institucional de las Aulas Hospitalarias y su personal.	324
8.2.5.- Espacios y Equipamiento.	327
8.2.6.- Equipo Docente.	329
8.2.7.- Perfil Profesional y Formación Permanente.	332
8.2.8.- Horario y Calendario Escolar.	350
8.2.9.- Coordinación y Seguimiento con el Equipo Multidisciplinar y con el Centro de referencia.	353
8.2.10.- Evaluación.	360
8.3.- Comparaciones Globales.	363
Bloque III. Conclusiones y Recomendaciones	375
Capítulo 9. Conclusiones.	377
Capítulo 10. Recomendaciones.	395
Referencias Bibliográficas	403
Fuentes Bibliográficas.	403
Fuentes Legislativas.	418
Anexos	425
Entrevista realizada en los Hospitales tomados de referencia.	427
Anexos Andalucía	429
Anexos Extremadura	439
Anexos Comunidad de Madrid	453
Anexos País Vasco	467
Anexos Comunidad Valenciana	473

INDICE DE TABLAS

Tabla 1

Definición conceptual de Pedagogía Hospitalaria 60

Tabla 2

Evolución Normativa 68

Tabla 3

Definición conceptual de Aula Hospitalaria 76

Tabla 4

Objetivos de las Aulas Hospitalarias..... 81

Tabla 5

Concepto de Pedagogo Hospitalario..... 86

Tabla 6

Elecciones Autonómicas en Andalucía 94

Tabla 7

Elecciones Autonómicas en Extremadura 95

Tabla 8

Elecciones Autonómicas en la Comunidad de Madrid..... 97

Tabla 9

Elecciones Autonómicas en el País Vasco..... 99

Tabla 10

Elecciones Autonómicas en la Comunidad Valenciana 100

Tabla 11

Peso Demográfico..... 102

Tabla 12

Presupuestos por Comunidades Autónomas. Presupuesto por Persona y Porcentaje de Media del país en 2015..... 104

Tabla 13

Presupuesto Sanitario. Porcentaje del Presupuesto Total dedicado a Sanidad. Porcentaje de Reducción en 2014 106

Tabla 14

Gasto en Educación 2015..... 108

Tabla 15

Población Escolar en Educación Infantil, Enseñanza Básica y Secundaria por CC.AA. Curso 2016-2017..... 109

Tabla 16

Tipología 302

Tabla 17

Destinatarios 305

Tabla 18

Objetivos y Finalidad..... 308

Tabla 19

Organización de las Aulas Hospitalarias 314

Tabla 20

Funcionamiento de las Aulas Hospitalarias 318

Tabla 21

Organización de la Atención Educativa Domiciliaria..... 319

Tabla 22

Funcionamiento de la Atención Educativa Domiciliaria..... 322

Tabla 23

Dependencia administrativo-institucional de las Aulas Hospitalarias y su personal.. 324

Tabla 24

Espacios y Equipamiento 327

Tabla 25

Equipo Docente..... 329

Tabla 26

Perfil Profesional y Formación Permanente 333

Tabla 27

Funciones de los PT y orientaciones de su trabajo en las Comunidades Autónomas.. 341

Tabla 28

Horario y Calendario Escolar 350

Tabla 29

Coordinación y Seguimiento con el Equipo Multidisciplinar..... 353

Tabla 30

Coordinación y Seguimiento con el Centro de referencia 356

Tabla 31

Evaluación 360

INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Funciones de la Escuela Hospitalaria.....</i>	<i>83</i>
<i>Figura 2. Elecciones Autonómicas de 2015.</i>	<i>94</i>
<i>Figura 3. Elecciones Autonómicas de 2015.</i>	<i>96</i>
<i>Figura 4. Elecciones Autonómicas de 2015.</i>	<i>97</i>
<i>Figura 5. Elecciones Autonómicas de 2016.</i>	<i>99</i>
<i>Figura 6. Elecciones Autonómicas de 2015.</i>	<i>101</i>
<i>Figura 7. Peso Demográfico.</i>	<i>102</i>
<i>Figura 8. Ingresos por CC.AA.....</i>	<i>104</i>
<i>Figura 9. Presupuesto Sanitario.....</i>	<i>106</i>
<i>Figura 10. Gasto en Educación.....</i>	<i>108</i>
<i>Figura 11. Población escolar en Educación Infantil, Enseñanza Básica y Secundaria por CC.AA. curso 2015-2016.....</i>	<i>109</i>

Introducción

El niño como todo ser humano tiene una serie de derechos promulgados ya en la primera Declaración de Ginebra sobre los derechos de los niños, aprobada por unanimidad por la Sociedad de Naciones Unidas en 1924. Este *Derecho a la Educación* se ha respaldado en muchas otras Declaraciones Internacionales, como la Declaración de los Derechos del Niño de 1959, la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 20 de noviembre de 1989 siendo el documento internacional más ratificado en la historia de la humanidad donde se señalan derechos, como aquellos que reconocen a todo niño el acceso a servicios de salud y a servicios educativos apropiados a su edad, condición y momento evolutivo. Es el tratado internacional que más apoyo ha recibido a lo largo de la historia del Derecho Internacional, (Dávila y Naya, 2006).

De estas Declaraciones y derechos es de donde parte nuestro estudio, el derecho que tiene todo niño a recibir una educación de calidad independientemente de la condición en la que se encuentre. En el ámbito sanitario se lleva a cabo gracias a los Programas desarrollados con la disciplina Pedagogía Hospitalaria que vamos a mostrar en esta Tesis: Los Programas de Atención Educativa Hospitalaria² o Aulas Hospitalarias (AA.HH.) y, en menor grado los Programas de Atención Educativa Domiciliaria.

Para muchos profesionales del ámbito de la Educación y la Sanidad, la Pedagogía Hospitalaria es una disciplina joven, no por el hecho de que su funcionamiento no nos arrastre largos años atrás, sino por el poco conocimiento que hay acerca de ella. No sólo en la sociedad sino por parte del propio personal sanitario y, profesionales que trabajan en el contexto educativo como pedagogos, maestros, profesorado universitario, etcétera.

Sufrir una enfermedad en la infancia y, especialmente en la adolescencia te hace apreciar las cosas desde otra perspectiva. Asumes que eres un ser vulnerable, y cuando eres consciente de tu situación descubres que eres frágil y que tu vida puede dar un giro de ciento ochenta grados. Por otra parte, un lugar tan extraño como puede ser un Hospital se puede convertir en tu propio hogar en un momento de tu vida. Por consiguiente, el haber conocido lo que supone vivir en una planta de Pediatría, y posteriormente, haber trabajado en un Hospital nos ha hecho considerar los grandes

² A lo largo de la investigación se hace referencia a los Programas de Atención Educativa Hospitalaria y Atención Educativa Domiciliaria, y/o Servicios de Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria siempre haciendo alusión al mismo ámbito.

avances que se han conseguido en el ámbito de la Medicina y de las Ciencias de la Educación, aunque todavía faltan por alcanzar muchos objetivos hasta cubrir por completo todas las necesidades de un “Escolar Enfermo”.

Justificación de la investigación.

Tras haber conocido el ámbito hospitalario desde tres perspectivas: la de paciente, tras sufrir una Encefalitis Herpética en mi adolescencia; la de profesional, por haber trabajado como Técnico durante siete años en un Hospital Público a través de un Proyecto de la Generalitat de Valencia, y finalmente haber realizado el papel de voluntariado con niños y jóvenes con enfermedades oncológicas, se me ha dado la oportunidad de conocer el contexto hospitalario, los niños enfermos, y sus unidades escolares hospitalarias denominadas a nivel nacional, Aulas Hospitalarias.

Por otra parte, el ámbito de la Enseñanza y la Sanidad han sido dos campos muy motivantes desde mi infancia y dentro de mi perfil profesional. Para bien o para mal he tenido la posibilidad de conocerlo en primera persona, así como estar en contacto con niños-pacientes y familiares durante largos periodos en plantas de Pediatría, Oncología, Aislamiento, Trasplantes, etcétera, por estar hospitalizados y padecer una enfermedad. En este sentido me ha supuesto conocer el contexto, y a su vez captar la enorme función que ejercen las unidades escolares o AA.HH. en los Hospitales, tanto para los niños como para la familia, personal sanitario, amigos, compañeros de clase, etcétera, cubriendo necesidades que veremos a lo largo de nuestro estudio. Debido a la inquietud promovida por el tema en cuestión, así como el interés por profundizar en su normativa se ha querido conocer cómo funcionan dichas aulas en las diferentes Comunidades Autónomas (CC.AA.) españolas.

Para finalizar este apartado introductorio hemos de enfatizar que las personas que nos hemos movido dentro de dicho contexto hemos desarrollado una gran sensibilización y empatía ante personas tan vulnerables como son, los niños enfermos. Conocemos sus necesidades, sus emociones, sus miedos, sus alegrías, el estado de la familia, la figura de los hermanos etcétera, pero reivindicamos la presencia, todavía no reconocida del Pedagogo Hospitalario en el ámbito sanitario, así como un mayor conocimiento de las políticas educativas que se desarrollan en el ámbito educativo hospitalario.

Antecedentes.

La Pedagogía Hospitalaria (PH), como disciplina que acoge los Programas de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, es una disciplina muy desconocida por profesionales tanto del campo de la Educación como de la Sanidad, aunque en España tiene una trayectoria histórica que va más allá de los años 50.

Gracias a autores como la Dra. Olga Lizasoán, continuadora de los conocimientos aportados por A. Polaino Lorente y J.L. González Simancas, y una de las pioneras en la profundización de dicho contexto nos ha dado a conocer dicha disciplina, así como presentado las Aulas Hospitalarias y, posteriormente, la Atención Educativa Domiciliaria. Junto a ella ha habido diversos autores interesados en el sector a los que hemos hecho referencia a lo largo de nuestro estudio. Entre ellos mencionamos a Claudia Grau, Manuel Guillén y Ángel Mejía, Verónica Violant, Christian Lieutenant, José Latorre y Francisco Javier Blanco, Clargina Monsalve, Marian Serradas, etcétera, como personas que se han interesado, y gracias a sus publicaciones se ha podido profundizar en las AA.HH. y su disciplina desde el punto de vista teórico.

Gracias a los estudios mostrados por diversos autores hemos tenido mayor conocimiento acerca de esta disciplina. Por tanto, queremos destacar diversas definiciones, entre ellas señalamos:

La Pedagogía Hospitalaria constituye un modo especial de entender la Pedagogía, orientada y configurada hacia la enfermedad e inmersa en el ámbito de la institución hospitalaria donde se lleva a cabo (Torralba, 2002).

Otra de las definiciones más destacadas es la de Lizasoán (2000), cuando indica que la Pedagogía Hospitalaria es una:

Rama diferencial de la pedagogía que se encarga de la educación del niño enfermo y hospitalizado, de manera que no se retrase en su desarrollo personal ni en sus aprendizajes, a la vez que procura atender a las necesidades psicológicas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y de la concreta enfermedad que padece (p.110).

Asimismo, la considera como “*profesión de ayuda*” dependiente de la Pedagogía General y con dependencia de la Educación Especial. Aunque la Educación Hospitalaria es Compensatoria, ya que la acción educativa en centros hospitalarios es

fundamentalmente, Atención a la Diversidad. En esta disciplina confluyen estas dos necesidades, las educativas y las asistenciales, de ahí su necesaria acción interdisciplinar.

Por otra parte, Lieutenant (2006) señala que la atención educativa es un factor que forma parte de todo niño enfermo desde que entra por primera vez en el Hospital hasta que vuelve a su colegio de origen. Asimismo, indica que se pretende una pedagogía que vincule el medio ambiente médico, las dificultades de la enfermedad, el escolar con sus dificultades y posibilidades, el pasado escolar y la atención a la familia.

Finalmente, autores como Latorre y Blanco (2010) la presentan como un cuerpo disciplinar dirigido a la atención y optimización de la educación de los niños enfermos que están en un Hospital, independientemente de la edad y el estado físico o mental intentando mejorar sus condiciones de vida.

Centrándonos en el concepto de las AA.HH., son diversas las definiciones indicadas, entre ellas encontramos las de Guillem y Mejía (2002), quienes señalan unos criterios de actuación seguidos con los alumnos hospitalizados. Por ejemplo, las Administraciones Educativas Españolas, asumidas las competencias en materia educativa en 1999, rigen las actuaciones dirigidas a los alumnos hospitalizados y convalecientes, cuyos objetivos van en consonancia con los marcados a nivel europeo, como son:

- Proporcionar atención educativa al alumnado hospitalizado y permitir una continuidad en su proceso de enseñanza-aprendizaje, y evitar el retraso que le puede proporcionar dicha situación.
- Favorecer la integración socioafectiva de los niños hospitalizados, evitando así procesos de angustia y aislamiento.
- Fomentar la utilización formativa del tiempo libre en el Hospital.

Otro tipo de definiciones sobre el concepto de AA.HH. lo aportan Latorre y Blanco (2010), indicando que son espacios físicos necesarios en los Hospitales, cuya finalidad es el bienestar de los niños enfermos. En este aspecto, señalan que deben representar un lugar normalizador, cuya función educativa tenga un significado relacional, ocupacional e integrador.

Finalmente, situándonos en la definición que señala el Ministerio de Educación y Ciencia(MEC)³ debemos señalar que, reciben el nombre de Aulas Hospitalarias las unidades escolares surgidas dentro del Hospital cuyo objetivo es la atención escolar de los niños hospitalizados suponiendo la aplicación de uno de los derechos recogidos en la primera legislación que hizo referencia a la *atención de la educación de un niño enfermo*, como fue la Ley 13/1982, sobre la Integración Social de los Minusválidos (L.I.S.M.I.), que en su artículo 29 recoge que todos los Hospitales que cuenten con servicios pediátricos permanentes “(...) tendrán que contar con una sección pedagógica para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los alumnos en edad escolar internados en dichos hospitales”.

Ya con la Resolución de 3 de julio de 1998 aparece el Convenio entre el Ministerio de Educación y Cultura (M.E.C), el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) para la Atención Educativa a los Niños Hospitalizados, indicando que “(...) resulta necesario que desde el ámbito de las Administraciones Públicas se promuevan políticas compensatorias destinadas a resolver tales dificultades.” (p.25.611).

En lo que concierne a las líneas de actuación que siguen la mayoría de países europeos incluyendo España citamos a Lizasoain (2000), una de las fundadoras de la Asociación Europea de Pedagogos Hospitalarios (HOPE). Dicha asociación es internacional centrada fundamentalmente en la atención pedagógica de los niños y jóvenes enfermos y hospitalizados. Sus orígenes nos sitúan en octubre de 1988 que, coincidiendo con las jornadas españolas de Pedagogía Hospitalaria celebradas en Manresa, se dio el I Congreso a nivel Europeo sobre la Educación y la Enseñanza de los Niños Hospitalizados en Eslovenia, Ljubljana, organizado por iniciativa de un grupo de pediatras y educadores del Centro Médico Universitario de dicha ciudad. A partir de estos momentos surge la propuesta de crear dicha asociación europea de educadores hospitalarios. Su función es defender el Derecho a la Educación de los escolares enfermos, así como fomentar el papel del pedagogo y docente hospitalario. Ya con el II Congreso Europeo de Pedagogía Hospitalaria realizado en Viena (Austria) en 1992, se consolidó la creación de dicha asociación, y en noviembre en París se formó una junta

³ Ministerio de Educación y Cultura. Centro Nacional de Información y Comunicación Educativa (2006). Las Aulas Hospitalarias. Recuperada de http://ntic.educacion.es/w3/recursos2/atención_diversidad/05_06.htm el 15 de julio de 2014.

directiva manteniendo reuniones periódicas. Para finalizar, en 1996 se lleva a cabo el III Congreso Europeo de Pedagogía Hospitalaria en Uppsala (Suecia), pero fue en Barcelona en el año 2000 con el IV Congreso Europeo donde se aprobó la Carta Europea sobre el Derecho a la Atención Educativa de los Niños y Adolescentes Enfermos.

Otra de las Fundaciones que más se está implicando en dicho sector es la denominada Fundación Educacional Carolina Labra Riquelme.⁴ Es una organización sin fines de lucro con un propósito, específicamente implementar la manutención y promoción de escuelas hospitalarias en Chile. Nace en el año 1998, y desde sus inicios no ha cesado en promover, difundir y desarrollar la Pedagogía Hospitalaria. Primeramente, se va dando forma al Proyecto Educativo y, se avanza en la obtención de la personalidad jurídica concedida con el Decreto No. 330 del Ministerio de Justicia de la República de Chile de 31 de marzo de 1998. Posteriormente, por medio de la Fundación, viajan a Madrid para investigar el desarrollo legislativo dentro de las AA.HH. e indagar sobre el funcionamiento de éstas en los Hospitales de la capital. Gracias a este conocimiento en la experiencia comparada se continuó con el trabajo hasta la actualidad. Dicha Fundación cree en el Derecho a la Educación donde todos han de ser incorporados. Por tanto, siguen con su compromiso educativo y su meta es entregar un Servicio Educativo de calidad al alumnado enfermo donde *“La educación hospitalaria también es un derecho”*.

Finalmente, no debemos olvidar la Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de niños, niñas y jóvenes hospitalizados o en situación de enfermedad (REDLACEH)⁵. Es una organización sin ánimo de lucro cuyo objetivo es la promoción y desarrollo de la Pedagogía Hospitalaria en América Latina y el Caribe. Buscan hacer realidad la vida, el Derecho a la Educación de todos como vehículo que nos lleva a la movilidad social y a una mejor calidad de vida. El conseguir una igualdad social, y educación para los niños hospitalizados enfermos o en tratamiento, exige un desarrollo de una modalidad de educación flexible y compensatoria, que les permita en

⁴ Fundación Educacional Carolina Labra Riquelme (n.d.). Educación, formación y reinserción del niño, niña o joven hospitalizado y/o en tratamiento ambulatorio. Recuperada de www.fclr.cl el 11 de febrero de 2017.

⁵ Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados (n.d.). Por el Derecho a la Educación de Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados o en Situación de Enfermedad. Recuperada de <http://www.redlaceh.org/> el 23 de febrero de 2017.

su lugar de hospitalización o recuperación acceder a una educación de calidad con el objetivo de lograr tras la recuperación de su salud, la reinserción o integración escolar.

Mediante estos diez años, REDLACEH ha buscado fortalecer la Pedagogía Hospitalaria como medio para aportar ejercicio del Derecho a la Educación de estos niños. Su misión es establecer dicho derecho.

Enfoque o punto de partida.

Tras haber hecho referencia a lo señalado por profesionales que han investigado en dicho ámbito, y observar hasta dónde han llegado con el tema en cuestión, es el momento de indicar nuestro punto de partida. Tras mostrar las inquietudes hacia el contexto referente a los Programas Educativos de las Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria, así como la normativa que las regula a nivel nacional y especialmente autonómica, nuestro propósito es conocer el funcionamiento de dichas unidades escolares y, conocer si están reguladas de manera análoga en todas las Autonomías objeto de nuestro estudio.

Debido a la falta de publicaciones efectuadas sobre la Pedagogía Hospitalaria, la Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, así como el escaso conocimiento de la sociedad en relación al ámbito que conlleva nuestro estudio, primeramente, hemos profundizado en el marco teórico y, no de manera equivalente a lo largo de nuestra tesis, en aspectos como:

- Presentar cuál es la disciplina de las Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria.
- Mostrar diferentes definiciones conceptuales de lo que son las Aulas Hospitalarias (AA.HH.).
- Indicar su historia, sus objetivos, su metodología, sus funciones.
- Mostrar la normativa que regula el Servicio de Aulas Hospitalaria y Atención Educativa Domiciliaria a nivel nacional.
- Describir las funciones del Pedagogo Hospitalario, y las del profesional educativo que actualmente ejercen en el desarrollo de dichos Programas, el docente hospitalario.

Objetivos.

Objetivo general.

El objetivo principal de nuestra Tesis se ha basado en la realización de un estudio sincrónico y comparado sobre la normativa que regula los Programas de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, y sus prácticas docentes en las Comunidades seleccionadas, y evidenciando las convergencias y divergencias que supuestamente existen dentro de sus modelos educativos en este sector. Para ello estudiamos los diferentes aspectos que ahora señalamos:

- Conocer la descentralización que caracteriza a nuestro sistema educativo reflejado en las competencias adquiridas de cada CC.AA. y, manifestada en las respectivas normativas que regulan ambos Programas.
- Realizar una descripción e interpretación de la normativa que regula las AA.HH. y la Atención Educativa Domiciliaria de las CC.AA. seleccionadas. Para ello se han escogido una serie de Indicadores que nos permitan el estudio y posterior comparación de las mismas:
 - *Tipología* de los Programas que son coordinados junto con las AA.HH.
 - *Destinatarios* de los Programas de AA.HH. y Atención Educativa Domiciliaria.
 - *Objetivos y Finalidades* a conseguir mediante los Servicios estudiados de las respectivas Autonomías objeto de estudio.
 - *Organización, Funcionamiento y Dependencia* de las Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria.
 - *Espacios y Equipamiento* de los Servicios estudiados.
 - *Equipo Docente* de las respectivas Aulas Hospitalarias de las Comunidades objeto de estudio.
 - *Perfil Profesional y Formación Permanente* del personal que lleva a cabo el desarrollo de dichos Servicios.
 - *Horario y Calendario Escolar* que llevan a cabo las AA.HH. de las Autonomías objeto de estudio.

- *Coordinación y Seguimiento* con el Equipo Multidisciplinar y Centro de referencia.
 - *Evaluación* del proceso de enseñanza aprendizaje del alumnado enfermo o convaleciente.
- Conocer las convergencias y divergencias que pueden existir en el desarrollo de los Programas de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria de las Autonomías objeto de estudio.

Diseño metodológico.

La metodología seguida en nuestro estudio se ha desarrollado sobre un análisis comparativo siguiendo a Lê Thành Khôi (1980), basado en una comparación intranacional de cinco Comunidades Autónomas españolas. Dentro de la comparación intranacional se sitúa la comparación de unidades espaciales según García Garrido (1982), o geográfico-espacial según Manzón (2010), siendo las utilizadas en nuestro estudio las Autonomías de Andalucía, Extremadura, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana. Siguiendo su línea, confirmamos que la variedad de situaciones educativas dentro de un mismo Estado es muy considerable, así como muy positiva para la realización de estudios posteriores comparados con otras Comunidades o países con altas divergencias y desequilibrios. En este aspecto, los criterios para la selección de las Autonomías que nos han servido de muestra para nuestro estudio, han sido el político, el socioeconómico y el educativo considerando la estructura y la dimensión educativa de cada Comunidad. Debido a la gran descentralización que presenta nuestro país dentro del ámbito educativo-sanitario, este estudio comparativo nos permite observar la existencia de convergencias y divergencias entre dichas unidades espaciales. Nuestro estudio lo hemos enfocado desde una perspectiva político-educativa, donde se pueden condicionar los posibles modelos de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, al comparar diferentes modalidades de espacios. En este aspecto, las CC.AA. seleccionadas se han empleado como unidades de comparación para observar si se dan diferencias regionales significativas, y por medio de este tipo de análisis hemos llegado a conocer interpretaciones más relevantes, así como observar otro tipo de modelos educativos que se dan en otras Autonomías.

Justificación de las Unidades de Comparación.

Para comenzar a justificar qué unidades de comparación han formado parte de nuestro proceso de investigación, primeramente vamos a indicar cómo está estructurado el territorio español⁶:

España se divide en diecisiete Comunidades Autónomas y dos ciudades como son Ceuta y Melilla. Con la Constitución Española de 1978 se diseñó un modelo de Estado otorgándole altas cotas de autogobierno a las propias CC.AA. Esto supuso que España pasó a ser uno de los países más descentralizados donde el gasto público dependió de las competencias de las propias Comunidades. Debido al importante mecanismo de coordinación entre la Administración Central del Estado y las Comunidades, se han comprobado los desniveles que existen entre algunas Autonomías.

Primeramente, analizando de una manera más precisa nuestra Constitución apreciamos que en su Título VIII denominado “De la organización territorial del Estado” señala que, el Estado se organiza territorialmente en Municipios, Provincias y Comunidades Autónomas disponiendo de autonomía para la gestión de sus respectivos intereses. A su vez, el Estado vela por el establecimiento de un equilibrio económico, adecuado y justo, entre las diversas partes del territorio español. Finalmente, las diferencias entre los Estatutos de las distintas Comunidades Autónomas no podrán implicar privilegios económicos o sociales.

En el siguiente capítulo de la Constitución referido a las Comunidades Autónomas indica que, en el ejercicio del derecho a la autonomía, las Provincias limítrofes con características históricas, culturales y económicas comunes, los territorios insulares y las Provincias con entidad regional histórica podrán acceder a su autogobierno y constituirse en Comunidades Autónomas. A su vez, los Estatutos serán la norma institucional básica de cada Comunidad Autónoma y el Estado los reconocerá y amparará como parte integrante de su ordenamiento jurídico.

⁶ Ministerio de Economía y Hacienda y Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Estudios Fiscales (2005). *Informe para el Análisis del Gasto Sanitario*. Recuperado de http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/libros/Libros_blanco/GastoSanitario.pdf

Los Estatutos de autonomía deberán contener:

- La denominación de la Comunidad que mejor corresponda a su identidad histórica.
- La delimitación de su territorio.
- La denominación, organización y sede de las instituciones autónomas propias.
- Las competencias asumidas dentro del marco establecido en la Constitución y el traspaso de los servicios correspondientes a las mismas.

Por consiguiente, las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en materias como: La organización de las instituciones de autogobierno; el fomento del desarrollo económico marcado por la política económica nacional; el fomento de la cultura, investigación y enseñanza de la lengua vehicular; la sanidad e higiene, etcétera.

Finalmente, con el fin de corregir desequilibrios económicos interterritoriales haciendo efectivo el principio de solidaridad, se constituirá un Fondo de Compensación con destino a gastos de inversión, recursos distribuidos por las Cortes Generales entre las Comunidades Autónomas y Provincias en su caso.

Para continuar con nuestro planteamiento se han tenido en cuenta diversos criterios relacionados con la Política, la Socioeconomía y la Dimensión Educativa, que nos han sido útiles para la selección de las diferentes CC.AA. españolas y, que hemos utilizado como objeto de estudio para delimitar las convergencias y divergencias existentes en nuestro país entre Autonomías, dentro del ámbito educativo-hospitalario. Estos criterios se han concretado en factores como: ***El Contexto Ideológico-Político***, como posible condicionante de las políticas de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria; ***el Peso Demográfico*** de cada Autonomía; ***los Presupuestos que destina cada Comunidad Autónoma*** al ámbito ***de la Sanidad y Educación*** y, por último, ***la Dimensión del Sistema Educativo en los niveles de Infantil, Primaria y Secundaria***.

Atendiendo a estos criterios, las unidades comparativas seleccionadas para realizar el estudio de la normativa que regula sus AA.HH. y, la Atención Educativa Domiciliaria han sido las Comunidades de Andalucía, Extremadura, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana. Desde el punto de vista político y, considerando el signo partidista, Andalucía y Extremadura han sido gobernadas en los últimos años por

ejecutivos progresistas. Por otra parte, en las Comunidades de Madrid y Valencia ha predominado la ideología conservadora gobernando el Partido Popular (PP). Por último, hemos considerado el País Vasco como Comunidad Autónoma gobernada por nacionalistas, la tercera corriente ideológica electoral en nuestro país.

Desde la perspectiva de la Dimensión del Sistema Educativo, Extremadura y el País Vasco presentan una diferencia notable respecto al resto de CC.AA. objeto de estudio, presentando poca población escolarizada en los niveles de Infantil, Primaria y Secundaria. Andalucía es una Comunidad con elevado número de alumnado matriculado en los niveles obligatorios, Madrid también con gran número de escolares matriculados en estos niveles. Y finalmente, Valencia presentando un nivel alto en población escolarizada, aunque no con tanta densidad como las dos anteriores.

Tras haber atendido las consideraciones que definen el marco administrativo-legal de nuestro estudio, nuestra hipótesis principal de trabajo quedaría planteada en estos términos al situarnos en el contexto de las AA.HH. y en menor grado la Atención Educativa Domiciliaria, ya que las competencias que tienen en Educación las CC.AA. y, tras apreciar la descentralización que se dan en nuestro país respecto a Sanidad y Educación, nuestro planteamiento principal o hipótesis quedaría enmarcado de la siguiente manera:

Considerando la estructura autonómica de España y la atribución de competencias plenas a las Autonomías en materia de Sanidad y Educación es presumible que el marco regulador, la configuración y el desarrollo de los Programas de Atención Educativa Hospitalaria (o las AA.HH.), y los Programas de Atención Educativa Domiciliaria presenten diferencias significativas entre las CC.AA. objeto de estudio.

Además, como planteamiento complementario quisiéramos averiguar si las divergencias que presumimos pueden o no estar condicionadas por las diferencias políticas ideológicas de los gobiernos de las CC.AA.

Estructura metodológica

Volviendo de nuevo a la metodología empleada, y siguiendo las consideraciones y reflexiones que sobre este ámbito plantean García Garrido (1982), García Ruiz (2012 y 2013) y Caballero, Manso, Matarranz y Valle (2016), las fases de nuestra investigación han estado compuestas por:

- Una fase descriptiva, donde se ha realizado una descripción contextual apoyada, primeramente, por criterios políticos, socioeconómicos y educativos de las Comunidades objeto de estudio. Seguidamente, se ha elaborado una descripción explicativo-interpretativa de la normativa que regula los Programas de las Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria y de sus prácticas docentes, mediante su análisis a través de diversos Indicadores que son uniformes en todas ellas.
- Fase de yuxtaposición, donde las unidades comparativas han sido yuxtapuestas unas con otras mediante Indicadores mostrados a través de gráficos, en este caso Tablas, que señalan toda la información obtenida en la fase descriptiva.
- Fase comparativa o comparación valorativa y/o prospectiva, como la parte central de nuestra investigación, donde hemos examinado con detalle las convergencias y divergencias respecto a estos Indicadores Comparativos empleados previamente, y definidos entre las Autonomías objeto de estudio. Finalmente, hemos finalizado con unas conclusiones comparativas.

Atendiendo a las evidencias puestas de manifiesto en nuestra investigación, finalizaremos con una emisión de recomendaciones y sugerencias para la posible mejora de la calidad de dichos Programas a nivel nacional.

Para ir concluyendo nuestro diseño metodológico, no podemos finalizar sin mencionar las fuentes empleadas para la recogida de información en nuestro proceso de investigación. Nos hemos basado primeramente en fuentes primarias, tanto documentos oficiales en el ámbito legislativo como no oficiales, reuniones, así como entrevistas abiertas a diversos profesionales del contexto educativo-hospitalario, entre ellos docentes hospitalarios de las diferentes CC.AA. estudiadas empleadas para complementar, contrastar y profundizar en dicha información. Las fuentes primarias nos han sido útiles para elaborar la fase descriptiva e interpretativa de nuestro proceso de

investigación. Asimismo, en nuestro análisis también son relevantes las fuentes secundarias como libros, manuales, artículos, así como comunicaciones en congresos realizados a nivel nacional e internacional.

Para concluir nuestro apartado introductorio vamos a señalar la estructura establecida en nuestra Tesis doctoral compuesta por tres bloques:

- El Bloque I, contiene el Marco Teórico de nuestra investigación y está compuesto por un capítulo. Comienza con una introducción que perfila el significado conceptual de la Pedagogía Hospitalaria recurriendo, primeramente, a sus orígenes, para en apartados posteriores apreciar su progreso y reflejar dónde se encuentra ubicada en la actualidad. Continuamos con la evolución conceptual de la Pedagogía Hospitalaria, como aquella disciplina que envuelve los Programas que hemos estudiado. Seguidamente, definimos su concepto para dar paso a su evolución normativa, sus Aulas Hospitalarias con su historia, sus objetivos, sus funciones finalizando con su metodología. Dicho capítulo finaliza con la definición del concepto del Pedagogo Hospitalario y del docente de dichas unidades escolares. En este primer capítulo hemos recopilado toda la revisión bibliográfica siendo pocos los manuales publicados, pero haciendo uso de multitud de artículos, comunicaciones en congresos, jornadas etcétera.
- El Bloque II, es el más amplio de nuestra Tesis, ya que contiene nuestro estudio comparativo. Está compuesto por siete capítulos formando las fases de un estudio comparado: fase descriptiva de las unidades comparativas, fase de yuxtaposición, y la comparación valorativa desarrolladas en los siguientes capítulos:
 - Capítulo 2, realiza el análisis de una serie de criterios Políticos, Socioeconómicos y Educativos concretados en factores que nos han servido para la elección de las Comunidades objeto de estudio. En este capítulo se han aportado una serie de datos reflejados mediante Tablas y Figuras que muestran el contexto de las Autonomías seleccionadas.
 - Capítulo 3, describe y elabora la interpretación de los Indicadores que han analizado la normativa de Andalucía compuestos, a su vez, por las

prácticas docentes aportadas, y formando así nuestra primera unidad comparativa.

- Capítulo 4, realiza la misma metodología que el capítulo anterior con la segunda unidad comparativa, Extremadura.
 - Capítulo 5, descripción e interpretación de los Indicadores de la tercera unidad comparativa, la Comunidad de Madrid.
 - Capítulo 6, similar a los cuatro anteriores pero con la cuarta Autonomía, el País Vasco.
 - Capítulo 7, siguiendo la misma metodología que los capítulos anteriores con la Comunidad Valenciana.
 - Capítulo 8, determinado como el apartado más importante de nuestra investigación. Mediante una serie de Tablas se han yuxtapuesto los datos obtenidos de los Indicadores, empleados en este capítulo como Indicadores Comparativos, que han analizado las normativas de las Autonomías objeto de estudio. Dichos Indicadores han estado complementados con las consideraciones ofrecidas por los respectivos docentes encuestados, así como Inspectores y Directores de Centros Territoriales del País Vasco contrastando o ampliando la información obtenida. A continuación, se ha realizado un Estudio Comparativo entre todas las Autonomías objeto de estudio reflejando las semejanzas y diferencias observadas entre ellas y realizando una Comparación Global.
- Bloque III, está compuesto por dos capítulos. El capítulo 9 referido a las Conclusiones y el capítulo 10 para las Recomendaciones y futuras líneas de investigación sobre el contexto educativo hospitalario y domiciliario.

Por otra parte, complementario a los tres bloques citados, hay un apartado dedicado a las *Referencias Bibliográficas* empleadas en el desarrollo de nuestra investigación. Asimismo, hemos detallado los Anexos indicados a lo largo del proceso empleado como material de apoyo, referencias administrativas, y material de ampliación de estudio.

Bloque I.

Marco Teórico

Capítulo 1. La Pedagogía Hospitalaria y sus Aulas

1.1.-Introducción.

En el año 2000, la Dra. Lizasoáin indicó lo siguiente:

El que no entienda que una persona ingresada en un hospital tiene unas necesidades de atención que van más allá de lo médico-físico; que un niño en el hospital tiene que seguir con las actividades que le son propias como estudiar, jugar, hablar, reírse, estar con otros niños; el que no entienda que un niño con pronóstico fatal tiene derecho a seguir aprendiendo, interesándose por las cosas, realizando actividades, jugando; el que no entienda que esos padres, con un hijo enfermo crónico, tienen necesidad de orientación, ... es que sencillamente tiene un problema personal y una concepción errónea o parcial de lo que es la vida (p.107).

El objetivo principal de este apartado ha sido exponer qué es la Pedagogía Hospitalaria y los Servicios y/o Programas que de ella se derivan. Este punto trata de profundizar sobre qué son las Aulas Hospitalarias y el profesional que en ella trabaja, según autores y documentos oficiales.

Para poder desarrollar el significado conceptual de la Pedagogía Hospitalaria, primeramente vamos a recurrir a sus orígenes, ver de dónde proviene para posteriormente apreciar su evolución y adónde se encuentra ubicada actualmente.

La Pedagogía Hospitalaria es una rama novedosa de la Pedagogía cuyo objetivo es paliar el retraso a nivel personal como escolar de todo niño o adolescente debido a una enfermedad. Por tanto, nuestro propósito tras la investigación y reflexión sobre esta disciplina es contemplar como en ella se desarrollan objetivos tan importantes para el desarrollo de los niños como es el Derecho a la Educación, así como dónde se lleva a cabo, quiénes son los profesionales que la desarrollan, etcétera.

Mediante la disciplina Pedagogía Hospitalaria, se pueden llevar a cabo Derechos de Declaraciones Internacionales tan importantes como es el Derecho a la Educación, es decir a que los niños sean atendidos. Evidentemente, estos niños a parte de pacientes ingresados en un Hospital también son alumnos que quieren disfrutar de ese Derecho a

la Educación como el resto de niños (Castillo, 2006). Estos pequeños enfermos no quieren sentirse diferentes a los demás, por ello la importante necesidad de una vida lo más normalizada posible.

Plá (2006) indica que “El niño es niño y tiene derecho a sus niñerías, incluso a sus pillerías que tienen como lugar en los pasillos del hospital en lugar del patio de la escuela.” (p.35). Por ello, nuestro objetivo se centra en profundizar, tanto a nivel teórico como práctico en la Pedagogía Hospitalaria, desde la perspectiva de los Derechos del Niño, especialmente desde el reconocimiento al Derecho a la Educación. Así pues, y citando a Hermo (2009) indicamos que “No negar un derecho inalienable del niño bajo cualquier situación como es el derecho a la educación.” (p.63).

Siguiendo esta línea, Torralba (2002) indica que un niño enfermo y hospitalizado no quiere decir que no sea educable, es decir, tener el Derecho a la Educación es un derecho presente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. Por ello, es de gran relevancia comenzar señalando dicho derecho que tiene todo niño, tan importante en Declaraciones Internacionales, como la ya mencionada: derecho presente para poder ejercer y desarrollar los demás derechos, así como el ámbito de la educación fomentando la libertad, la autonomía generando importantes beneficios para el desarrollo de la persona y la sociedad (Lizasoáin, 2005).

Por otra parte, y continuando con en el ámbito de los derechos debemos destacar a Castillo (2006), cuando hace referencia a que “no podemos olvidar que estos niños, además de pacientes de un hospital, siguen siendo alumnos con el mismo derecho a la educación que los demás” (p.68).

En este aspecto, es importante subrayar que el niño como todo ser humano tiene una serie de derechos promulgados ya en La Declaración de Ginebra adoptada por la Asamblea de la Sociedad de Naciones Unidas, el 24 de septiembre de 1924, donde se proclaman una serie de principios importantes en nuestro campo de estudio, como son:

- Principio V: El niño física o mentalmente impedido o con algún tipo de impedimento social debe recibir el tratamiento, educación y cuidados especiales que requiere su caso en particular.
- Principio VII: El niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se dará una

educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, así como llegar a ser un miembro útil de la sociedad.

Posteriormente, en 1959 queda proclamada la Declaración de los Derechos del Niño. En ella se promulgan una serie de principios relacionados con la Pedagogía Hospitalaria, como son:

- Principio 4: El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud, con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.
- Principio 5: El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especial que requiere su caso particular.
- Principio 7: El niño tiene derecho a recibir educación que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, y llegar a ser un miembro útil de la sociedad. El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primer término, a sus padres. El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deben estar perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.
- Principio 8: El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

A continuación, con la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño aprobada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1989, siendo ratificada a lo largo de los años noventa por 191 de los 193 estados miembros, y siendo a su vez el Documento Internacional más consensuado de la historia de la humanidad, se señalan derechos que reconocen a todo niño el acceso a servicios de salud y a servicios educativos apropiados a su edad, condición y momento evolutivo. A su vez, tendrán derecho a ser tenidos en cuenta como personas en todo aquello que les afecte, es decir, a ser escuchados e informados y a participar en las decisiones que les perturben, siempre dentro de sus capacidades y momento evolutivo. En alguno de sus artículos se establece lo siguiente:

- Artículo 1: Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable haya alcanzado antes la mayoría de edad.
- Artículo 23: En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se presta conforme al párrafo 2 del presente artículo será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuidan del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento, y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.
- Artículo 28: Los Estados partes reconocen el derecho del niño a la educación a fin de que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades ese derecho, por ello se deberá:
 - Implantar la Enseñanza Primaria obligatoria y gratuita para todos.
 - Fomentar el desarrollo, en sus distintas formas, de la Enseñanza Secundaria, incluida la enseñanza general y profesional, hacer

que todos los niños dispongan de ella y tengan acceso a ella, y adoptar medidas apropiadas tales como la implantación de la enseñanza gratuita y la concesión de asistencia financiera en caso de necesidad.

- Hacer la Enseñanza Superior accesible a todos, sobre la base de la capacidad, por cuantos medios sean apropiados.
- Hacer que todos los niños dispongan de información y orientación en cuestiones educacionales y profesionales y tengan acceso a ellas.
- Adoptar medidas para fomentar la asistencia regular a las escuelas y reducir las tasas de deserción escolar.

En la misma línea, Casas (2002) señala que las Naciones Unidas otorgan a UNICEF para el desarrollo de la Convención, un nuevo papel dentro del ámbito internacional: el de velar para que la Convención sea conocida por todos (empezando por los mismos niños), y por su cumplimiento y respeto de los derechos de todos los niños del mundo. La imagen que tradicionalmente hemos tenido de la visión de Naciones Unidas hace que la apreciemos como una institución que vela por los niños que están en situaciones muy deprimidas, especialmente en los países en desarrollo. Pero aparte hay que apreciarla como una organización activa en todos los países del mundo, ya que es imprescindible velar por los derechos de todos los niños, y no solamente por los de los más desfavorecidos. Estos aspectos serán respetados cuando toda la sociedad sea consciente de atender más y mejor a la población infantil como “una tarea de todos”.

A continuación, Lieutenant (2006) presenta la publicación de UNICEF (Lansdown, 2005), particularmente en la sección 3) donde indica que: “La Convención de los Derechos del Niño introduce por primera vez en un Tratado de Derecho Internacional, el concepto de “capacidades evolutivas” del niño(a)” (p.53). Descrito como un nuevo principio de interpretación en derecho internacional asumiendo que conforme los niños van adquiriendo capacidades necesitan menos protección y adquieren mayor capacidad de responsabilidades para la toma de decisiones. Asimismo, señala que con la Convención se reconoce que los niños de diferentes espacios y culturas, así como diferentes experiencias de vida adquirirán estas capacidades a

diferentes edades. Por tanto, es imprescindible reaccionar a través del derecho, las políticas y las prácticas, para que se reconozca todo aquello que brinda la infancia, así como sus capacidades. Por consiguiente, hay disputa respecto al tema en la protección que ha de darse en la niñez según sus capacidades evolutivas, así como ofrecer la posibilidad de participar en la consecución de sus derechos.

Tras haber hecho un recorrido por aquellas Declaraciones y Tratamientos Internacionales referidos a los Derechos del Niño en el ámbito educativo hemos considerado oportuno señalar un documento no menos importante como es: “Un mundo apropiado para los niños” del 10 de mayo de 2002, aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas, que señalan dentro unos principios relacionados dentro de nuestro ámbito de estudio considerados también de gran relevancia, como son:

- Principio 3: No permitir que ningún niño quede postergado:(...) todos los niños nacen libres, tienen la misma dignidad y los mismos derechos (...) eliminar todas las formas de discriminación contra ellos.
- Principio 4: Educar a todos los niños: Todas las niñas y todos los niños deben tener acceso a una educación primaria, gratuita, obligatoria y de buena calidad como base de la enseñanza básica completa.
- Principio 21: Se tomarán medidas para que niños con discapacidad y con necesidades especiales disfruten en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, incluidas el acceso a la salud, a la educación...
- Principio 22: Respecto a los grupos vulnerables con inferioridad desproporcionada, poner fin a esa discriminación, prestar apoyo especial y velar por que dispongan de acceso a los servicios en pie de igualdad.
- Principio 37: Fortalecer los sistemas de salud y educación, así como los servicios integrados y eficaces de salud, atención infantil, las escuelas (...).
- Principio 39: Desarrollar una “Educación para todos” garantizando una educación básica de calidad, gratuita y obligatoria y ampliar de manera paulatina la enseñanza secundaria.

- Principio 40: Atender necesidades de aprendizaje especiales de niños afectados por crisis asegurando que se imparte educación durante y después de esa crisis mediante programas de enseñanza y rehabilitación.

En este último aspecto debemos señalar que, aunque la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 indica “toda persona tiene derecho a la educación”, todavía existen millones de niños que no tienen acceso a la educación, así como millones de adultos analfabetos. Por consiguiente, en 1990 en Jomtien Tailandia, en una Conferencia Mundial se proclamó la Declaración Mundial sobre Educación para Todos. Con esta Declaración se aportan una serie de artículos destacando principalmente, *la educación como una condición indispensable, así como un derecho fundamental de toda persona humana, entre otras cosas.*

Tras haber mostrado estos Tratados, que muestran Derechos y Principios relacionados directa o indirectamente con nuestro ámbito de estudio vamos a destacar otro tipo de documentos muy significativos en nuestro sector, como son: La Carta Europea de los Derechos de Los Niños Hospitalizados aprobada el 13 de mayo de 1986, por Resolución del Parlamento (Diario Oficial de las Comunidades Europeas nº C.148/37), abogando el punto 4 donde se proclaman 23 derechos que se presentan a continuación, donde hemos destacado en negrita los más prominentes:

- ✓ **Derecho del niño a no ser hospitalizado sino en el caso de no poder recibir los cuidados necesarios, y en las mismas condiciones, en su casa o en su consultorio.**
- ✓ Derecho del menor a la hospitalización diurna sin que ello suponga una carga económica adicional a los padres.
- ✓ **Derecho a estar acompañado de sus padres, o de la persona que los sustituya, el máximo tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria.**
- ✓ **Derecho a ser informado en función de su edad, de su desarrollo mental y de su estado afectivo de los diagnósticos y de las prácticas terapéuticas a las que se somete.**

- ✓ Derecho del niño a una recepción y seguimiento individuales destinándose en la medida de lo posible los mismos enfermeros y auxiliares para dicha recepción y los cuidados necesarios.
- ✓ **Derecho de sus padres, o de la persona que los sustituya, a recibir todas las informaciones relativas a la enfermedad y al bienestar del niño, siempre y cuando el derecho fundamental de éste al respeto de su intimidad no se vea afectado por ello.**
- ✓ Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño.
- ✓ Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a una recepción adecuada y a un seguimiento psicosocial a cargo de personal con formación especializada.
- ✓ **Derecho a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas. Sólo los padres, debidamente advertidos de los riesgos y de las ventajas de esos tratamientos, tendrán la posibilidad de conceder su autorización, así como de retirarla.**
- ✓ Derecho del niño hospitalizado, cuando esté sometido a experimentación terapéutica, a estar protegido por la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial y sus subsiguientes actualizaciones.
- ✓ **Derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.**
- ✓ Derecho (y medios) de contactar con sus padres o con la persona que los sustituya, en momentos de tensión.
- ✓ **Derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión, y a que se respete su intimidad.**
- ✓ **Derecho a recibir, durante su permanencia en el hospital, los cuidados prodigados por un personal cualificado, que conozca perfectamente las necesidades de cada grupo de edad tanto en el plano físico como en el afectivo.**
- ✓ **Derecho a ser hospitalizado junto a otros niños, evitando en lo posible su hospitalización entre adultos.**

- ✓ **Derecho a disponer de locales amueblados y equipados, de modo que respondan a sus necesidades en materia de cuidados, de educación, juegos, así como las normas oficiales de seguridad.**
- ✓ **Derecho a proseguir con su formación escolar durante el ingreso y a beneficiarse de las enseñanzas de los profesionales de la educación y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición.**
- ✓ **Derecho a disponer, durante su permanencia en el hospital, de juguetes adecuados a su edad, libros y medios audiovisuales.**
- ✓ **Derecho a poder recibir estudios en caso de hospitalización parcial (hospitalización diurna) o de convalecencia en su propio domicilio.**
- ✓ **Derecho a la seguridad de recibir los cuidados que necesita incluso en el caso de que fuese necesaria la intervención de la justicia si los padres, o la persona que lo sustituya, se los niegan por razones religiosas, de retraso cultural, de prejuicios u otras.**
- ✓ **Derecho del niño a la necesaria ayuda económica y moral, así como psicosocial, para ser sometido a exámenes y/o tratamientos que deban efectuarse necesariamente en el extranjero.**
- ✓ **Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a pedir la aplicación de la presente Carta en el caso de que el niño tenga necesidad de hospitalización o de examen médico en países que no forman parte de la Comunidad Europea.**

En este sentido, Lizasoáin (2000) señaló ya en su momento que estos derechos hacen referencia a una serie de orientaciones, ya que no se trata de derechos en el sentido jurídico, sino que esta Carta fija unos objetivos fundamentados en una serie de principios, como pueden ser:

- Cubrir las necesidades de los niños hospitalizados, las de sus padres y todo lo que envuelve al niño enfermo.
- Lograr la adecuación de los servicios de salud.
- Preparar a los padres sobre el papel que ellos van a desempeñar en el Hospital.
- Preparar a los niños para su hospitalización.

Siguiendo con esta autora, y remitiéndonos a su vez al año 1988 cuando fue aprobada la Carta del Niño Hospitalizado de la Asociación European Association for Children in Hospital (EACH) en Leiden (Holanda), con motivo de una reunión que tuvo dicha asociación. Basándose en la anterior Carta mencionada recoge los siguientes diez derechos del niño hospitalizado, como son:

1. Los niños serán hospitalizados sólo en el caso de no poder recibir los cuidados que precisan, y en las mismas condiciones, en su casa o en un consultorio.
2. Los niños hospitalizados tendrán el derecho a estar acompañados durante todo el tiempo por sus padres o la persona que los sustituya.
3. A todos los padres se les deberá ofrecer alojamiento, así como la ayuda y el ánimo necesarios para permanecer junto a su hijo a lo largo de todo el ingreso. Los padres no deberán afrontar gastos extras ni sufrir una reducción de sus ingresos. Con el fin de participar en el cuidado del niño, los padres deberán ser informados sobre las rutinas de la planta y animados a participar activamente en la experiencia hospitalaria de su hijo.
4. Los niños y sus padres tendrán el derecho a ser informados de manera apropiada a su edad y grado de comprensión. Se ofertarán las medidas necesarias para reducir su estrés físico y psicológico.
5. Los niños y los padres tienen el derecho a ser informados y participar en todas las decisiones relativas al cuidado de su salud. Cada niño será protegido contra los tratamientos inútiles y los experimentos médicos.
6. Los niños serán hospitalizados junto a otros niños con las mismas necesidades evolutivas y no serán ingresados en plantas de adultos. No habrá restricciones de edad para los visitantes de los niños hospitalizados.
7. Los niños tendrán plenas oportunidades para el juego, las actividades recreativas y educativas que sean adecuadas a su edad y características, así como a estar en su entorno diseñado, amueblado, atendido y equipado en función de sus necesidades.
8. Los niños serán atendidos por personal cualificado, con una formación y unas aptitudes que les permitan dar respuesta a las

necesidades físicas, emocionales y de desarrollo, tanto de los niños como de sus familiares.

9. La continuidad en la atención debería estar asegurada por el equipo que cuida del niño.

10. Los niños deberán ser tratados con tacto y comprensión, y su privacidad respetada en todo momento.

Paralelamente, el 20 de mayo del 2000 la Hospital Organisation of Pedagogues in Europe (HOPE) presenta la Carta Europea sobre el Derecho a la Atención Educativa de los Niños y Adolescentes Enfermos aprobada por la Asamblea General de la Asociación HOPE, en el IV Congrés Europeu de Mestres i Pedagogs a l'Hospital en Barcelona en el año 2000 señalando derechos como:

– Todo niño y adolescente enfermo tiene derecho a recibir atención educativa, tanto en el hospital como en su domicilio.

– El objetivo de esta educación es asegurar la continuación de la enseñanza escolar de los niños y adolescentes enfermos con el fin de mantener su rol de alumnos.

– La enseñanza escolar estructura la creación de un grupo de niños y de adolescentes, y normaliza la vida diaria en el hospital. La atención educativa se organizará de manera grupal o individual tanto en el aula como en la habitación del niño.

– La atención educativa en el hospital y en el domicilio deberá adaptarse a las necesidades y capacidades de cada niño o adolescente, manteniendo la conexión con su colegio de referencia para preparar su regreso.

– El aula hospitalaria, el entorno y los materiales de aprendizaje estarán adaptados a las necesidades de los niños y adolescentes enfermos. Las nuevas tecnologías de la comunicación servirán también para evitar el aislamiento.

– La enseñanza sobrepasará el contenido específico del currículo ordinario, incluyendo temas relacionados con las necesidades específicas

derivadas de la enfermedad y de la hospitalización. Deberán utilizarse gran variedad de metodologías y recursos de aprendizaje.

- La atención educativa en el hospital y a domicilio correrá a cargo de personal cualificado que recibirá cursos de formación continua.
- El personal encargado de la actividad educativa formará parte del equipo multidisciplinar que atiende al niño o adolescente enfermo, actuando como vínculo de unión entre éste y su colegio de referencia.
- Los padres serán informados sobre el derecho de sus hijos enfermos a recibir atención educativa y acerca del programa educativo seguido. Serán considerados como parte activa y responsable en el mismo.
- La integridad del alumno será respetada, incluyendo el secreto profesional y el respeto a sus convicciones.

De este modo, y siguiendo esta base reguladora se demuestra que la atención educativa es un factor que forma parte de todo niño enfermo desde que entra por primera vez en el Hospital hasta que vuelve a su colegio de origen (Lieutenant, 2006). Por tanto, esta atención es un derecho y no un deber que tiene todo niño ingresado en cualquier centro hospitalario. Situándonos en este contexto, como bien señalan Bayo, Valle, Insa, Ferreres y (1993, citados por Grau y Ortiz, 2001) se destaca una clara tentación por aprender y no centrarse sólo en el campo sanitario.

Por consiguiente, Tomasevsky (2004, citado por García, A. y Ruiz, G. 2014), indica que en el campo de la educación estos Pactos Internacionales hacen referencia a libertades tan fundamentales como han sido:

- La gratuidad de la enseñanza.
- La igualdad de oportunidades educativas.
- La libertad de enseñanza en plano académico respecto a la libertad de cátedra.
- La libertad de los padres respecto a la elección de educación de sus hijos en base a sus convicciones.
- La participación de los miembros de la comunidad educativa en la gestión institucional.

Con este aspecto compartimos que, el poder disfrutar de un derecho supone exigirle al Estado que lo cumpla, esto es tiene la obligación de respetar, así como proteger y llevar a cabo los Derechos Humanos que figuran en Pactos y Tratados Internacionales.

Por tanto, el sector de la Pedagogía encargado de llevar a cabo este derecho en personas enfermas y hospitalizadas es, la Pedagogía Hospitalaria. Ya que se dice que dicha disciplina tiene más que ver con la salud y con la vida que con la instrucción y el adiestramiento (Lizasoáin, 2000). Pero gracias a ella y a los Programas que desarrolla en las Aulas Hospitalarias o con la Atención Educativa Domiciliaria garantiza ese derecho que tiene todo paciente pediátrico, el Derecho a la Educación.

1.2.-La Pedagogía Hospitalaria. Su evolución conceptual.

1.2.1.- Evolución conceptual.

La Pedagogía Hospitalaria, según Lizasoáin (2000) es una disciplina joven, pero a su vez tiene ya un largo recorrido histórico. Del mismo modo que la mayoría de las políticas educativas del resto de países europeos, en la legislación española esta disciplina se incluyó dentro de la Educación Especial, pero con su evolución se ha ido ubicando dentro de la Educación Compensatoria.

Primeramente, para reflejar dicha evolución presentamos a Peirats y Granados (2015) y Ortiz (1994), indicando que dicha disciplina ha tenido una transición conceptual a lo largo de su trayectoria histórica. Antiguamente, la Pedagogía encargada de estos niños fue la Pedagogía Terapéutica, fundamentada en el campo médico, apreciándose como una Ciencia adicional a la Medicina, Pedagogía, Psicología con un aspecto más terapéutico y correctivo basado en compensar esas desigualdades ocasionadas por la enfermedad e integración social.

Lizasoáin (2000), al igual que diversos autores que han estudiado dicho sector, determinan sus principios en la Educación Especial, entendida ésta como un proceso educativo dinámico que reconoce y atiende la diversidad del alumno, y en la que se apoya para permitir a éste la consecución de metas más ajustadas a sus características personales. Es una formación dirigida a aquellos individuos que manifiestan Necesidades Educativas Especiales permanentes o temporales, es decir, dificultades mayores que el resto de los alumnos para acceder a los aprendizajes que se determinan en el currículum que le corresponde por su edad, bien por causas internas, por

dificultades o por carencias en el entorno sociofamiliar o por una historia de aprendizaje desajustada.⁷

Así pues, situándonos en su trayectoria histórica la posicionamos originariamente en el concepto de Educación Especial, pero que ha evolucionado hasta la actualidad dando un cambio terminológico, así como conceptual.

Siguiendo a Ortiz (1995), quien nos sitúa en sus antecedentes, nos remite primeramente a la atención de las personas con alguna deficiencia especialmente sensorial. Entendida como una colaboración médico-psicopedagógica hacia personas con diferentes tipos de deficiencias como: mental, física, sensorial en diferentes tipos instituciones.

En estos momentos, desde Suiza empieza a dejarse notar la influencia de Piaget en la Educación Especial. Pero la verdadera influencia europea se lleva a cabo de la mano de Decroly, quien con las prácticas en un Hospital entra en contacto con los deficientes mentales y observa que el tratamiento no puede llevarse a cabo a través de la medicina sino por la vía educativa.

Decroly estudió a los retrasados escolares y creó una clasificación de los niños anormales considerándose seguidor de los principios de Fröebel e influido por las teorías de Dewey. Aunque fundamentalmente se dedicó sobre todo a crear su método pedagógico de enseñanza globalizada. Es considerado de los más innovadores educadores de niños deficientes mentales.

En poco más de un siglo, de Pereira a Decroly, mediante estudios sobre los niños anormales se registraron paulatinamente los principios fundamentales de la Pedagogía Terapéutica.

Dichos estudios comienzan en España a principios del siglo XX con Francisco Pereira, y con él se considera el comienzo del proceso histórico en este ámbito. Este es el momento donde hay un avance notable respecto a la actitud de la población, respecto a las personas disminuidas considerándolas como personas educables, así como a la intervención interdisciplinar que reincide a nivel médico-psicopedagógico y de

⁷Ministerio de Educación y Cultura. Centro Nacional de Información y Comunicación Educativa (2006). Necesidades Educativas Especiales: Respuesta a la diversidad. Centro Nacional de Información y Comunicación Educativa (2006). Recuperada de http://ntic.educacion.es/w3/recursos2/atencion_diversidad/05_01.htm el 29de noviembre de 2014.

asistencia social. En los años treinta con la Educación Especial todos reciben la formación que les corresponde. Nos encontramos con una planificación educativa que parte de la detección y el diagnóstico precoz, donde se identifican las necesidades y las respuestas a esas necesidades mediante una tarea laboral y una inserción en la comunidad.

Por otra parte, en España se crea el Patronato de Educación Especial para la Infancia Anormal en el año 1935 y la Organización Nacional de Ciegos en el año 1938, cuyos objetivos fueron la formación de niños y jóvenes deficientes visuales. La Educación Especial se tuvo presente y pasó a ser un elemento fundamental del contexto pedagógico. Existe ya una programación metodológica, conectándose la filosofía de Seguin con la concepción actual de la Educación Especial.

En estos momentos en todos los países, los psiquiatras, los pedagogos y los psicólogos trabajan juntos mejorando las condiciones del niño “deficiente o delincuente”. En estos momentos Strauss, licenciado en Medicina y con estudios en Neurología, Psiquiatría, y Pedagogía elabora en Alemania una de las contribuciones más duraderas a la Educación Especial de niños con retraso mental o dificultades del aprendizaje. Por tanto, fue el individuo que introdujo el término “Pedagogía Terapéutica” en España.

La Educación Especial abre sus puertas dando un paso en el cambio social que respecto a las personas deficientes tendría lugar en la segunda mitad del siglo XX.

En nuestro país, el Patronato de Educación Especial para la Infancia Anormal pasó a denominarse Patronato Nacional de Educación Especial en 1955. Por otra parte, la Escuela Nacional de Anormales pasó a denominarse Instituto Nacional de Pedagogía Terapéutica en 1967 pasando a ser un centro de formación, investigación, reeducación y acción interdisciplinar.

Según Ortiz (1995), la Pedagogía Terapéutica es una Ciencia ocupada del tratamiento a nivel médico, pedagógico y psicológico. En otros países tuvo una terminología similar: Heilpädagogik-Pedagogía Terapéutica (Alemania), Pedagogía Curativa (Francia), Pedagogía Correctiva (Italia), Ortopedagogía (Países Nórdicos), y en todas ellas presenta el significado de corregir, compensar, tratar. Se define la Pedagogía Terapéutica como una disciplina que tiene por objeto la reeducación de niños que sobrellevan alteraciones en su desarrollo.

Por tanto, la Pedagogía Terapéutica tiene que ver con la educación de los niños que se apartan de la norma llamados en ocasiones como excepcionales por tener problemas en su desarrollo por causas físicas, mentales o emocionales, de aquellos niños que no pueden continuar una enseñanza normal por lo que se les aísla en centros exclusivamente para ellos, donde van a fundamentar los aprendizajes sociales sobre los escolares, favoreciéndoles la adaptación social a un medio lo más normalizado posible.

La formación de la personalidad y la integración social es la doble finalidad de la Educación Especial. Es decir, lo primordial es el equilibrio emocional y la adaptación social, pasando la instrucción a considerarse un aspecto no relevante. Por tanto, los aspectos principales en Educación Especial son: el tema familiar, la educación en el ámbito de la autonomía, la socialización y la ocupación, la comunicación, y todo lo que contribuya a mejorar su autonomía y la integración personal, laboral y social en el sector de la comunidad.

Siguiendo la misma línea, sí que debemos destacar que se da un cambio conceptual al final de la década de los cincuenta.

Nirje y Bank-Mikkelsen divulgan el principio de Normalización en los países nórdicos señalando que todas las personas tienen derecho a llevar una vida lo más normalizada posible empleando así los servicios de la comunidad. En EE UU destaca en la corriente de la Normalización, Wolfensberger.

En Inglaterra en 1978 aparece un documento con influencia hasta la actualidad elaborado por el equipo presidido por Mary Warnock. Su planteamiento consiste en que todos los niños tienen derecho a asistir a la escuela ordinaria. La Educación Especial se amplía incluyendo, a su vez a los alumnos con problemas del aprendizaje y de conducta (Barton, 1984, Blatt, Richard y Morris, 1984 citados en Ortiz, 1995).

En España, con el Real Patronato de Educación Especial, se crea en el año 1978 el Instituto Nacional de Educación Especial, canalizando, coordinando y planificando todos los aspectos de la Educación Especial, para que ésta se convirtiera en un subsistema del Sistema Educativo General. Primeramente, se dio el Plan Nacional de Educación Especial con la Filosofía de la Normalización, con aspectos todavía vigentes, y que han derivado en:

- El principio de integración escolar: Todos los niños tienen derecho a asistir a la escuela ordinaria que les corresponda según edad y situación geográfica.
- El principio de sectorización de servicios: creando Equipos Multidisciplinares que atienden el sector sin separar al niño de su medio natural.
- El principio de individualización de la enseñanza: mediante un programa de desarrollo individual para el alumno deficiente que asiste a la escuela ordinaria.

Con estos aspectos, podemos subrayar que a finales del siglo XX se había evolucionado llegando a:

- Desde una Pedagogía Terapéutica apoyada en los déficits a una Educación Especial basada en las Necesidades Educativas Especiales.
- Desde una clasificación por etiología orgánica a una clasificación según sean las Necesidades Especiales transitorias o permanentes.
- Desde una Educación Especial restringida y segregada en los centros de Educación Especial, a una Educación Especial más amplia integrada en el sistema educativo ordinario.
- Desde un programa específico para cada tipo de deficiencia a adaptarse el currículo a las Necesidades Educativas Especiales de los alumnos.
- Desde un tratamiento médico-psicopedagógico, a una adaptación curricular individualizada.
- Desde una Educación Especial con diversas deficiencias a una Educación Especial con apoyos y adaptaciones que ofrece la escuela para ayudar al alumno integrado.

En España, dicha filosofía de la normalización quedó plasmada con el Marco Legal de la Ley de Integración Social de los Minusválidos del 7 de abril de 1982. En ella quedan reflejados los principios de normalización de servicios, integración escolar, atención multiprofesional en el sector e individualización de la enseñanza. Aun así, el documento definitivo en España fue el Real Decreto del 6 de marzo de 1985 de Ordenación de la Educación Especial, cuya conceptualización y pautas de actuación fueron el punto de partida de toda la Legislación posterior surgida en el ámbito de la integración escolar.

1.2.2.-La Pedagogía Hospitalaria. Definición Conceptual.

El Derecho a la Educación es un derecho que se refleja como aspecto fundamental dentro de nuestro ámbito de estudio. Por ello, en este apartado vamos a presentar diversas definiciones que han elaborado diversos autores sobre el concepto de Pedagogía Hospitalaria (PH).

Latorre y Blanco (2010), indican que es un cuerpo disciplinar dirigido hacia la atención de la educación de los niños enfermos que se encuentran hospitalizados aparte de su edad, su estado físico, su estado mental para mejorar sus condiciones de vida.

A nivel contextual debemos indicar que cada vez es más evidente el golpe emocional que supone una enfermedad, especialmente un ingreso, para el niño y para la familia. Sin embargo, cuando un menor está ingresado, todo el interés gira para el personal sanitario, en los factores patológicos y en el organismo, sin considerar el concepto de salud como desarrollo armónico de la persona como una globalidad, arriesgándose en cierta manera en que esa atención al niño hospitalizado se convierta en algo despersonalizado (Serradas, n.d.).

Vivir en un Hospital supone una situación muy compleja, ya que es un mundo nuevo tanto para el niño enfermo como para su familia. Por ello, un aspecto fundamental y como tarea principal de todo profesional es pensar y llevar a cabo lo que conviene en el aquí y ahora para el escolar que está enfermo (Torralba, 2002). Pero confirmamos lo que subraya Monsalve (2014), cuando señala que es asombroso no encontrar un concepto claro de lo que es el espacio educativo en el Hospital, aunque sí que se tienen presentes los fines y objetivos del Aula Hospitalaria señalando lo complejo que supone conseguir algunos objetivos que van más allá de lo curricular y escolar. Por ello, nos remite a Lieutenant cuando indica que se pretende conseguir una Pedagogía que relacione el ambiente médico con las dificultades que la enfermedad supone, al escolar y la atención a la familia. En este sentido, el proceso educativo supone un apoyo para mejorar la salud, en tener mayor autonomía personal, y responder a pilares tan fundamentales de la Bioética como (No Maleficencia, Beneficencia, Autonomía y Justicia) como bases transversales dentro del sector sanitario, ya que es el ámbito donde se lleva a cabo dicha disciplina.

Con esto deja evidente la importancia del día a día dentro de un Aula Hospitalaria, el objetivo principal en el que se ha de centrar el maestro hospitalario pero lo complicado que supone conseguir objetivos más allá de lo académico siendo que se pretende conseguir un ambiente que abarque aspectos tan importantes para el niño en ese momento como es la familia, la enfermedad, la autonomía, etcétera.

Otra de las autoras que indagan en este sector es Violant (2014), quien señala que el haber tenido atención educativa cuando se es niño o adolescente mientras se ha permanecido en un Hospital supone hablar a nivel general de “Pedagogía”, y más concretamente de “Pedagogía Hospitalaria.”

Una de las definiciones más actuales sobre el concepto de Pedagogía Hospitalaria lo presenta Lizasoáin (2014), señalando que la P.H. es un contexto “fuera de contexto”, es decir, se habla de alumnos y de Aulas Hospitalarias en un contexto educativo no dibujado como el típico colegio ordinario, sino como un Hospital donde los escolares son niños ante una situación como es el estar enfermo y hospitalizado, como indica la autora un *contexto fuera de contexto*. También subraya la definición de *contexto* como un conjunto de circunstancias que rodean o condicionan un hecho. Por ello, el contexto es entendido como el entorno, el ambiente, el marco que rodea al niño enfermo, pero siempre con tintes negativos como la enfermedad, los tratamientos, la hospitalización, y todo de lo que ella deriva. En este aspecto hace referencia a que en un Hospital no se come la misma comida que cada niño come en su casa, ni se duerme en tu propio dormitorio ni se siguen las mismas reglas de la vida cotidiana del menor.

Continuando señala que la esencia de esta disciplina se incardina con la educación de los alumnos con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo que por causa de enfermedad no asiste al centro educativo con normalidad, por ello se crean las Aulas Hospitalarias, y con posterioridad la Atención Educativa Domiciliaria para que no se dé una ruptura en su proceso educativo ni en su desarrollo personal. Como bien subraya, se parte de un contexto “extraño” que va abriendo paso a un contexto educativo.

Nos sitúa a la Pedagogía Hospitalaria como una disciplina que tiene ya un largo recorrido citando a Spitz (1945), quien ya describió el Síndrome del Hospitalismo, sí como todo lo que ha conllevado en el desarrollo de los niños y el ingreso hospitalario hasta como ha ido progresando a través de factores relacionados con: asociaciones de padres de niños enfermos, el voluntariado, los profesionales que se dedican al ámbito de

la Educación y Salud, las Administraciones Educativas y la concienciación social, etcétera para finalmente llegar a esa Pedagogía apoyada en un derecho tan fundamental como es el Derecho a la Educación, así como promovida por principios básicos de Normalización, Inclusión y Personalización de la Enseñanza.

En consonancia con esta última aportación está Arrieta (2014), quien presenta esta disciplina como esa rama que abarca facetas como: el derecho a una educación de calidad, el acceso universal, la equidad y la inclusión entre otras condiciones que la población goza. Por otra parte, relaciona el garantizar el derecho a una educación de calidad a través de formación permanente a los maestros que llevan a cabo dicha función.

Por consiguiente, deja evidente la gran importancia que tiene en este sector de la Pedagogía, el Derecho a la Educación, un derecho apreciado ya con anterioridad en Declaraciones Internacionales sobre los Derechos Humanos y del Niño, y que desgraciadamente todavía no está presente en muchos lugares del planeta.

Desde otra perspectiva Espitia (2012) la presenta indicando que:

En los ambientes hospitalarios como aquellos escenarios de dolor, miedo, enfermedades, procedimientos invasivos y muerte, donde se contienen los cuerpos que necesitan ser corregidos, normalizados y curados, precisamos de una pedagogía del nacimiento, del comienzo, prácticas de vitalización de los sujetos, de las relaciones de los espacios y de los tiempos: una pedagogía hospitalaria de la infancia. (p.3).

Por tanto, esta disciplina educa, sobre todo al maestro en formación, especialmente en la *hospitalidad*, en ese gesto de acoger, atender, cuidar, siempre sin imponer condiciones.

Es decir, se muestra como aquel sector de la rama de la educación útil también para aquel docente en formación, en crecimiento profesional y personal en aspectos de escucha, humildad, emocional que puedan desarrollar en el niño, como bien señala Torralba (2002), ese descubrimiento de sus posibilidades existenciales como propios ámbitos de personalidad. Con esto se confirma claramente que un niño hospitalizado o enfermo no sea educable, todo lo contrario, puede fomentar su desarrollo integral en otros aspectos personales, emocionales, etcétera.

Profundizando más todavía en la definición del concepto recurrimos a González y Polaino (1990) que la describieron, ya en los años noventa, como una nueva disciplina científica y rigurosa situada dentro de la Pedagogía General con una serie de finalidades fundamentadas en llevar a cabo una serie de directrices a las que se ajustan las acciones psicopedagógicas que les permita adaptarse al Hospital.

Otra de las aportaciones las realiza Lizasoain (2000), enmarcándola como:

Rama diferencial de la pedagogía que se encarga de la educación del niño enfermo y hospitalizado, de manera que no se retrase en su desarrollo personal ni en sus aprendizajes, a la vez que procura atender a las necesidades psicológicas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y de la concreta enfermedad que padece (p.110).

Por ello matiza que es una pedagogía de la vida, así como indica que dicha disciplina aprovecha cualquier situación para que la persona que la padece transforme su sufrimiento en aprendizaje.

Finalmente, Grau y Ortiz (2001), la sitúan como una ramificación de la Educación Especial ocupándose de los niños con problemas de salud y cuyo campo abarca más que el proceso de escolarización ya que supone el desarrollo y evolución de la persona.

Tras estas tres definiciones conceptuales es evidente que dicha Pedagogía se enmarca dentro de un objetivo principal que es la persona, sus necesidades, su evolución, su adaptación, y cuyo origen se remonta a la Educación Especial. A su vez, Lizasoain (2000), pasa a denominarla como "*profesión de ayuda*" volviendo a matizar que depende de la Pedagogía General y de la Educación Especial, por sus antecedentes históricos y por lo que deberá nutrirse de la didáctica general y especial. Aunque en la actualidad la Educación Hospitalaria se ubica dentro de la Educación Compensatoria situada en el área de Ciencias de la Educación por el aspecto integral que aporta la educación a estos niños y por ello su exigencia de un aula en el Hospital, Beltrán (n.d.).

Si la describimos como Pedagogía novedosa no es por escasa trayectoria histórica, sino porque es desconocida incluso por los propios pedagogos. No está visible en todas las instituciones hospitalarias y no está tan desarrollada como otras ramas de la Pedagogía, aunque volvemos a destacar que tiene ya su recorrido histórico.

Tras estas apreciaciones, señalamos que dicha disciplina quedaría delimitada como actuaciones dirigidas a atender las necesidades más propias de la persona, que no son cubiertas por el servicio hospitalario, por no ser competencias propias de su campo. Por ello, es la educación la que se hace cargo formando ese cuerpo disciplinar denominado, “Pedagogía Hospitalaria” (Latorre y Blanco, 2010).

Es decir, en esta situación la escuela dentro del Hospital prepara al niño enfermo para afrontar situaciones que le pueden resultar nuevas y por tanto complicadas, así como le enseña a desarrollar habilidades para un mejor funcionamiento en su rendimiento académico y que sirvan a su vez para una mejora en su estado emocional y afectivo, Beltrán (n.d.). Por esta razón, muchos autores la presentan como una modalidad que va más allá del currículum escolar, ya que supone un acompañamiento para el niño también emocional, así como una adaptación al nuevo entorno, que es el hospitalario. Esa ayuda para adaptarse a esa nueva situación favorecerá una disminución del estrés ante el miedo a lo desconocido (Violant, Molina y Pastor, 2011). Por tanto, González y Polaino (1990) afirmaron en su día que no se basa en un modelo de currículum normal sino en contenidos adaptados al niño y a su estado de salud y enfermedad, así como social en el que se encuentra en esos momentos.

En la VIII Jornada sobre Pedagogía Hospitalaria en Chile en 2006 se presentó esta Pedagogía como una disciplina referida a una modalidad educativa que se convierte en realidad cuando se da una integración social y va en miras a una educación inclusiva. Por ello, en la actualidad se sitúa dentro del enfoque de la inclusión no discriminando a ningún alumno-paciente ni por etnia, raza, ni ningún tipo de discapacidad o de enfermedad.

A su vez, López y Fernández (2006) también la denominan cuerpo disciplinar, porque constituye el punto de unión abriendo el ámbito médico-educativo y familiar hacia una Pedagogía conveniente del Hospital.

Por otra parte, y siguiendo la línea de Olivares, Méndez y Ros (2002), señalan que esta Pedagogía puede ayudar a paliar los efectos psicológicos, sociales y educativos que un ingreso puede ocasionar en los niños, así como en su familia.

Por esta razón dicha Pedagogía desarrolla funciones entorno a dos sectores: cubre necesidades dentro del ámbito educativo, y a su vez es asistencial, donde queda establecida una acción interdisciplinar (López y Fernández, 2006).

Por otra parte, también queremos dar a conocer el enfoque en el que se fundamentan algunos autores que indican que la escuela forma parte de la actividad diaria del niño resultando como factor indispensable para un desarrollo integral. Por ello, ante enfermedades largas y difíciles la escuela pasa a convertirse en un aspecto clave fundamental ante el aislamiento favoreciendo la socialización para todo escolar, especialmente con los que sufren una hospitalización prolongada, continua o intermitente ocasionada por enfermedades crónicas. Por ello, Gándara y Junquera (2006) la presentan como la rama disciplinar hacia la atención y educación de los niños enfermos que están en un Hospital, independientemente de su edad y el estado físico o mental, intentando mejorar sus condiciones de vida.

Su finalidad, según González y Polaino (1990) es utilizar condiciones y criterios de acciones pedagógicas y llevarlas a cabo en los Hospitales cuyo objetivo es el beneficio de los enfermos.

En definitiva, se puede apreciar que en este contexto la Pedagogía no sólo cumple objetivos educativos sino también asistenciales, ya que la escuela cubre un aspecto fundamental del niño en este ámbito, y es el de socialización, normalización, calidad de vida, es decir abarca aspectos relacionados con la mejora de sus condiciones de vida. Aun así, debemos matizar que es un sector todavía muy desconocido desde muchos ámbitos de la sociedad, desde muchos enfoques profesionales que habría que reivindicar para una mejora completa y un desarrollo integral.

Finalizaremos con una conclusión que define y sintetiza claramente los que es la Pedagogía Hospitalaria considerando que, dentro de este contexto educativo hospitalario la Pedagogía necesaria suspende la utilizada en centros educativos ordinarios, ya que esta Pedagogía tiene como objeto de estudio la investigación y dedicación al individuo hospitalizado para que haga frente a su enfermedad a través del cuidado personal y en la prevención, así como continúe con su aprendizaje (Ávila, 2005). Por ello, Molina y Violant (2009) indican que esta rama la llevan a cabo profesionales de distintas disciplinas para conseguir una calidad de vida y una normalización de aquellos escolares que están hospitalizados. Por consiguiente, en esta disciplina ha de estar presente la Medicina, la Pedagogía y la Psicopedagogía, formando un Equipo Multidisciplinar (Perandones, Van Den Eynde, y Ávila, 2010).

Tabla 1

Definición conceptual de Pedagogía Hospitalaria

González y Polaino 1990	Nueva disciplina científica y rigurosa situada dentro de la Pedagogía General con una de directrices a las que se ajustan las acciones psicopedagógicas que les permita adaptarse al Hospital. No es un modelo de currículum normal. Son contenidos adaptados al niño y a su estado de salud y enfermedad, así como social en el que se encuentra en esos momentos. Su finalidad: utilizar criterios de acciones pedagógicas y llevarlas a cabo en los Hospitales.
Beltrán n.d.	Dentro del área de Ciencias de la Educación por el aspecto integral que aporta la educación a estos niños y por ello su exigencia de un aula en el Hospital
Lizasoain 2000	Rama diferencial de la pedagogía que se encarga de la educación del niño enfermo y hospitalizado, de manera que no se retrase en su desarrollo personal ni en sus aprendizajes, a la vez que procura atender a las necesidades psicológicas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y de la concreta enfermedad que padece. “ <i>profesión de ayuda</i> ” dependiendo de la Pedagogía General y de la Educación Especial, por sus antecedentes históricos.
Torralla 2002	Sector de la rama de la educación, útil también para aquel docente en formación, en crecimiento profesional y personal en aspectos de escucha, humildad, emocional. que puedan desarrollar en el niño, y sus posibilidades existenciales como ámbitos de personalidad.
Grau y Ortiz 2001	Ramificación de la Educación Especial ocupándose de los niños con problemas de salud y cuyo campo abarca más que el proceso de escolarización, ya que supone el desarrollo y evolución de la persona.
Olivares et al. 2002	Pedagogía que ayuda a paliar los efectos psicológicos, sociales y educativos que un ingreso puede ocasionar en los niños, así como en su familia
Ávila 2005	Investigación y dedicación del individuo hospitalizado para hacer frente a su enfermedad mediante el cuidado personal, prevención, y continuación con su aprendizaje.
Gándara y Junquera 2006	Rama disciplinar hacia la atención y educación de los niños enfermos de un Hospital, independientemente de su edad, estado físico o mental para intentar mejorar sus condiciones de vida.
López y Fernández 2006	Cuerpo disciplinar, porque constituye el punto de unión abriendo el ámbito médico-educativo y familiar hacia una Pedagogía conveniente del Hospital.
Latorre y Blanco 2010	Cuerpo disciplinar dirigido hacia la atención de la educación de los niños enfermos que se encuentran hospitalizados aparte de su edad, su estado físico, su estado mental para mejorar sus condiciones de vida. Actuaciones para atender necesidades más propias de la persona, no son cubiertas por el servicio hospitalario. La educación es la que se hace cargo formando ese cuerpo disciplinar.

Violant et al. 2011	Modalidad que va más allá del currículum escolar Acompañamiento del niño a nivel emocional, y adaptación al nuevo entorno, el hospitalario favoreciendo una disminución del estrés ante el miedo a lo desconocido.
Espitia 2012	En los ambientes hospitalarios (...) precisamos de una pedagogía del <i>nacimiento</i> , del <i>comienzo</i> , prácticas de vitalización de los sujetos, de las relaciones de los espacios y de los tiempos: <i>una pedagogía hospitalaria de la infancia</i> .
Arrieta 2014	Rama que abarca facetas como: el Derecho a una Educación de Calidad, el acceso universal, la equidad (...) relaciona el garantizar el Derecho a una Educación de Calidad a través de formación permanente a los maestros que llevan a cabo dicha función.
Lizasoáin 2014	Contexto “fuera de contexto”. Educación de los alumnos con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo que por causa de enfermedad no asiste al centro educativo con normalidad (...) que no se de una ruptura en su proceso educativo ni en su desarrollo personal. (...) apoyada en un derecho tan fundamental como es el Derecho a la Educación, así como promovida por principios básicos de Normalización, Inclusión y Personalización de la Enseñanza.
Monsalve 2014	Lieutenant, se pretende conseguir una Pedagogía que relacione el ambiente médico con las dificultades que la enfermedad supone, al escolar y la atención a la familia. (...) el proceso educativo supone un apoyo (...) responder a pilares tan fundamentales de la Bioética como (No Maleficencia, Beneficencia, Autonomía y Justicia) como bases transversales dentro del sector sanitario, ya que es el ámbito donde se lleva a cabo dicha disciplina.
Violant 2014	Supone haber tenido atención educativa cuando se es niño o adolescente mientras se ha permanecido en un Hospital

Fuente: elaboración propia adaptada de lectura bibliográfica.

1.2.3.- Evolución Normativa.

Tras haber mostrado un pequeño transcurso histórico-legislativo, así como haber marcado los primeros documentos oficiales que fueron de gran relevancia en nuestro país para nuestro sector, vamos a realizar de manera sintética un recorrido legislativo desde los orígenes de nuestra disciplina y ver cómo va evolucionando a nivel terminológico⁸.

- Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos. Título VI, Sección III, artículos del 23 al 31, señalamos⁹:

1. La Educación Especial es un proceso integral, flexible y dinámico, que se concibe para su aplicación personalizada y comprende los diferentes niveles y grados del sistema de enseñanza, particularmente los considerados obligatorios y gratuitos, encaminados a conseguir la total integración social del minusválido.

Todos los Hospitales, tanto infantiles como de rehabilitación, así como aquellos que tengan servicios pediátricos permanentes, sean de la Administración del Estado, de los Organismos Autónomos de ella dependientes, de la Seguridad Social, de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales, así como los Hospitales privados que regularmente ocupen cuando menos la mitad de sus camas con enfermos cuya estancia y atención sanitaria sean abonadas con cargo a recursos públicos, tendrán que contar con una sección pedagógica para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los alumnos en edad escolar internados en dichos Hospitales.

- Real Decreto 2639/1982 de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial.

En base a la Educación en Hospitales hace la misma referencia que la Ley anterior.

⁸ Ídem.

⁹ Ley derogada por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social donde corresponde a las Administraciones Educativas asegurar un puesto escolar en la Educación Básica prestando atención a la diversidad mediante la regulación de apoyos para quienes precisen de una atención especial de aprendizaje o inclusión. A su vez, los Hospitales con servicios pediátricos permanentes ocupando al menos la mitad de sus camas deberán contar con una sección pedagógica.

- Real Decreto 1174/1983 de 27 de abril, sobre la Educación Compensatoria.

En su artículo 1º propugna “el desarrollo de Programas de Educación Compensatoria atendiendo en primer lugar a las zonas geográficas y población que por sus características particulares requieren “una atención educativa preferente”.

- Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial, derogando el de 1982 y que incide en su disposición adicional segunda:

- 1. Las Administraciones Educativas podrán concertar con las instituciones sanitarias el establecimiento de dotaciones pedagógicas, necesarias para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los niños en edad escolar internados en ellas.

Para continuar con el transcurso evolutivo nos hemos fundamentado en el seguimiento que realizan Guillén y Mejía (2002), para analizar la normativa educativa en las últimas tres décadas, y de esta manera poder continuar con el proceso evolutivo de la terminología conceptual:

- Ley Orgánica 1/1990 de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), en su capítulo V señala, el Sistema Educativo dispondrá de los recursos necesarios para que alumnos con NEE temporales o permanentes puedan alcanzar los objetivos establecidos dentro del sistema general. Atención fundamentada por los principios de normalización e integración escolar que se realizará desde el momento de su detección. Las Administraciones Educativas garantizarán su escolarización y sólo estarán en unidades o centros de Educación Especial cuando las necesidades del alumno no puedan ser atendidas en un centro ordinario.

Así pues, la Educación Especial se aprecia como un conjunto de recursos materiales y personales disponibles en el sistema educativo para satisfacer las necesidades, transitorias o permanentes para que los alumnos puedan conseguir los objetivos generales establecidos. Por ello, todas las necesidades educativas deben ser atendidas dentro de un marco de educación integral abierto a la diversidad.

- Real Decreto 696/1995 de 28 de abril, de Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales que establece en el capítulo I:

El Ministerio de Educación y Ciencia promoverá la creación en los centros hospitalarios y de rehabilitación, de servicios escolares para el adecuado desarrollo del proceso educativo de los alumnos de Educación Infantil, Educación Primaria y Educación Secundaria Obligatoria internados en ellos.

El Ministerio de Educación y Ciencia promoverá la creación en los centros hospitalarios y de rehabilitación de servicios escolares hasta la ESO internados en ellos. En dicho Real Decreto hace presencia al concepto Atención a la Diversidad, sobre capacidades, intereses y motivos del alumno al igual que diversidad de medidas de carácter pedagógico sobre NEE.

- Real Decreto de 299/1996, de 28 de febrero, de Ordenación de las Acciones dirigidas a la Compensación de Desigualdades en Educación, y que deroga el RD. 1174/1983, de 27 de abril. En el capítulo II referido a la actuación de compensación educativa con los niños hospitalizados refiere a: “El alumnado hospitalizado mantendrá su escolarización en el centro ordinario en el que desarrolle su proceso educativo”, a su vez, “Excepcionalmente, cuando no pueda asistir a un centro educativo por permanencia prolongada en el domicilio por prescripción facultativa, podrá matricularse en la modalidad de educación a distancia y mantener esta situación mientras permanezca la condición que la generó”. Asimismo, el Ministerio de Educación y Cultura creará Unidades Escolares de Apoyo en centros hospitalarios que hospitalicen a un número suficiente de alumnos en edad de escolaridad obligatoria. Respecto a la organización y funcionamiento estas unidades se regirán por las normas establecidas para el funcionamiento de escuelas unitarias y centros incompletos. Finalmente, el Ministerio de Educación podrá establecer Programas de Atención Educativa Domiciliaria para alumnado con permanencia prolongada en su domicilio.
- Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (LOCE).

Añade que en la enseñanza se adaptarán a los alumnos con Necesidades Educativas Específicas, así como con Necesidades Educativas Especiales. Presenta el concepto de alumno con Necesidades Educativas Especiales agrupando a alumnado con discapacidades físicas, psíquicas y sensoriales o graves trastornos de personalidad o conducta.

A partir de estos momentos se ha realizado un seguimiento propio acerca de las dos últimas Leyes educativas españolas:

- Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo, de Educación (LOE).

En su Título II denominado Equidad en la Educación está compuesto por el Capítulo I sobre el Alumnado con Necesidad Específica de Apoyo Educativo referente a alumnos con Atención Educativa diferente a la ordinaria por Necesidades Específicas Especiales, por Dificultades Específicas de Aprendizaje. Se incluyen dentro de este grupo el alumnado con altas capacidades intelectuales y los de integración tardía en el sistema educativo español, así como por condiciones personales o de historia escolar para el desarrollo de capacidades personales.

Paralelamente, situándonos en el Capítulo II dedicado a la Compensación de las Desigualdades en Educación no se indica nada al respecto, pero en su artículo 80.1 establece que:

Con el fin de hacer efectivo el principio de igualdad en el ejercicio del derecho a la educación, las Administraciones públicas desarrollarán acciones de carácter compensatorio en relación con las personas, grupos y ámbitos territoriales que se encuentran en situaciones desfavorables y proveerán los recursos económicos y los apoyos precisos para ello.

Igualmente, en el apartado 2 indica que las políticas de educación compensatoria reforzarán la acción del sistema educativo para evitar desigualdades.

➤ Actualmente, con la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre para la mejora de la calidad educativa (LOMCE) vigente en su totalidad en la actualidad, abarca todo lo señalado hasta ahora en la LOE, modificando y añadiendo en su artículo único punto b, simplemente que:

(...) la Equidad sirve para garantizar la igualdad de oportunidades para el pleno desarrollo de la personalidad a través de la inclusión educativa, igualdad de derechos y oportunidades para superar cualquier discriminación y que actúe como elemento compensador de las desigualdades personales, sociales, culturales (...), sobre todo en personas con discapacidad.

Por tanto, queda reflejado que en la normativa vigente actual no realiza ninguna variedad respecto a la anterior en nuestro ámbito en cuestión, y también diferencia al alumnado con NEAE del alumnado de Educación Compensatoria, que por el principio de igualdad se deben de dar acciones educativas con carácter compensatorio.

Tras realizar un seguimiento de los documentos oficiales importantes dentro de nuestro sistema educativo vamos a señalar otros reglamentos nacionales no menos relevantes que han influido en la evolución del Concepto y en la ubicación de la Pedagogía Hospitalaria dentro del contexto actual:

- Documento sobre Aulas Hospitalarias de 1991 creado por la Subdirección General de Educación Compensatoria y basado en un Programa para ordenar la situación de las Aulas Hospitalarias para la atención educativa de los niños de corta, media y larga hospitalización o convalecencia. Dicho Programa de Educación Compensatoria deja evidente la importancia de dichas Aulas Hospitalarias para atender las necesidades asociadas al niño enfermo, no sólo centrarse en la salud, sino también en su estado de ánimo, su situación académica, familiar y social.
- Convenio entre el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de la Salud para la Atención Educativa a los Niños Hospitalizados (1998) indicando que “(...) resulta necesario que desde el ámbito de las Administraciones Públicas se promuevan políticas compensatorias destinadas a resolver tales dificultades” (p.25611).
- Orden de 22 de julio de 1999, por la que se regulan las actuaciones de compensación educativa en centros docentes sostenidos con fondos públicos donde se indica en el punto segundo del capítulo I:

Las actuaciones de compensación educativa se desarrollarán en los centros que escolaricen alumnado con necesidades de compensación educativa, considerando como tal aquel que, (...) presente desfase escolar significativo, con dos o más cursos de diferencia entre su nivel de competencia curricular y el nivel en que efectivamente está escolarizado, así como dificultades de inserción educativa y necesidades de apoyo

derivadas de incorporación tardía al sistema educativo, de escolarización irregular (...).

En esta Orden se han basado todas las CC.AA. para llevar a cabo sus respectivos Programas de Compensación Educativa. Aunque no hace mención de las Aulas Hospitalarias, sí que en su Capítulo I hace referencia al apoyo de alumnado en desventaja educativa. Por otra parte, comenta que en los últimos años se han venido desarrollando diferentes medidas encaminadas a mejorar la calidad de la oferta educativa dirigida al alumnado con NEE asociadas a situaciones sociales o culturales desfavorecidas, mediante la puesta en práctica de actuaciones de compensación educativa en centros, reguladas mediante Instrucciones anuales de la Dirección General de centros educativos. Los objetivos de las actuaciones de las desigualdades de compensación educativa son garantizar la escolarización en condiciones de igualdad de oportunidades del alumnado con Necesidades de Compensación Educativa. Los *Destinatarios* son alumnos de minorías étnicas, culturales en situación de desventaja socioeducativa u otros colectivos socialmente desfavorecidos, como el desfase escolar, como dificultades de inserción educativa y necesidades de apoyo derivadas de incorporación tardía al sistema escolar, de escolarización irregular [por encontrarse hospitalizado o convaleciente] así como desconocimiento de la lengua vehicular del proceso de enseñanza.

- Orden EDU/849/2010, de 18 de marzo, por la que se regula la ordenación de la educación del alumnado con necesidad de apoyo educativo y se regulan los servicios de orientación educativa en el ámbito de gestión del Ministerio de Educación, en las ciudades de Ceuta y Melilla. En su capítulo VIII, artículo 44 señala la atención al alumnado que de manera regular no asiste a los centros docentes incluyendo al escolar hospitalizado o convaleciente en su domicilio por enfermedad prolongada. A su vez, señala que:

El Ministerio de Educación, previo acuerdo con la Administración sanitaria competente, podrá habilitar o crear unidades escolares en los centros hospitalarios sostenidos con fondos públicos que mantengan regularmente hospitalizado un mínimo de cinco alumnos en edad de escolarización obligatoria. (...).

Tabla 2

Evolución Normativa

1. Ley 13/1982 de 7 de abril, sobre la Integración Social de los Minusválidos.
2. Real Decreto 1174/1983 de 27 de abril sobre Educación Compensatoria.
3. Real Decreto 334/1985 de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial.
4. Ley Orgánica 1/1990 de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo.
5. Documento sobre Aulas Hospitalarias de 1991.
6. Real decreto 696/1995 de 28 de abril, de Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales.
7. Real Decreto de 299/1996, de 28 de febrero, de Ordenación de las Acciones dirigidas a la Compensación de Desigualdades en Educación y que deroga el RD 1174/1983, de 27 de abril. Educativa Domiciliaria para alumnado con permanencia prolongada en su domicilio.
8. Convenio entre el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de la Salud para la Atención Educativa a los Niños Hospitalizados en 1998.
9. Orden de 22 de julio de 1999 por la que se regulan las actuaciones de compensación educativa en centros docentes sostenidos con fondos públicos.
10. Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (LOCE).
11. Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo, de Educación.
12. Orden EDU/849/2010, de 18 de marzo, por la que se regula la ordenación de la educación del alumnado con necesidad de apoyo educativo y se regulan los servicios de orientación educativa en el ámbito de gestión del Ministerio de Educación, en las ciudades de Ceuta y Melilla.
13. Actualmente, con la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE).

Fuente: elaboración propia.

Tras haber apreciado el transcurso conceptual en dicha disciplina desde sus orígenes hasta la actualidad a continuación, vamos a desarrollar el apartado dedicado a definir conceptualmente la Pedagogía Hospitalaria, las Aulas Hospitalarias con su historia y la legislación que las regula, así como la figura del Pedagogo Hospitalario y el docente que en ellas se implica en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

1.3.-Las Aulas Hospitalarias.

Antes de comenzar con su definición conceptual y siguiendo a Guillem y Mejía (2002) indicamos que las Aulas Hospitalarias surgieron ante la necesidad de resolver los problemas de escolaridad de aquellos niños, que durante un periodo de tiempo dejan de asistir al colegio de forma regular.

Por otra parte, Latorre y Blanco (2010) indican que son espacios físicos necesarios en los Hospitales cuya finalidad es el bienestar de los niños enfermos representando un lugar normalizador cuya función educativa tiene un significado relacional, ocupacional e integrador.

En la misma línea, López y Fernández (2006) las delimitan como centros de enseñanza creados por el Ministerio de Educación y Cultura disponibles para los niños escolares enfermos en todos los Hospitales españoles cuyo objetivo es la atención hacia ese derecho que tiene cualquier niño a recibir educación

Tras haber contextualizado a nivel general lo que es un Aula Hospitalaria es el momento de ofrecer una serie de definiciones que nos van a permitir profundizar más en su concepto.

Para empezar con la primera definición comenzamos mostrando lo que dice el Ministerio de Educación y Ciencia indicando que reciben el nombre de Aulas Hospitalarias las unidades escolares surgidas dentro del Hospital cuyo objetivo es la atención escolar de los niños hospitalizados suponiendo la atención de uno de los derechos recogidos en la primera Legislación que hace referencia a la atención de la educación de un niño enfermo, como es la Ley 13/1982 sobre la Integración Social de los Minusválidos, que en su artículo 29 recoge que todos los Hospitales que cuenten con servicios pediátricos dispondrán de *una sección pedagógica para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los alumnos en edad escolar internados en dichos hospitales*. Ley que posteriormente fue ampliada por Reales Decretos, definiendo así las funciones de dichas unidades que, a continuación, en el apartado legislativo de este capítulo enumeraremos.¹⁰ Con esta Ley da comienzo a nivel

¹⁰Ministerio de Educación y Cultura. Centro Nacional de Información y Comunicación Educativa (2006). Las Aulas Hospitalarias. Recuperada de http://ntic.educacion.es/w3/recursos2/atención_diversidad/05_06.htm el 15 de julio de 2014.

normativo el nacimiento de estas unidades escolares en España cuyo objetivo es evitar el retraso escolar de todo niño hospitalizado o convaleciente.

Por otra parte, el 18 de mayo de 1998 se firmó un Convenio Nacional de “Aulas Hospitalarias” donde el MEC y el Ministerio de Sanidad y Consumo firmaron un acuerdo cuyo objetivo fue desarrollar un Programa de atención educativa a la población hospitalizada en edad escolar obligatoria, y tener la posibilidad de seguir con su proceso educativo con un planteamiento adecuado a sus necesidades Lizasoáin (2000).

El MEC al realizar el traspaso de las competencias educativas a las Consejerías de Educación de cada Autonomía mantiene conexión con las siguientes Administraciones relacionadas con:

Con el Servicio de Inspección de la zona donde está ubicado el Hospital, para orientar, asesorar, evaluar toda la tarea educativa.

Con la Unidad de Programas Educativos, es decir el departamento correspondiente de las AA.HH. de la Consejería de Educación, específicamente con el área de Educación Compensatoria.

Respecto al INSALUD o actualmente el Ministerio de Sanidad interactúa con el centro hospitalario donde se encuentra el aula mediante conexión con el Director Gerente del Hospital. Por otra parte, siempre debe haber contacto con el Servicio de Atención al Paciente con una finalidad, y es primordialmente administrativa presentando un perfil educativo destinado a la población infantil de un Hospital. Finalmente, la función educativa está sometida al estado de salud del alumnado, sus actuaciones médicas, su tratamiento, su evolución (Guillém y Mejía 2002).

A su vez y citando a Lizasoáin (2000), todo aspecto relacionado con el profesorado, material, equipamiento, gastos de funcionamiento lo aporta el MEC (actualmente con el traspaso de competencias a las CC.AA. pertenece a las respectivas Consejerías de Educación), mientras que el INSALUD o Ministerio de Sanidad (actualmente pasadas las competencias a las respectivas Consejerías de Sanidad) se comprometen a la aportación de los espacios necesarios en los centros hospitalarios para el equipamiento de estas unidades escolares con sus gastos en mantenimiento, aportación de equipos informáticos y audiovisuales .

En otro aspecto es el momento de mostrar diversos criterios de actuación que se suelen emplear con todo escolar hospitalizado: Una vez las Autonomías han asumido las competencias en materia educativa en 1999 siguen unos objetivos conforme a los marcados a nivel europeo, Guillem y Mejía (2002):

- Proporcionar atención educativa al alumnado hospitalizado manteniendo una continuidad en su proceso educativo evitando así el retraso escolar.
- Evitar procesos de angustia y aislamiento fomentando la socioafectividad del escolar ingresado.
- Fomentar el empleo del tiempo libre en el hospital.

Pasando a profundizar ya en su definición conceptual nos centramos en autores como Urmeneta, Rubio, Bassaganya, Torrents, Assumpta (2011) que las definen como, aquellas aulas que cubren las necesidades para dar respuesta al Derecho a la Educación cuando un niño o adolescente no puede asistir a su centro escolar por un ingreso hospitalario. Están situadas dentro del recinto hospitalario y su docencia es impartida por maestros hospitalarios. Las AA.HH. permiten que la vida del niño en el Hospital esté lo más normalizada posible, así como esa atención educativa dé la posibilidad de relacionarse en un ambiente cotidiano dentro del ámbito hospitalario.

Con esta definición aparece el Derecho a la Educación, principio que relacionamos con el siguiente párrafo señalado por Prats (2002), cuando hace referencia a la Carta Europea de los Niños Hospitalizados donde se encuentra ese derecho que tiene todo niño señalando:

(...) que no se les hospitalice sino en el caso en el que no puedan recibir los cuidados en su casa o en su ambulatorio y sólo si esos cuidados se coordinan oportunamente con el fin de que su hospitalización sea lo más breve posible (p.27).

Mediante estas dos definiciones se constata lo importante que supone normalizar la situación del niño enfermo que está ingresado.

Tras haber realizado una pequeña introducción de lo que supone un AA.HH., se va a realizar un recorrido conceptual por aquellos autores que se han dedicado al estudio del ámbito educativo hospitalario señalando diversas definiciones, y describiendo de

una manera lo más completa posible qué son las Aulas Hospitalarias, sus funciones, sus objetivos, etcétera para situarnos dentro de su contexto:

Primeramente, comenzamos con una de las aportaciones más actuales respecto al significado conceptual de Unidades Escolares Hospitalarias realizada por Lizasoáin (2014), señalando que la creación de las Aulas Hospitalarias y posteriormente la Atención Educativa Domiciliaria ha supuesto ofrecer educación a aquellos niños que por causa de una enfermedad no asiste al centro educativo con regularidad denominados, alumnos con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo. Este Servicio es útil para no romper su ritmo escolar, y no se rezaguen ni en sus aprendizajes ni en su desarrollo personal. A su vez, la Pedagogía que abarca dichos Servicios se fundamenta en un derecho como es el Derecho a la Educación impulsada por principios de Normalización, Integración o Inclusión y Personalización de la enseñanza. Finalmente, indica que la escuela es una institución hospitalaria que lucha contra aspectos como: la pérdida del hábito intelectual fomentando la responsabilidad en los niños, así como evita el posible retraso escolar y lucha contra el Síndrome del Hospitalismo, etcétera.

Con este aspecto es evidente que lo que se pretende fundamentalmente es evitar el retraso escolar pero también integrar a todo niño enfermo dentro de un sistema educativo lo más normalizado posible independientemente de la situación en la que se encuentre. Para ello, nos debemos mover con principios como la Inclusión y en este contexto es fundamental proporcionarle una enseñanza lo más personificada posible para que se adapte a sus circunstancias y necesidades.

Asimismo, Monsalve (2014) señala que muchos espacios han podido denominarse Aulas Hospitalarias, aunque en su origen comenzaron como lugares lúdicos y recreativos para los niños que estaban en la planta de Pediatría, aunque sí que es cierto que su fin educativo fue apreciado posteriormente. A su vez, Cardone y Monsalve (2010) destacan que las AA.HH. sirven para “Continuar con el proceso normal de enseñanza y aprendizaje del paciente; conseguir que el niño hospitalizado sea un sujeto activo; desarrollar la individualidad de cada paciente; tratar las necesidades y problemas que el niño sufre.”(p.23) Actualmente, dichas escuelas en los Hospitales aunque surgieron con un enfoque lúdico y asistencial, han ido evolucionando planteándose una atención educativa que armoniza el juego, y que dichos escolares transforman sus partes

lúdicas hacia una atención más integral manteniendo nuevos retos del profesorado como la unión con las escuelas ordinarias.

En este sentido, podemos apreciar que es evidente que el fin principal de dichas aulas es el educativo, pero siempre jugará un papel muy importante la perspectiva lúdica y recreativa y la conexión con su mundo exterior, como es su Centro de referencia, sus compañeros, amigos, etcétera, del niño hospitalizado, ya que se ha de considerar que por encima de todo está enfermo y que es un niño. Habrá momentos del día que su estado anímico esté bajo por su tratamiento o enfermedad, pero habrá otros donde le apetecerá jugar, recrearse, socializarse, sentirse normal, y para ello se encuentran las Aulas Hospitalarias.

Por ello Urmeneta (2010), en lo que concierne a dichas aulas indica, primeramente, que es muy gratificante su asistencia puesto que para los niños la escuela es un lugar muy significativo, ya que la identifican como lo más próximo a su vida cotidiana impedida por el ingreso en el Hospital. Por tanto, refleja que el docente es una figura conocida para el niño asociado con su vida diaria. En este sentido, los profesionales que ejercen allí son maestros formando un Equipo Multidisciplinar cuyo centro de atención es el niño enfermo. El alumnado que acude las AA.HH. son los pacientes ingresados o los del Hospital de día en edad de escolarización obligatoria, donde la escuela le permite tener el derecho a recibir educación, aunque no está obligado a hacer uso de este derecho, a diferencia de los centros escolares ordinarios. Uno de los aspectos que destaca es que la particularidad fundamental de las mismas es su diversidad, así como su prioridad es el contacto y trabajo con la escuela de origen, es decir, el docente hospitalario siempre está en contacto con el colegio de referencia. Finalmente, como peculiaridad de dichas Aulas, se encuentra:

- Las acciones referentes a la salud del niño, siempre son preferentes.
- Se basa en una Pedagogía del presente según edad y número de niños que haya ese día en clase, por tanto no hay una programación general del trabajo. Ello supone mucha flexibilidad por parte del docente, adaptándose al día a día y a las circunstancias que se presentan.
- No existe un Claustro de profesores puesto que la media de docentes es de dos.
- Los maestros suelen impartir todas las áreas del currículum en la enseñanza obligatoria.

- Habrá situaciones donde el trabajo académico puede no ser prioritario.
- La gran importancia de una buena conexión con los padres, especialmente con los niños de larga estancia en el Hospital.

Así pues, mediante esta atención los escolares enfermos pueden continuar con el proceso educativo con total normalidad, dentro eso sí de la anormalidad, puesto que el niño está fuera de su ambiente familiar, escolar y social. Poseen a su vez, determinadas características que hacen que la actividad a desarrollar sea diferente, ya que se encuentran ubicadas dentro de un centro hospitalario y dirigidas a niños que sufren diferentes patologías. Por consiguiente, la manera de actuar del profesor requiere comportamientos diferentes a los que llevaría en un aula normal. Debido a esta peculiaridad estas aulas son un espacio abierto y flexible donde el aspecto fundamental de ellas es que están atentas a las necesidades del niño hospitalizado, donde éste puede acudir libremente y puede ausentarse siempre que se requiera.¹¹

Por otra parte, es oportuno mencionar que debido a las circunstancias que envuelven al niño en ese momento, la ansiedad, la angustia, la desmotivación, el aburrimiento, etcétera supone el empleo de procesos en los que pueden fomentar aspectos como la creatividad, el desarrollo de destrezas, habilidades, mediante el empleo de nuevas tecnologías para prevenir situaciones de soledad, aislamiento, interactuando, a su vez con otros niños de otros hospitales o con compañeros de su Centro de referencia a través de internet.¹²

Mediante esta aclaración es evidente que nos encontramos en un contexto anormal para el niño donde se pretende prevenir ese retraso escolar, pero en un lugar muy flexible en muchos aspectos, así como muy diverso donde predomina la atención a la diversidad, por enfermedad, cultura, edad, etcétera, siendo una de las peculiaridades más significativas a juicio personal que caracteriza estas unidades escolares. A su vez, gracias a este espacio ubicado en el Hospital, el escolar enfermo podrá recrearse mediante actividades que desarrollen actitudes y aptitudes del sujeto en cuestión, así como atender a una de las herramientas con las que cuentan actualmente las Aulas Hospitalarias como son las TIC ejerciendo un papel fundamental en las relaciones sociales de todo niño hospitalizado.

¹¹ Ídem.

¹² Ídem.

Tras la exposición conceptual de Aula Hospitalaria se ha considerado relevante presentar las atenciones educativas que se llevan a cabo en dichos recintos. Para ello se ha recurrido a Prats (2002), donde señala que uno de los objetivos fundamentales en un centro escolar ordinario es mantener el respeto, pero también tratar la diversidad que presenta cualquier niño que se encuentra escolarizado, ya que como hemos mencionado en otras ocasiones, en un AA.HH. hay diversidad de enfermedades, edades, culturas. Por ello, toda realidad debe deberá ser tratada de forma individual y, por supuesto, la manera de actuar de los profesionales responderá a un planteamiento cooperativo.

Esto conlleva a plantearnos como señala Caballero (2007), que la concepción de Educación en un Hospital hace referencia a cubrir el objetivo fundamental dentro del proceso de enseñanza- aprendizaje para evidentemente mejorar la calidad de vida. Por consiguiente, no significa lo mismo educación en un Hospital que en un centro educativo, así como tenemos que dejar de lado los prejuicios de que un niño/adolescente o joven es incapaz de llevar a cabo actividades por estar enfermo. Quizás por esta razón se plantean retos o desafíos que le presenta la vida, siempre eso sí con el apoyo de las personas que le rodean.

Tras haber mencionado a las personas que están a su alrededor no debemos olvidar el papel que juega la familia para todo niño enfermo, y también qué decir de los hermanos. Violant et al. (2011), señalan que la familia debe ir asumiendo poco a poco ese ajuste emocional que identifique que su hijo está enfermo. Por otra parte, es fundamental la interconexión comunicativa para que se dé una mejoría dentro de la relación familiar. Dichas autoras nos remiten a Grau (2004), cuando indica la importancia de los hermanos de ese escolar enfermo, ya que durante el momento de la enfermedad se les retira su atención siendo para ellos, también muy importante. Suelen aparecer sentimientos de celos, miedos, demasiadas responsabilidades. Por tanto, la importancia del papel que juega el Hospital y la escuela sobre la atención hacia los hermanos para que mantengan sus roles en su vida cotidiana.

Tabla 3

Definición conceptual de Aula Hospitalaria

Ministerio de Educación y Ciencia 2006	Las unidades escolares surgidas dentro del Hospital tiene como objetivo la atención escolar de los niños hospitalizados como atención de uno de los derechos recogidos en la Ley 13/1982 sobre la Integración Social de los Minusválidos, artículo 29: “una sección pedagógica para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los alumnos en edad escolar internados en dichos hospitales.”
Guillem y Mejía 2002	Surgieron ante la necesidad de resolver los problemas de escolaridad de aquellos niños, que durante un periodo de tiempo dejan de asistir al colegio de forma regular.
López y Fernández 2006	Centros de enseñanza creados por el Ministerio de Educación y Cultura disponibles para los niños escolares enfermos en todos los Hospitales españoles cuyo objetivo es la atención hacia ese derecho que tiene cualquier niño a recibir educación.
Caballero 2007	Educación en un Hospital hace referencia a cubrir el objetivo fundamental dentro del proceso de enseñanza- aprendizaje.
Latorre y Blanco 2010	Son espacios físicos necesarios en los Hospitales cuya finalidad es el bienestar de los niños enfermos representando un lugar normalizador cuya función educativa tiene un significado relacional, ocupacional e integrador.
Urmeneta 2010	Muy gratificante su asistencia ya que para los niños la escuela es un lugar muy significativo porque la identifican como lo más próximo a su vida cotidiana impedida por el ingreso en el Hospital. El docente es una figura conocida para el niño asociado con su vida diaria.
Cardone y Monsalve 2010	Las AA.HH. sirven para “Continuar con el proceso normal de enseñanza y aprendizaje del paciente; conseguir que el niño hospitalizado sea un sujeto activo; desarrollar la individualidad de cada paciente; tratar las necesidades y problemas que el niño sufre.”
Urmeneta et al. 2011	Aulas que cubren las necesidades para dar respuesta al Derecho a la Educación cuando un niño o adolescente no puede asistir a su centro escolar por un ingreso hospitalario. Están situadas en un recinto hospitalario y su docencia es impartida por maestros hospitalarios. Que la vida del niño en el Hospital esté lo más normalizada posible.
Lizasoáin 2014	Ofrecer educación a aquellos niños que por causa de una enfermedad no asiste regularmente a su centro educativo. Denominados como alumnos con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo.La escuela es una institución hospitalaria que lucha contra aspectos como: la pérdida del hábito intelectual fomentando la responsabilidad en los niños, así como evita el posible retraso escolar y lucha contra el Síndrome del Hospitalismo. Útil para no romper su ritmo escolar.

Fuente: elaboración propia adaptada de lectura bibliográfica.

1.3.1.- Historia de las Aulas Hospitalarias.

Las Aulas Hospitalarias surgen ante la necesidad de resolver los problemas de escolaridad de los niños, que durante un período de tiempo dejan de asistir al colegio de manera regular. El Aula Hospitalaria más antigua se encuentra en Francia, país que dio sus primeros pasos en este sentido a finales de la Primera Guerra Mundial, dentro de una política para proteger la salud infantil, fundando las Escuelas al Aire Libre. Será a finales de la Segunda Guerra Mundial cuando la escuela se introduce ya definitivamente en los Hospitales franceses, y se habilitaron los primeros puestos de enseñanza en los Hospitales concretados en el Decreto del 23 de julio de 1965, donde ya se obligaba a una atención educativa para niños y adolescentes hospitalizados. A partir de este momento, los respectivos gobiernos franceses toman medidas para lograr la integración e inclusión escolar de los niños con algún tipo de enfermedad.

En España, el funcionamiento de las Aulas Hospitalarias es más tardío, al menos desde el punto de vista legislativo. Sin embargo, la intervención educativa ha sido frecuente mediante iniciativas de profesionales como enfermeras, auxiliares, médicos, etcétera que abrieron la puerta dando un nuevo enfoque a la atención del niño hospitalizado.

Por otra parte, en España las aulas surgieron en Hospitales de manera esporádica debido al interés, y preocupación de los profesionales de la atención escolar de niños que pasaban largas estancias hospitalizados. Las primeras Escuelas aparecen más allá de los años 50 en centros implicados con la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, como el sanatorio marítimo de Gijón llevado por estos hermanos y continuada en Hospitales como el de Madrid, en el Asilo de San Rafael. En 1965, se dio la epidemia de la poliomielitis de población infantil española, y fue cuando se proyectó ayudar a estos niños a nivel médico, escolar y educativo, mediante la apertura de aulas en diferentes Hospitales de diversos territorios españoles como el Hospital de Oviedo, “La Fe” de Valencia, Manresa en Barcelona, bajo la hermandad de San Juan de Dios, y en los Hospitales madrileños Niño Jesús, Clínico, Gregorio Marañón, Hospital del Rey. Esas aulas dependían del INSALUD, anteriormente conocido como el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social abriendo paso al sector de Atención Escolar Hospitalaria. Posteriormente, en 1966 el Hospital Niño Jesús de Madrid crea diez unidades de Educación Especial, aunque en 1997 sólo quedaban cuatro abiertas. Primeramente, se

crearon para atender a niños con enfermedades como la poliomelitis, síndrome tóxico, con la finalidad de entretenimiento más que para una continuidad de su proceso escolar. Sí que es cierto, que hubo que esperar hasta el 7 de abril de 1982 cuando se dio la aparición de la Ley de Integración Social de los Minusválidos que fue cuando este derecho se recogió en su disposición. En este momento se comienza un desarrollo legislativo desde el Ministerio de Educación y Cultura y las respectivas Consejerías de Educación y Sanidad de las diferentes Autonomías desarrollando sus competencias en el ámbito de la educación y sanidad para cubrir el Derecho a la Educación que tiene todo niño.¹³

A partir de estos momentos han surgido una serie de documentos legislativos regulando todo el sector de la Educación Especial, y que posteriormente ha derivado hacia el ámbito de la Educación Compensatoria y Necesidades Específicas de Apoyo Educativo.

1.3.2.- Objetivos y papel de la Escuela Hospitalaria.

Comenzando con los objetivos que han señalado diversos autores que han trabajado el sector de la Pedagogía Hospitalaria comenzamos primeramente con Grau y Ortiz (2001), indicando que todo niño hospitalizado siempre que su situación lo permita debe continuar con su compromiso escolar en el Aula Hospitalaria. Estas aulas permiten seguir de una manera lo más normalizada posible con el proceso de enseñanza-aprendizaje. Por esta razón, dichas autoras determinan los objetivos de las Aulas Hospitalarias en los siguientes:

- Evitar la separación escolar y social.
- Colaborar en el desarrollo completo de todo alumno.
- Suplir las deficiencias ocasionadas por la enfermedad y el ingreso
- Disminuir el estrés y ansiedad en el escolar enfermo.
- Preparar para una buena integración escolar.

Otro de los autores que muestra los objetivos y el papel de la Escuela Hospitalaria es Lieutenant (2006), en las VIII Jornadas sobre Pedagogía Hospitalaria en Chile indicando los siguientes:

¹³ ídem.

- Garantizar la escolarización durante la estancia en el Hospital promoviendo en cada escolar tareas escolares según edad y situación.
- Tener conexión con el Centro de referencia del escolar hospitalizado.
- Trabajar para la reincorporación posterior en su centro escolar.
- Disponer de una Atención Educativa a Domicilio en caso necesario.

Posteriormente, uno de los planteamientos más actuales sobre las Aulas Hospitalarias Españolas lo exponen Violant et al. (2011) diciendo:

- Permanecer con el proceso de enseñanza-aprendizaje a través de una buena planificación en el proceso educativo del escolar hospitalizado. Permanecer en contacto con los docentes del Centro de referencia mediante el empleo de las TIC.
- Ofrecer ayuda emocional a familias y al paciente.
- Mostrar los aspectos más importantes del Hospital, así como su organización y funcionamiento tanto al paciente enfermo como a sus familiares, así como entender junto con ellos su enfermedad y el contexto que les rodea. A su vez, dar la posibilidad de exteriorizar ansiedades, fobias, miedos ante la enfermedad y el contexto.
- Elaborar adaptaciones necesarias para cubrir el posible retraso escolar que el ingreso le haya podido ocasionar.
- Ayudar a mejorar todo lo relacionado con el autoconcepto y autoestima del escolar enfermo.
- Que interactúen mediante las TIC en un proceso comunicativo y social para prevenir el aislamiento.
- Dar un aspecto formativo al tiempo libre que el paciente tiene cuando está hospitalizado.

Evidentemente, como se muestra en los objetivos a perseguir por las AA.HH. la visión es principalmente educativa y de escolarización. Pero Monsalve (2014), señala que el papel de la Escuela y las Aulas Hospitalarias va más allá de lo Pedagógico.

En este aspecto, y de manera sintética los objetivos generales que se pretenden alcanzar se podrían resumir en los siguientes (Mejía, Ruiz, Estévez, Martínez y Reyes, 2011).

- Proporcionar atención educativa al escolar hospitalizado permaneciendo con su proceso enseñanza-aprendizaje, así como evitar el retraso que puede ocasionar la enfermedad.
- Favorecer la integración socioafectiva evitando situaciones de ansiedad, aislamiento y angustia
- Emplear de manera formativa el tiempo libre mediante actividades de ocio, educativas, lúdicas mediante conexión de asociaciones que participan en el contexto hospitalario.

Tabla 4
Objetivos de las Aulas Hospitalarias

<p>Ortiz 2001</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar la separación escolar y social. - Colaborar en el desarrollo completo de todo alumno. - Suplir las deficiencias ocasionadas por la enfermedad y el ingreso - Disminuir el estrés y ansiedad en el escolar enfermo. - Preparar para una buena integración escolar.
<p>Lieutenant 2006</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la escolarización durante la estancia en el Hospital promoviendo en cada escolar tareas escolares según edad y situación. - Tener conexión con el Centro de referencia del escolar hospitalizado. - Trabajar para la reincorporación posterior en su centro escolar. - Disponer de una Atención Educativa a Domicilio en caso necesario.
<p>Violant et al. 2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permanecer con el proceso de enseñanza-aprendizaje y permanecer en contacto con los docentes del Centro de referencia mediante el empleo de las TIC. - Ofrecer ayuda emocional a familias y al paciente. - Mostrar los aspectos más importantes del Hospital y entender junto con pacientes y familiares su enfermedad y el contexto que les rodea. Exteriorizar ansiedades, fobias, miedos ante la enfermedad y el contexto. - Elaborar adaptaciones necesarias para cubrir el posible retraso escolar que el ingreso le haya podido ocasionar. - Ayudar a mejorar todo lo relacionado con el autoconcepto y autoestima del escolar enfermo. - Que interactúen mediante las TIC en un proceso comunicativo y social para prevenir el aislamiento. - Dar un aspecto formativo al tiempo libre que el paciente tiene cuando está hospitalizado.
<p>Mejía et al. 2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar atención educativa al escolar hospitalizado permaneciendo con su proceso enseñanza-aprendizaje, así como evitar el retraso que puede ocasionar la enfermedad. - Favorecer la integración socioafectiva evitando situaciones de ansiedad, aislamiento y angustia - Emplear de manera formativa el tiempo libre mediante actividades de ocio, educativas, lúdicas mediante conexión de asociaciones que participan en el contexto hospitalario.

Fuente: elaboración propia adaptada de lectura bibliográfica.

1.3.3.-Funciones de las Aulas Hospitalarias.

Para Lieutenant (2006), la escuela tiene una doble función tanto pedagógica como terapéutica. Comenzando con la primera función, la pedagógica, ésta se caracteriza por: establecer un mantenimiento del nivel escolar del niño; mantener una continuidad del aprendizaje siempre en contacto con el centro escolar de referencia; prevenir el abandono debido a la enfermedad y/o por la escolarización irregular debido al tratamiento o problemas psíquicos. Continuando con la función terapéutica remite a Peyrard (1999), quien señala que la escuela muestra efectos terapéuticos, ya que el docente representa la vida cotidiana del niño y hace que éste vuelva a tener su propia identidad, autonomía, etcétera. Indica que un Aula escolar en un Hospital es algo atípico tanto para el sistema educativo como para el Hospital. Por ello se dice que se mantiene al margen del campo de la educación y sanitario, ya que los docentes no pertenecen tampoco al sector de la sanidad, pero sí que ella confía en estos profesionales que se coordinarán con los profesionales del sector de la salud. Finalmente, indica que como el ámbito de la medicina se ha especializado en tantos aspectos con la presencia de varios especialistas a la cabecera de un niño enfermo: un pediatra, un neuropediatra, un cardiólogo pediátrico, un psiquiatra infantil es necesario en ocasiones el punto de vista de otros especialistas, en este caso psicólogos, profesores, logopedas, etcétera. Por consiguiente, se reconoce la importancia de mantener un trabajo integrado, continuo por parte de diversos profesionales que forman el Equipo Multidisciplinar.

Según este autor se exponen dos funciones de la Escuela Hospitalaria que van más allá de lo educativo: La función pedagógica y terapéutica.



Figura 1. Funciones de la Escuela Hospitalaria.

Fuente: Monsalve (2014), Funciones de la Escuela Hospitalaria según Lieuenant (2006).

1.3.4.- Metodología de las Aulas Hospitalarias.

Siguiendo con la línea de Caballero (2007), señalamos la metodología que se sigue en las Aulas Hospitalarias indicando que es muy diversa, y está fundamentada en las necesidades y características del grupo escolar. Ha de ser activa, pero a su vez con un espacio lúdico, y entre las actividades más significativas señala:

- Elaborar actividades educativas para desarrollar la comunicación.
- Leer libros como aspecto importante, ya que los escolares con enfermedades como cáncer encuentran en la lectura un refugio donde se desarrolla su fantasía.
- Preparar actividades lúdicas, cuentos, etcétera, sobre todo cuando el estado de ánimo del niño no acompaña a la situación de aprendizaje.
- No mantener una planificación diaria, ya que hay que organizarse día a día debido a la situación de tratamiento o estado del niño.
- Se tiene que llevar a cabo un trabajo de sensibilización con los niños y adolescentes de larga permanencia en los centros hospitalarios para que

entiendan la necesidad y se comprometan a continuar con su formación académica.

- Realizar un ambiente adecuado para el espacio destinado para el Aula Hospitalaria, ya que influye en el estado anímico y en la relación que entablan con su realidad. Esto conlleva a reflejar días como Navidad, Fiestas Patrias, etcétera, para que se sientan vivos motivando la participación de los niños de la planta de Pediatría.

Por otra parte, Prats (2002) también destaca respecto a la metodología seguida en las AA.HH., la importancia que muestran los recursos materiales y humanos que hay en un centro, es decir, cuenta siempre con el personal de pediatría, enfermería, familias, y por supuesto, su centro escolar de origen. Por otra parte, también menciona la importancia de los programas multimedia, las aportaciones del voluntariado, los encuentros entre iguales, etcétera, para la mejora de la estancia del escolar ingresado. Por ello, dicho autor refleja de nuevo la importancia de constituir un equipo funcional para aportar un sentido normalizado a las estancias hospitalarias. En esta misma línea podemos finalizar este apartado señalando un párrafo que cita señalando que “Mejorar y hacer más fácil la estancia de los niños y niñas en el hospital es un derecho suyo y un deber tanto de la administración como de todas las personas adultas responsables de ellos” (p.30).

1.4.-Concepto de Pedagogo Hospitalario: Objetivos y Funciones. El papel del docente en las Aulas Hospitalarias Españolas.

Antes de comenzar a desarrollar el concepto de Pedagogo Hospitalario hemos creído conveniente dejar constancia, al igual que indica la Dra. Lizasoáin (2000), que son escasas las publicaciones sobre las actuaciones dentro del aspecto educativo sobre la hospitalización infantil. No por ello, podemos hacer una breve descripción de lo que es la figura de dicho profesional, sus objetivos y funciones dentro de los Hospitales. En este aspecto debemos presentar la figura del Pedagogo Hospitalario como la persona responsable de mediar la labor entre los respectivos profesionales que están en contacto con el niño enfermo, elaborando actuaciones educativas, así como programas para lograr el ajuste psicológico, social y educativo del niño.

Paralelamente, Fernández Hawrylak (2000) indica que dicha figura es un elemento fundamental para que se den dichos ajustes actuando siempre como

profesional mediador entre aquellas personas y profesionales que rodean al niño, como con el personal médico-sanitario, la familia y su colegio.

Por otra parte, Latorre y Blanco (2010) confirman que la figura de Pedagogo Hospitalario es el profesional menos valorado dentro del contexto educativo hospitalario pese a eximir un papel fundamental dentro del Equipo Multiprofesional. Esta circunstancia no sucede con figuras profesionales como el maestro, el psicólogo el educador social, y que decir del personal sanitario, especialmente los médicos implicados en la recuperación del niño enfermo.

Pese a descubrir lo poco valorada que se encuentra esta figura tan elemental en el contexto educativo hospitalario, Ortiz (1999) estima que presenta aspectos muy significativos para el contexto. Es decir, indica que ha de ser un profesional que posea serenidad, una personalidad equilibrada, empatía, flexibilidad, imaginación, creatividad y solvencia moral, ya que en ocasiones su tarea se tiene que plantear en función del estado del niño enfermo y hospitalizado, de su relación con los padres, los profesionales del Hospital, la escuela. Por otra parte, Grau (2001) también indica que ha de ser un profesional flexible, adaptable, con gran empatía, así como conocedor de las nuevas tecnologías aplicadas a la educación. Por consiguiente, Ullán (2005, citado por Latorre y Blanco, 2010), nos lo presenta como un profesional con grandes conocimientos sobre las necesidades educativas y psicosociales de los niños enfermos hospitalizados, así como con gran preparación para coordinarse tanto con el personal médico o de atención sanitaria como con la familia u otros profesionales del sector educativo.

En este aspecto, el Pedagogo deberá cumplir ciertas facetas profesionales dando ejemplo a nivel personal y profesional, o como señala Ortiz (1999) como el Pedagogo Hospitalario que se ve abocado a educar en la enfermedad, y educar en la enfermedad exige conocerla en todos sus aspectos.

Tabla 5
Concepto de Pedagogo Hospitalario

Ortiz 1999	Profesional abocado a educar en la enfermedad, y educar en la enfermedad exige conocerla en todos sus aspectos. Que posea serenidad, una personalidad equilibrada, empatía, flexibilidad, imaginación, creatividad y solvencia moral, ya que a de plantear en función del estado del niño enfermo y hospitalizado, de su relación con los padres, los profesionales del Hospital, la escuela.
Lizasoáin 2000	Persona responsable de mediar la labor entre los respectivos profesionales que están en contacto con el niño enfermo. Elabora actuaciones educativas, programas para lograr el ajuste psicológico, social y educativo del niño.
Fernández Hawrylak 2000	Figura como elemento fundamental para que se den dichos ajustes actuando siempre como profesional mediador entre aquellas personas y profesionales que rodean al niño, como con el personal médico-sanitario, la familia y su colegio
Grau 2001	Profesional flexible, adaptable, con gran empatía, así como conocedor de las nuevas tecnologías aplicadas a la educación.
Ullán 2005, citado por Latorre y Blanco 2010.	Profesional con grandes conocimientos sobre las necesidades educativas y psicosociales de los niños enfermos hospitalizados. Gran preparación para coordinarse tanto con el personal médico como con la familia u otros profesionales del sector educativo.
Latorre y Blanco 2010	Profesional menos valorado dentro del contexto educativo hospitalario pese a eximir un papel fundamental dentro del Equipo Multiprofesional.

Fuente: elaboración propia adaptada de lectura bibliográfica.

Tras esta síntesis conceptual de la definición de la figura de Pedagogo Hospitalario deja evidente que es la figura menos reconocida dentro del contexto educativo hospitalario, y actualmente no consta la existencia de dicho profesional como tal en ningún Hospital Público Español. Sus funciones y las actuaciones educativas de las Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria están cubiertas por personal docente, aspecto criticable a juicio personal y reivindicado por el pedagogo en cuestión.

Pasando a señalar los objetivos del Pedagogo Hospitalario citamos a Castillo (2006), quien señala que los objetivos básicos a trabajar y la meta principal de dicho profesional es proporcionar una atención educativa de calidad a los niños enfermos hospitalizados, especialmente para prevenir la marginación de su proceso educativo,

paliar su déficit emocional mediante un apoyo afectivo. Para ello los objetivos que plantean son:

- Mejorar la calidad de vida del escolar hospitalizado.
- Reducir el déficit escolar.
- Reducir la angustia, ansiedad y situaciones derivadas del ingreso.
- Mejorar su adaptación ante su situación de enfermedad.
- Potenciar las relaciones sociales.

Paralelamente, López y Fernández (2006) presentan un listado de objetivos que Latorre y Blanco (2010) sintetizan en cuatro, como son:

- Desarrollar aspectos cognitivos e intelectuales.
- Desarrollar aspectos motrices.
- Desarrollar el aspecto afectivo y social.

Pasando a describir las funciones del Pedagogo Hospitalario señalamos a González y Polaino (1990), quienes señalan como aspectos principales: a) educar al niño hospitalizado en función de cuál sea su enfermedad y el estado psicobiológico en que se encuentra y b) acompañar al personal sanitario para la cura teniendo consciencia que éste es el objetivo principal al que se ha de encontrar supeditado cualquier proceso de enseñanza-aprendizaje.

Siguiendo en la misma línea citamos a Grau y Ortiz (2001), indicando las funciones que dicho profesional debe desempeñar, así como la formación que se le ha de dar. Para ello hacen referencia a los papeles concretos que se le asignan al Pedagogo Hospitalario como son:

- Es el que mantiene un equilibrio emocional del niño enfermo siendo éste el intérprete de la afectividad entre niño-padres.
- Tutor de los alumnos hospitalizados, para seguir con su proceso de enseñanza-aprendizaje y mantener contacto con su centro ordinario.
- Negociador con el equipo médico sobre la recuperación integral de la recuperación del paciente.

Por otra parte, y volviendo con Grau y Ortiz (2001), también nos presentan las funciones del profesorado en los Hospitales que indica el MEC, como el organismo que establece las pautas a nivel nacional, como son:

- -Normalizar la vida del niño en relación con su Centro de referencia.
- -Fomentar la relación del escolar hospitalizado con otros compañeros que se encuentren en la misma situación.

Volvemos a subrayar que no se aprecia la figura del Pedagogo Hospitalario como tal dentro del sistema educativo hospitalario español, aspecto que reivindicamos con creces, al igual que las personas que investigamos dicho sector.

Por consiguiente, sus funciones y parte de sus objetivos las cubren los docentes hospitalarios. En este aspecto, hacemos referencia a Guillem y Mejía (2002) que indican que las actuaciones educativas en las Aulas Hospitalarias Españolas sólo las lleva el maestro. Por tanto, especifican como funciones de la figura docente en dicho Servicio las siguientes:

- Educativa: Continuar con el proceso educativo de los alumnos que se encuentran hospitalizados.
- Compensadora: Acciones compensatorias según la situación de la vida escolar del niño hospitalizado.
- Preventiva: Evitar el retraso escolar que debido a la enfermedad se puede dar en el currículum.
- Terapéutica: Evitar el síndrome hospitalario y evitar la preocupación ante la enfermedad.
- Normalizadora: Que su situación durante el ingreso sea lo más normalizada a su vida cotidiana, incluidas las actividades escolares
- Integradora: Fomentar un ambiente tranquilo, con buena convivencia independientemente de la cultura, edad, procedencia, etcétera.
- De coordinación: Interna, por docentes de un mismo centro hospitalario, el personal sanitario y la familia, como externa, en la relación de maestros a una

buena coordinación con inspectores educativos, con tutores de centros de origen, etcétera.

Por otra parte, también confirman dicha matización autores como Latorre y Blanco (2010), indicando que no hay que olvidar que las funciones educativas en las aulas de los centros hospitalarios están asignadas en la actualidad únicamente a maestros, cuando éstos precisan de un apoyo permanente del que depende la calidad de la actividad educativa desarrollada.

Sí que es cierto, que en Europa los profesores que trabajan en las Aulas Hospitalarias se complementan bien en los equipos multidisciplinares del ámbito de la de salud, aunque no es menos cierto que a menudo están desvinculados, aislados del mundo de la enseñanza ordinaria y de los Centros de referencia del alumnado atendido. Aspecto compartido, ya que la organización del ámbito hospitalario es un ámbito complejo y a su vez cerrado hacia el mundo exterior. Por tanto, el profesor deberá sentirse con el deber de trabajar conjuntamente con, según Lieutenant (2006), además del niño o joven enfermo:

- El resto de profesionales de los servicios sanitarios como (médicos, enfermeros, auxiliares, trabajadores sociales, psicólogos en las reuniones establecidas.
- Las familias.
- Los respectivos docentes como, los que atienden el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria, los de la clase de origen, el voluntariado y tener un contacto permanente con otros docentes profesores hospitalarios a nivel regional, nacional e internacional.

De manera sintética afirmamos que el profesor hospitalario será la persona encargada de atender las necesidades específicas que se derivan básicamente de estas diferencias expuestas. Por ello, tiene mucha importancia entablar un vínculo de relación entre el niño y su colegio. Así pues, el Profesor Hospitalario deberá:

- Tener en cuenta al grupo de clase, para que interactúe con el niño enfermo con la mayor normalidad posible.
- Fomentar las interacciones entre el niño y su grupo de clase, mientras se encuentre hospitalizado o convaleciente.

- Proporcionar información al personal del colegio de origen del niño.

Finalizamos este apartado con Polaino (1987, citado por Lizasoáin, 2000), quien señala:

Disponemos de muy pocos profesores que tengan una formación competente en esta materia. Lo ideal sería que el conocimiento de las enfermedades que padecen los alumnos fueran tan detalladas que pudieran explicarles en qué consiste aquella, así como el porqué de los detalles de los programas empleados en su rehabilitación. Los profesores ocupan una posición privilegiada tanto para detectar cualquier alteración comportamental (y ponerle pronto remedio), como para instruir y dirigir a sus jóvenes y paciente alumnos, de manera que sean más eficazmente capaces de afrontar sus propias minusvalías. (p.75).

Pero posiblemente, el docente sea la persona más indicada y en la que más confíe el paciente pediátrico dentro de la institución hospitalaria, por consiguiente, será la persona más adecuada para ofrecer la información que necesita el niño acerca de su enfermedad (Lizasoáin, 2000).

Bloque II.
**Estudio comparado de las políticas
educativas para el desarrollo de los
Programas de Atención Educativa
Hospitalaria y Domiciliaria en las
Comunidades Autónomas objeto de
estudio**

Capítulo 2. Las Aulas Hospitalarias en las Comunidades Autónomas objeto de estudio. Criterios de selección

2.1.-Las Aulas Hospitalarias en las Comunidades Autónomas de Andalucía, Extremadura, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana.

Para la selección en nuestra investigación de las unidades comparativas nos hemos basado en el análisis de una serie de criterios políticos, socioeconómicos y educativos fundamentados en diversos factores, que nos han servido para la elección de las Comunidades objeto de estudio.

Debido a las notables diferencias o similitudes reflejadas en dichos factores se han escogido cinco CC.AA., suficientes como muestra para desarrollar nuestra investigación. Por tanto, se ha creído conveniente mostrar fundamentos relativos que marcarán aspectos significativos en cada territorio.

El primer factor establecido ha sido el *Contexto Ideológico-Político*. Para ello, hemos llevado a cabo un sintético recorrido histórico-político de cada Autonomía seleccionada, así como la muestra de resultados electorales en las últimas tres legislaturas de las unidades comparativas objeto de estudio. Comenzamos siguiendo el orden establecido con el que vamos a basar nuestro proceso de investigación.

2.1.1.-Andalucía.

Tras la muerte de Franco comienzan a darse una serie de gestiones políticas que darán paso a la actual Autonomía andaluza con el inicio de la transición democrática.

La Junta de Andalucía se constituye en junio de 1979 y se acogen a la vía rápida para la obtención de la Autonomía permitiéndoles una mayor cesión de competencias. El 28 de febrero de 1980 se celebra el referéndum Autonómico que triunfa en siete de las ocho provincias andaluzas, no alcanzando el techo legal en Almería. Tras intensos debates se completa la aprobación del Estatuto de Autonomía de nuevo en referéndum

Las primeras elecciones al Parlamento de Andalucía tienen lugar el 23 de mayo de 1982 con una mayoría absoluta del Partido Socialista Obrero Español (PSOE) que se mantendrá desde entonces al frente de la Junta de Andalucía con distintos presidentes: Plácido Fernández; Rafael Escudero; José Rodríguez de la Borbolla; Manuel Chaves; José Antonio Griñán y Susana Díaz.

Como se muestra en la Tabla 6, el Partido Socialista Obrero Español (PSOE) ha presidido gobierno en todas las Elecciones Autonómicas andaluzas. La legislatura actual está presidida por el PSOE, donde Susana Díaz Pacheco ha pactado con Ciudadanos (C,s) siendo investida como Presidenta del Gobierno andaluz.

Tabla 6
Elecciones Autonómicas en Andalucía

Andalucía	PP Escaños	PSOE Escaños	PODEMOS Escaños	C's Escaños
Andalucía 2008	47 38,45%	56 48,41%		
Andalucía 2012	50 40,66%	47 39,52%		
Andalucía 2015	33 26,76%	47 35,43%	15 14,84%	9 9,28%

Fuente: elaboración propia adaptada de Elecciones Autonómicas 2008, 2012, 2015.¹⁴

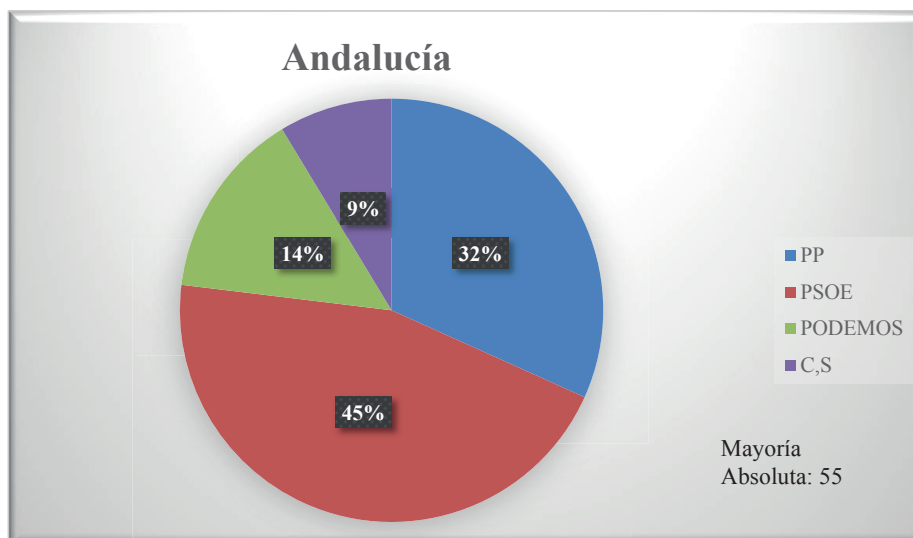


Figura 2. Elecciones Autonómicas de 2015.

Fuente: elaboración propia adaptada de Elecciones Autonómicas 2015.

¹⁴El País (marzo, 2008). Elecciones Autonómicas 2008. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2008/autonomicas/Andalucia>. el 23 de septiembre de 2014.

– (marzo, 2012). Elecciones Autonómicas 2012. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2012/autonomicas/Andalucia> . el 23 de septiembre de 2014.

– (mayo, 2015). Elecciones Autonómicas 2015. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2015/autonomicas/Andalucia> el 28 de agosto de 2016.

2.1.2.-Extremadura.

Las primeras Elecciones Autonómicas se celebraron el 8 de mayo de 1983 ganando el PSOE, con Juan Carlos Rodríguez Ibarra como primer presidente de la Junta de Extremadura. Siguió su cargo en las siguientes cinco legislaturas manteniéndose como presidente autonómico durante 24 años. Guillermo Fernández Vara, también candidato por el PSOE fue investido presidente para la VI legislatura en 2007. Tras 28 años consecutivos de gobierno del PSOE, en las elecciones de la Asamblea de Extremadura de 2011, José Antonio Monago candidato del Partido Popular (PP) fue investido presidente tras su victoria con el apoyo de Izquierda Unida (IU). Posteriormente, en las pasadas elecciones a la Asamblea de Extremadura de 2015 se otorgó la victoria de nuevo al PSOE, a tres escaños de la mayoría absoluta. Gracias al acuerdo que se estableció con PODEMOS, Guillermo Fernández Vara fue investido de nuevo como Presidente. Con estos datos queda marcada la ideología política que ha predominado de manera notable en dicha Autonomía gobernando el PSOE en todas sus legislaturas excepto en las del 2011.

Tabla 7
Elecciones Autonómicas en Extremadura

Extremadura	PP Escaños	PSOE Escaños	IU-V-SIEX Escaños	PODEMOS Escaños	C'S Escaños
Extremadura 2007	27 38,71%	38 53%			
Extremadura 2011	32 46,21%	30 43,49%	3 5,57%		
Extremadura 2015	28 37,02%	30 41,5%	0	6 7,99%	1 4,37%

Fuente: elaboración propia adaptada de Elecciones Autonómicas 2007, 2011 y 2015¹⁵

¹⁵El País (mayo, 2007). Elecciones Autonómicas 2007. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2007/autonomicas/Extremadura> el 23 de septiembre de 2014.
 – (mayo, 2011) Elecciones Autonómicas 2011. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2011/autonomicas/Extremadura> el 23 de septiembre de 2014.
 – (mayo, 2015) Elecciones Autonómicas 2015. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2015/autonomicas/Extremadura> el 28 de agosto de 2016.

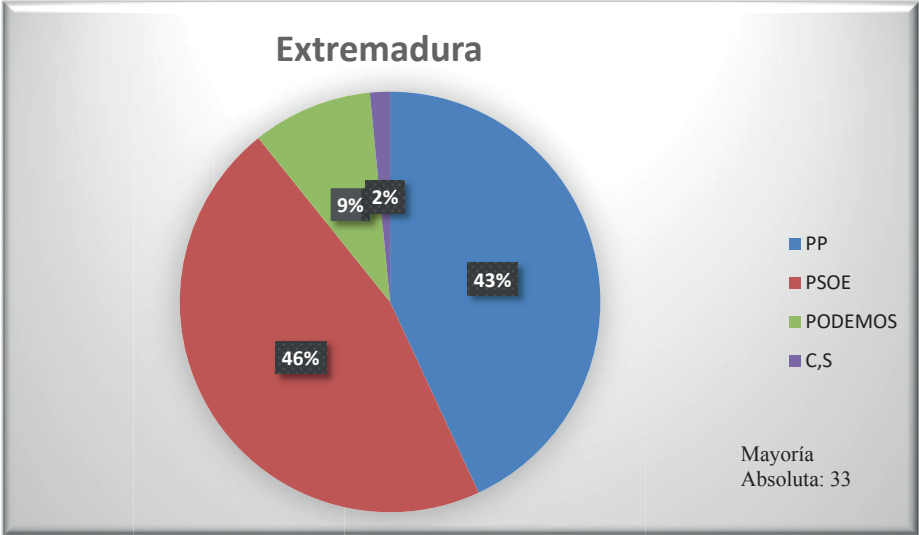


Figura 3. Elecciones Autonómicas de 2015.
Fuente: elaboración propia adaptada de Elecciones Autonómicas de 2015.

2.1.3.-Comunidad de Madrid.

El PP ha sido la fuerza más votada en la Comunidad de Madrid desde 1995. Primeramente, gobernó Alberto Ruiz Gallardón, y a partir del 2003, Esperanza Aguirre. Desde septiembre de 2012 al 2015 estuvo en la presidencia Ignacio González en las Elecciones Autonómicas de 2011. Sin embargo, en las Elecciones Municipales y Autonómicas celebradas en 2015 está presidiendo Cristina Cifuentes, no obteniendo mayoría absoluta, pero gobernando gracias al pacto establecido con C's.

Tabla 8
Elecciones Autonómicas en la Comunidad de Madrid

Comunidad de Madrid	PP Escaños	PSOE Escaños	IU-LV Escaños	PODEMOS Escaños	C's Escaños
C. de Madrid 2007	67 53,29%	42 33,57%			
C. de Madrid 2011	72	36	13 9,61%		
C. de Madrid 2015	48 33,1%	37 25,44%		27 18,59%	17 12,14%

Fuente: elaboración propia adaptada de Elecciones Autonómicas 2007, 2011, 2015¹⁶



Figura 4. Elecciones Autonómicas de 2015.

Fuente: elaboración propia adaptada de Elecciones Autonómicas de 2015.

¹⁶El País (mayo, 2007). Elecciones Autonómicas 2007. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2007/autonomicas/comunidaddemadrid>. el 23 de septiembre de 2014.

– (mayo, 2011).Elecciones Autonómicas 2011. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2011/autonomicas/comunidaddemadrid>. el 23 de septiembre de 2014.

– (mayo, 2015) Elecciones Autonómicas 2015. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2015/autonomicas/comunidaddemadrid> el 28 de agosto de 2016.

2.1.4.-País Vasco.

En las Elecciones Autonómicas del 28 de octubre de 1990, el Partido Nacionalista Vasco (PNV) alcanzó una mayoría relativa y, tras un complicado proceso de negociaciones, el 22 de enero de 1991 firmó junto con EA (Eusko Alkartasuna) y EE (Euskadiko Ezkerra) la Constitución del gobierno de coalición. Con las elecciones celebradas en 1994 fueron ganadas por el PNV y Ardanza fue elegido Lehendakari. Tras negociaciones, PNV-Partido Socialista Euskadi (PSE)-EE y EA firmaron el acuerdo de gobierno encabezado por Ardanza. Posteriormente, en las Elecciones Autonómicas de 1998 vuelve a vencer el PNV con Juan José Ibarretxe apoyado por PNV, EA y Eukal Herritarok (EA). En el 2001, hay coalición PNV-EA con sus mejores resultados. Ibarretxe es reelegido Lehendakari al conseguir mayoría simple. En las elecciones del 2005 vuelve a ganar coalición PNV-EA siendo Ibarretxe elegido Lehendakari por tercera vez con votos del tripartito y del Partido Comunista de las Tierras Vascas. En el 2009 hay victoria del PNV, pero tras un pacto suscrito entre PSOE y PP, el socialista Patxi López fue elegido Lehendakari respaldado, por primera vez, por una mayoría no nacionalista. Tres años después, en mayo de 2012, el acuerdo llegó a su fin debido a los recortes en Educación y Sanidad aprobados por el gobierno de Mariano Rajoy. Durante esta legislatura, en 2011, ETA anunció su cese definitivo de su actividad armada. Así en el 2012 el PNV con Iñigo Urkullu fue investido Lehendakari por mayoría simple.

Todos los presidentes del Gobierno Vasco, Lehendakaris desde 1980 pertenecieron al PNV a excepción de Patxi López (de 2009 a 2012) perteneciente al Partido Socialista de Euskadi, siendo el primer Lehendakari ajeno al nacionalismo vasco. Tras las Elecciones al Parlamento vasco 2012, el PNV recuperó la Lehendakaritza de la mano de Iñigo Urkullu. En las elecciones de septiembre de 2016 fue investido Lehendakari Iñigo Urkullu por mayoría simple volviendo a presidir en el Gobierno Vasco el PNV.

Tabla 9
Elecciones Autonómicas en el País Vasco

País Vasco	PNV Escaños	EH: Bildu Escaños	PSE-EE Escaños	PP Escaños	PODEMOS Escaños	C,S Escaños
País Vasco 2009	30 38,57%	5 9,72%	25 30,7%	13 14,1%		
País Vasco 2012	27	21	16	10		
País Vasco 2016	29 37,75%	17 21,23%	9 11,94%	9 10,16%	11 14,83%	0

Fuente: elaboración propia adaptado de Elecciones Autonómicas 2009, 2012, 2016¹⁷

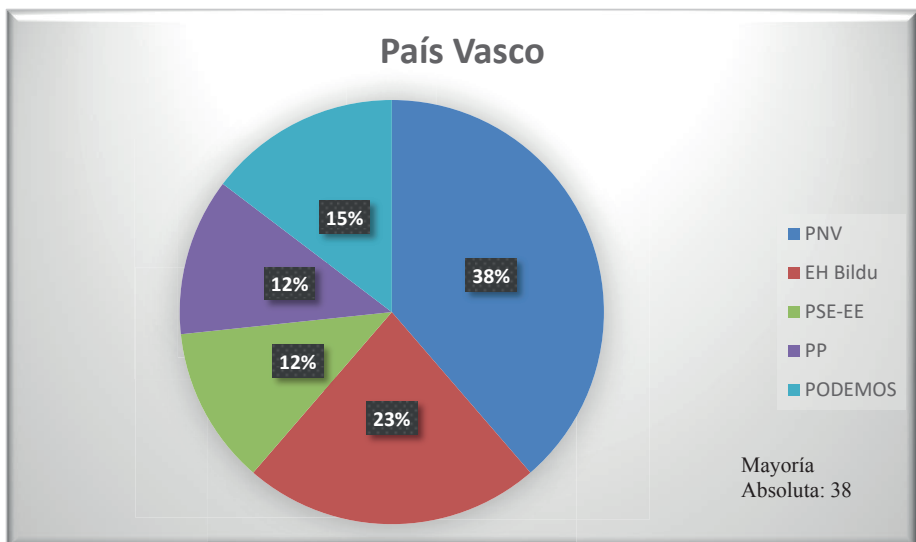


Figura 5. Elecciones Autonómicas de 2016.

Fuente: elaboración propia adaptada de Elecciones Autonómicas de 2016.

¹⁷El País (marzo, 2009). Elecciones Autonómicas 2009. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2009/autonomicas/PaisVasco> . el 23 de septiembre de 2014.
 – (octubre, 2012). Elecciones Autonómicas 2012. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2012/autonomicas/PaisVasco> el 23 de septiembre de 2014.
 – (septiembre, 2016). Elecciones Autonómicas 2016. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2016/autonomicas/PaisVasco> el 07 de enero de 2016.

2.1.5.-Comunidad Valenciana.

Eduardo Zaplana del PP ganó las Elecciones Autonómicas por mayoría simple en 1995 y pactó con Unión Valenciana (UV). En 1999 consiguió mayoría absoluta ampliando tras sucesivas elecciones votos y escaños seguido por Fransesc Camps y Alberto Fabra. Tras 20 años presidiendo el PP el Gobierno de la Comunidad Valenciana, en las Elecciones a las Cortes celebradas el 22 de mayo de 2015, el PP perdió su mayoría absoluta con mitad de votos y escaños. Desde entonces el PP en dicha Autonomía es el principal partido de la oposición. Actualmente, gobierna el PSOE pactando con COMPROMIS y PODEMOS.

Como podemos apreciar en la Autonomía de Valencia ha predominado durante 20 años la ideología política conservadora con el Partido Popular.

Tabla 10
Elecciones Autonómicas en la Comunidad Valenciana

Comunidad Valenciana	PP Escaños	PSOE Escaños	COMPRO MÍS Escaños	PODEMOS Escaños	C'S Escaños
2007	54 52,17%	38 34,26%	7 7,97%		
2011	55 48,53%	33 27,5%	6 7,3%		
2015	31 26,21%	23 20,3%	19 18,19%	13 11,23%	13 12,31%

Fuente: elaboración propia adaptada de Elecciones Autonómicas Comunidad Valenciana 2007, 2011 y 2015.¹⁸

¹⁸El País (mayo, 2007). Elecciones Autonómicas 2007. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2007/ComunidadValenciana> el 23 de septiembre de 2014.

– (mayo, 2011). Elecciones Autonómicas 2011. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2011/ComunidadValenciana> el 23 de septiembre de 2014.

– (mayo, 2015) Elecciones Autonómicas 2015. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2015/ComunidadValenciana> el 28 de agosto de 2016.



Figura 6. Elecciones Autonómicas de 2015.

Fuente: elaboración propia adaptada de Elecciones Autonómicas de 2015.

Como se ha observado en el factor **Contexto Ideológico-Político**, las Autonomías seleccionadas como unidades comparativas muestran directrices similares. Durante las dos últimas décadas, en cada una de las Autonomías objeto de estudio ha predominado una misma ideología política. En este aspecto, mientras que en Andalucía y Extremadura ha gobernado una ideología progresista con el PSOE, las Comunidades de Madrid y Valencia han estado insertas en un contexto ideológico conservador con el PP. Finalmente, el País Vasco ha mantenido una vertiente nacionalista con el PNV. Sí que es cierto, que en el caso de la Comunidad Valenciana han surgido cambios en la última legislatura, aunque en su contexto histórico político de las dos últimas décadas ha gobernado el PP, y la normativa autonómica básica que regula las AA.HH. no ha presentado cambios.

El siguiente factor en el que nos hemos basado para hacer una recogida de datos de las 17 CC.AA., y hacer una selección de las Autonomías objeto de estudio, ha sido el **Peso Demográfico** en cada una de ellas. Hemos mostrado los datos poblacionales del 2014 y 2015 por cada una de las unidades territoriales comparativas escogidas en la Tabla 11.

En este aspecto se han descrito e interpretado los datos mostrando si ha habido alguna evolución en su demografía.

Tabla 11
Peso Demográfico

Comunidad Autónoma	Población 2014	Población 2015	Densidad
Andalucía	8.402.305	8.405.303	96
Extremadura	1.099.632	1.086.645	26
Madrid	6.454.440	6.464.078	805
País Vasco	2.188.985	2.189.093	303
Comunidad Valenciana	5.004.844	4.953.482	213

Fuente: elaboración propia adaptada de Población de las Comunidades Autónomas.¹⁹

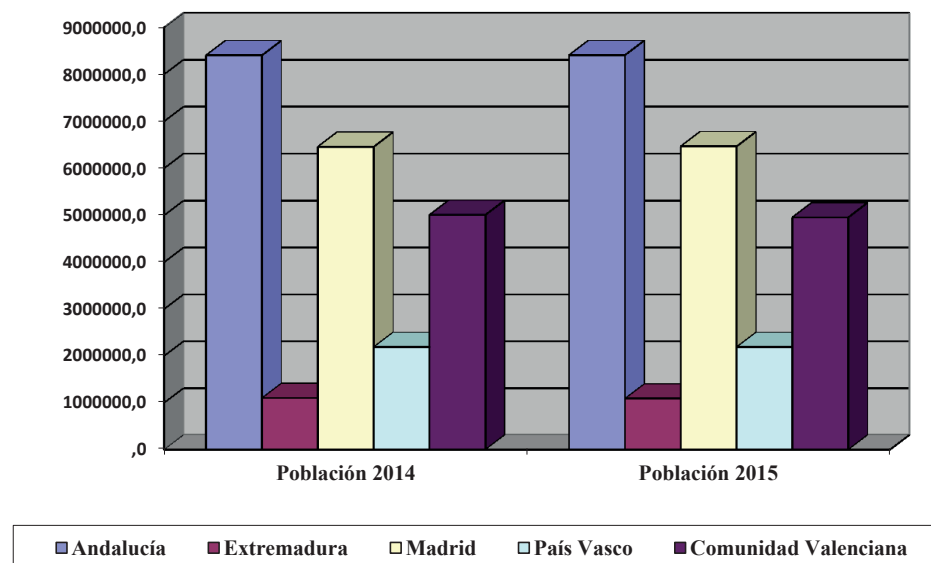


Figura 7. *Peso Demográfico.*

Fuente: elaboración propia adaptada de Población de las Comunidades Autónomas.

¹⁹Datosmacro.com (n.d.). Población de las Comunidades Autónomas. Recuperada de <http://www.datosmacro.com/demografia/poblacion/espana-comunidades-autonomas> el 28 de agosto de 2016.

Comenzando con los datos mostrados en la Tabla 11 se observan las siguientes apreciaciones:

Andalucía cerró el año 2015 con una población de 8.405.213 habitantes. Supuso un aumento de 2.998 personas respecto al 2014 siendo la 1º Comunidad Autónoma de España en cuanto a población se refiere.

Extremadura finalizó el año 2015 con una población de 1.086.645 personas, suponiendo un descenso de 12.987 personas respecto al 2014, y siendo la 13º Comunidad Autónoma de España en cuanto a población se refiere.

La Comunidad de Madrid terminó el 2015 con 6.464.078 de población, con un aumento de 9.638 personas respecto a 2014, y siendo la 3º unidad territorial de España en cuanto a población se refiere.

El País Vasco cerró el año 2015 con 2.189.093 de personas aumentando respecto a 2014 en 108 personas. Es la 7º CC.AA. de España a nivel poblacional.

Finalmente, la Comunidad Valenciana finaliza el año 2015 con una población de 4.953.482 descendiendo en 5.136 personas respecto al 2014, y situándose en la 4º posición de las 17 CC.AA.

En este aspecto, se ha considerado una muestra suficiente de población española para elaborar nuestro proceso de investigación.

El tercer factor en el que nos hemos basado para la elección de nuestras unidades comparativas ha sido mostrar los *Presupuestos que destina cada CC.AA.* al ámbito de la *Sanidad* y *Educación*. Estos datos nos van a servir para observar si hay un presupuesto económico equilibrado entre dichas Autonomías según también criterios poblacionales, etcétera. Para efectuar este estudio primero se ha creído conveniente señalar los **Presupuestos Generales de cada CC.AA.**, el **Presupuesto por Persona** y el **Porcentaje de Media del país**.

Tabla 12

Presupuestos por Comunidades Autónomas. Presupuesto por Persona y Porcentaje de Media del país en 2015

Comunidad Autónoma	Ingresos por CC.AA.	Presupuesto por Persona	por % Media del país
Andalucía	25.459.948	3.527	-7%
Extremadura	4.766.823	4.909	+29%
Comunidad de Madrid	20.852.589	3.239	-15%
País Vasco	10.657.730	4.887	+29%
Comunidad Valenciana	17.657.730	3.525	-7%
Media de España	9.797.967		

Fuente: elaboración propia adaptada de Presupuestos de las Comunidades Autónomas y ¿Dónde van mis impuestos?²⁰.

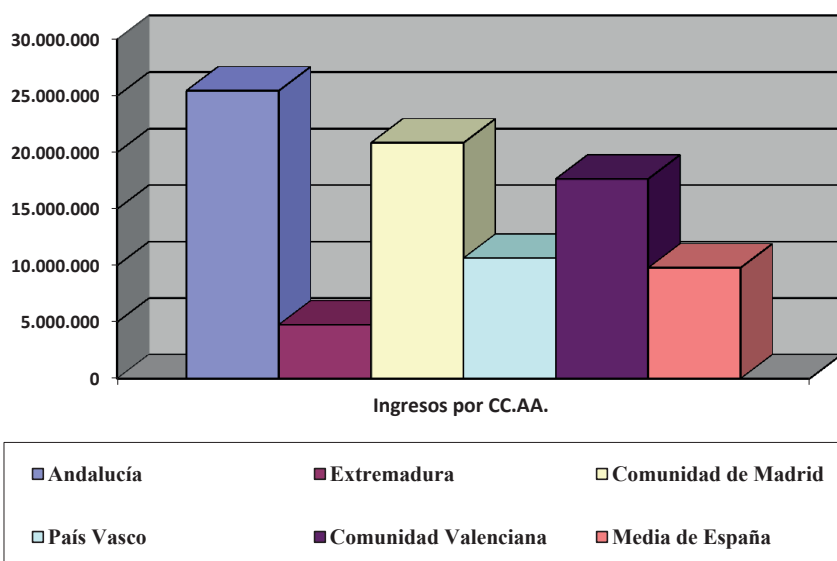


Figura 8. *Ingresos por CC.AA.*

Fuente: elaboración propia adaptada de Presupuestos de las Comunidades Autónomas y ¿Dónde van mis impuestos?

²⁰Datosmacro.com (n.d.). Presupuestos de las Comunidades Autónomas. Recuperada de <http://www.datosmacro.com/estado/presupuestos/espana-comunidades-autonomas> el 15 de enero de 2016.

Fundación Ciudadana (n.d.) ¿Dónde van mis impuestos? Recuperada de <http://dondevanmisimpuestos.es/ccaa/> el 15 de enero de 2016.

Primeramente, observando los **Presupuestos Generales** que presenta cada Comunidad en 2015 deja evidente que encabeza la lista la Comunidad de Andalucía con 25.459.948 euros, muy por encima de la Media española.

Seguidamente, continúa la Comunidad de Madrid con 20.852.589 euros y Valencia con 17.657.730 euros, también muy por encima de la Media del país.

En cuarto lugar, se encuentra el País Vasco con 10.657.730 euros, situándose, a su vez por encima de la Media española. Y finalmente, se sitúa en último lugar Extremadura con 4.766.823 euros, presentando una notable diferencia respecto a las tres primeras, y encontrándose muy por debajo de la Media española la cual está en 9.797.967,76 euros. Debemos constatar que la Autonomía extremeña es la que menos Peso Demográfico presenta.

Respecto al **Presupuesto por Persona** debemos subrayar una notable diferencia existente entre dos Comunidades Autónomas respecto al resto. Estas dos Autonomías son, Extremadura que precede la lista presentando unos “Ingresos per Cápita” (cálculo que se realiza para determinar el ingreso que recibe en promedio, cada uno de los habitantes de un país) o Presupuesto por Persona de 4.909 euros. A continuación, se sitúa con poca diferencia el País Vasco con 4.887 euros, encontrándose ambas con un porcentaje de +29 % por encima de la Media española, ésta con 3.796 euros. Seguidamente, continúa la lista Andalucía, con 3.527 euros por persona, la Comunidad Valenciana con 3.525 euros y, la Comunidad de Madrid con 3.239 euros situándose por debajo de la Media española, y mostrando una notable diferencia respecto a las Comunidades vasca y extremeña.

Respecto al apartado Porcentaje, que ha aumentado o disminuido respecto a la Media del país, destacan las Comunidades de Andalucía y Valencia con un -7% y la Comunidad de Madrid con -15%, datos contradictorios, pero a su vez significativos respecto a los Ingresos por CC.AA. Marcando una notable diferencia con las dos Comunidades que menor población tienen.

Tabla 13

Presupuesto Sanitario. Porcentaje del Presupuesto Total dedicado a Sanidad. Porcentaje de Reducción en 2014

Comunidad Autónoma	Presupuesto Sanitario	% del Presupuesto Total dedicado a Sanidad.	Porcentaje Reducción respecto al 2013.
Andalucía	8.204.893	32,03%	16,51%
Extremadura	1.324.428	29,94%	22,89%
Comunidad de Madrid	6.980.824	33,72%	2,67%
País Vasco	3.437.225	33,59%	5,32%
Comunidad Valenciana	5.374.512	33,07%	6,04%
Media de España	3.120.723		

Fuente: elaboración propia adaptado de Caballero, Álvarez, y Álvarez (2014).

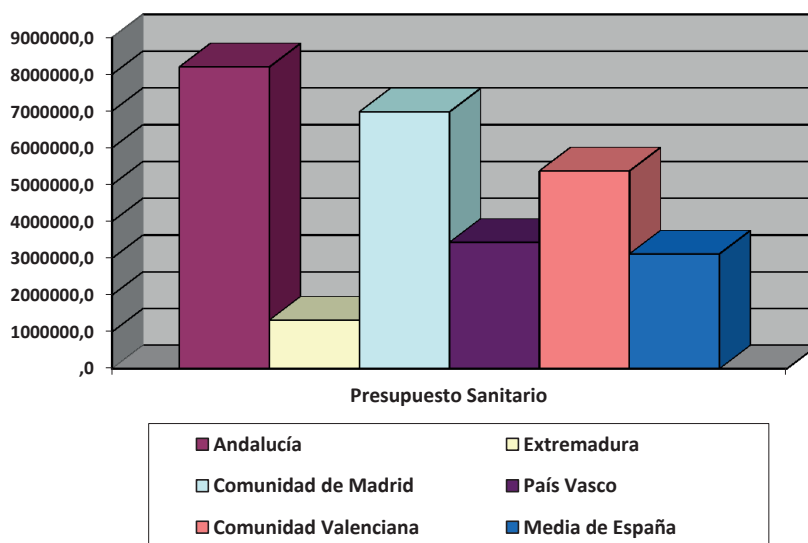


Figura 9. *Presupuesto Sanitario.*

Fuente: elaboración propia adaptada de Caballero et al. (2014).

Respecto al **Presupuesto Sanitario** entre CC.AA. mostrados en la Tabla 13 se observan notables diferencias entre las distintas Autonomías. La Comunidad Andaluza encabeza la lista con un Presupuesto Sanitario de 8.204.893 euros, muy por encima de la Media española. A continuación, le siguen las Comunidades de Madrid con un Presupuesto de 6.980.824 euros, Comunidad Valenciana con 5.374.512 euros, ambas bastante por encima de la Media. Finalmente, con notable diferencia se encuentran las Comunidades del País Vasco, con 3.437.225 euros situándose por encima de la Media española, pero la mayor divergencia la presenta Extremadura con 1.324.428 euros, muy por debajo de las Comunidades de Andalucía, Madrid, Valencia, y de la Media del país.

En relación al **Presupuesto Total destinado a Sanidad** hay cierta similitud entre las Comunidades de Andalucía, Madrid, País Vasco y Valencia pasando todas ellas del 30% del Total de su Presupuesto destinado al sector Sanitario. Sin embargo, Extremadura se acerca a dicho porcentaje, pero no lo supera siendo el dato más característico de las cinco Autonomías objeto de estudio mostrando cierta desigualdad respecto al resto. Finalmente, en base a los datos obtenidos sobre el Porcentaje de Reducción con respecto al año con mayor Presupuesto del sexenio, 2009-2014, se aprecia claramente que la Comunidad Extremeña despunta con un 22,89%, siendo la Comunidad que más ha reducido su **Presupuesto en Sanidad**. Le sigue Andalucía con un 16,51%, y con una notable diferencia le sigue la Comunidad Valenciana, País Vasco y Madrid, situándose todas ellas por debajo del 10% de **Reducción en Gasto Sanitario**.

Tabla 14
Gasto en Educación 2015

Comunidad Autónoma	Gasto en Educación
Andalucía	6.588,44
Extremadura	1.019,83
Comunidad de Madrid	4.256,58
País Vasco	2.798,85
Comunidad Valenciana	4.120,91
Media España	1.845,26

Fuente: elaboración propia adaptado de Gabinete Técnico FETE-UGT (2015).

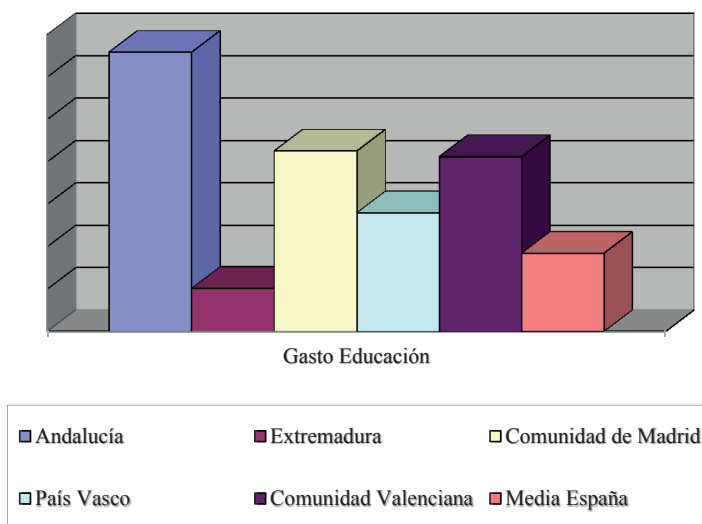


Figura 10. *Gasto en Educación.*

Fuente: elaboración propia adaptada de Gabinete Técnico FETE-UGT (2015).

Pasando a señalar los datos relativos al **Financiamiento en Educación**, se observa en la Tabla 14 una gran diferencia entre Autonomías. Precede la lista Andalucía siendo la Comunidad que mayor Presupuesto destina a Educación, con 6.588,44 euros situándose muy por encima de la Media española. Le sigue la Comunidad de Madrid con 4.256,58 euros, y la Comunidad Valenciana con 4.120,91 euros situándose estas dos por encima de los datos aportados de la Media española. Con notable diferencia respecto a las anteriores se sitúa el País Vasco, con un gasto de 2.798,85 euros por encima de la Media, pero con poca diferencia del resto. Finalmente, se sitúa Extremadura con 1.019,83 euros con gran diferencia de las anteriores y de la Media

española. Evidentemente, estos datos son comparativos con la población escolarizada que visualizamos en siguiente Tabla

El cuarto factor hace referencia a la *Dimensión del Sistema Educativo*, Tabla 15 en los niveles de Infantil, Primaria y Secundaria por CC.AA. mostrando el alumnado escolarizado durante el curso 2015-2016 según Autonomías.

Tabla 15
Población Escolar en Educación Infantil, Enseñanza Básica y Secundaria por CC.AA. Curso 2016-2017

Comunidad Autónoma	Primer ciclo Infantil	Segundo ciclo Infantil	Primaria	Secundaria Obligatoria
Andalucía	96.034	262.862	582.913	378.731
Extremadura	7.803	29.669	64.770	44.742
Comunidad de Madrid	87.922	202.206	416.138	258.891
País Vasco	29.515	63.086	128.093	79.486
Comunidad Valenciana	41.167	143.180	316.568	196.758
Total de las 17 CC.AA. más Ceuta y Melilla	444.492	1.362.128	2.924.463	1.868.584

Fuente: elaboración propia adaptada de Datos y cifras. Curso escolar 2016/2017.²¹

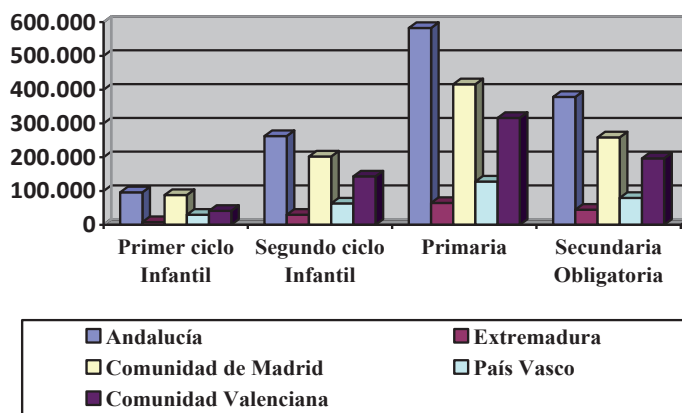


Figura 11. Población escolar en Educación Infantil, Enseñanza Básica y Secundaria por CC.AA. curso 2015-2016.

Fuente: elaboración propia adaptada de Datos y cifras. Curso escolar 2016-2017.

²¹Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2016). *Datos y cifras. Curso escolar 2016/2017*. Recuperado de www.mecd.gob.es/servicios.../estadisticas.../datos-cifras/Datosycifras1617esp.pdf.

Indicando los datos relativos a la **Población Escolar** matriculada en los niveles educativos de **Infantil, Primaria y Secundaria** se observa que Extremadura presenta una notable diferencia respecto al resto mostrando poca población escolarizada en todos sus niveles educativos. Sí que es cierto, que Extremadura y País Vasco son las dos Autonomías con menos Peso Demográfico y los territorios con menor alumnado escolarizado destacando, Extremadura.

Andalucía destaca del resto en segundo ciclo de Infantil, Primaria y Secundaria, seguida por las Comunidades de Madrid y Valencia. Esto se debe al gran Peso Demográfico que presenta dicha Autonomía.

Por tanto, según los datos del **Gasto en Educación** por Autonomías y la población escolarizada según niveles educativos, queda reflejado que el País Vasco y Extremadura, aunque son las Comunidades con menos escolares matriculados son las que mayor presupuesto educativo presentan.

Capítulo 3. Las Aulas Hospitalarias en Andalucía

3.1.-Introducción.

Las Aulas Hospitalarias en España están situadas dentro de los Programas de Compensación Educativa del Sistema Educativo Español.

El Programa de Aulas Hospitalarias de la Comunidad Andaluza se inscribe dentro del Área de Compensatoria de los Equipos de Orientación Educativa dirigido a niños que, por razón de hospitalización no pueden seguir un proceso normalizado de escolarización. La necesidad de promover la “igualdad de oportunidades de acceso, permanencia y promoción a una educación de calidad” es la que propone una serie de actuaciones entre las que se encuentran los Programas de Compensación Educativa, mediante la creación de Unidades Escolares de Apoyo en instituciones hospitalarias. Dichos Programas pretenden paliar los efectos negativos que la situación de enfermedad e internamiento puedan ocasionar en su proceso de maduración y desarrollo, que complementa la atención integral del niño.

Con la Ley de Solidaridad (Ley 18.11.1999), la Junta de Andalucía renueva y consolida su compromiso con la igualdad de oportunidades, la universalización del Derecho a la Educación, así como la integración social de los sectores de población desfavorecida.

Antes de comenzar a profundizar en el sector educativo-hospitalario y domiciliario andaluz, vamos a hacer referencia tanto a datos Políticos, Socioeconómicos y Educativos significativos para nuestra parte comparativa, reflejados en la parte introductoria de este bloque mediante una serie de Tablas, y que pueden ser relevantes para el posterior estudio comparativo.

A continuación, mostraremos las características de las AA.HH. y Atención Educativa Domiciliaria en dicha Autonomía, mediante el estudio de su normativa y de sus prácticas docentes a través de una serie de Indicadores como son, *Tipología, Destinatarios de las AA.HH., Objetivos y Finalidad, Organización, Funcionamiento y Dependencia, Espacios y Equipamiento, Equipo Docente, Perfil Profesional y Formación Permanente, Horario y Calendario Escolar, Coordinación y Seguimiento, Evaluación de las Aulas Hospitalarias.*

3.2.-Contexto Político, Socioeconómico y Educativo.

En este apartado vamos a indicar los datos relativos al Contexto Ideológico-Político predominante en esta Comunidad, los datos Socioeconómicos respecto al Gasto en Educación y Sanidad en base a su Peso Demográfico, y finalmente los datos Educativos reflejando el número de alumnado matriculado por niveles educativos. A su vez, marcaremos las diferencias respecto a otras Comunidades y respecto a la Media de España.

Como hemos reflejado en el capítulo anterior, el contexto ideológico predominante en Andalucía en las últimas décadas (Tabla 6) ha sido el progresista, gobernando el PSOE. En las últimas Elecciones Autonómicas de 2015 preside Susana Díaz mediante un pacto del PSOE con C, s.

Centrándonos en los datos Socioeconómicos, Andalucía destaca por ser la Autonomía que mayor **Peso Demográfico** presenta con 8.405.303 de población (Tabla 11). Por otra parte, precede la lista de Comunidades estudiadas respecto a **Ingresos por CC.AA.** con 25.459.948 euros (Tabla 12), y con gran diferencia respecto al resto de Autonomías. Prácticamente, triplica la Media española situándose ésta tan sólo con 9.797.967,76 de euros. Sin embargo, Andalucía ocupa el tercer puesto, de las cinco Comunidades objeto de estudio, respecto a **Presupuestos por Persona** con 3.527 euros habiendo tenido una reducción de -7% de la Media del país.

Situándonos en el ámbito sanitario, Tabla 13, Andalucía encabeza la lista de Comunidades estudiadas respecto al **Presupuesto en Sanidad** con 8.204.893 euros, muy por encima de la Media de España situándose en 3.120.723,53 euros. Con ello queda reflejado que la Comunidad de Andalucía presenta unos altos ingresos anuales en Sanidad marcando notables diferencias respecto a otras Comunidades. Sin embargo, como muestra la Tabla 13, tan sólo un 32,03% del total de su presupuesto va destinado a este sector siendo la segunda Autonomía por detrás de Extremadura que menor porcentaje destina a Sanidad. Sí que es cierto que como queda reflejado con los datos aportados en dicha Tabla, Andalucía y Extremadura son las que mayor Reducción de Presupuesto han tenido en el 2014.

Señalando los datos relativos al **Gasto en Educación** en 2015 indicados en la Tabla 14, hay grandes desigualdades entre Autonomías. Precede la lista Andalucía con

mayor gasto en este sector, con 6.588,44 euros marcando gran diferencia respecto a la Media española encontrándose ésta en 1.845,26 euros.

Pero hemos de constatar, observando los datos relativos a la **Población escolar** matriculada en los niveles de **Infantil, Primaria y Secundaria**, Tabla 15, que Andalucía presenta un gran índice de alumnado escolarizado, especialmente en el nivel de Primaria y Secundaria que relacionado con el **Gasto en Educación** confirmaría un presupuesto por escolar por detrás de Extremadura y País Vasco.

3.3.-Características de la Aulas Hospitalarias en la Comunidad Andaluza.

El Programa de Aulas Hospitalarias de la Comunidad Andaluza se inscribe dentro del Área de Compensatoria de los Equipos de Orientación Educativa dirigido a niños que, por razón de hospitalización, no pueden seguir un proceso normalizado de escolarización. La necesidad de promover la “igualdad de oportunidades de acceso, permanencia y promoción a una educación de calidad” es la que propone una serie de actuaciones entre las que se encuentran los Programas de Compensación Educativa, mediante la creación de Unidades Escolares de Apoyo en Hospitales. Con estas unidades se pretende paliar los efectos negativos que la situación de enfermedad e internamiento puedan ocasionar en su proceso de maduración y desarrollo, que complementa la atención integral del niño.²²

A su vez, con la Ley de Solidaridad (Ley 18.11.1999), la Junta de Andalucía renueva y consolida su compromiso con la igualdad de oportunidades, la universalización del Derecho a la Educación, así como la integración social de los sectores de población desfavorecidos²³.

Una medida que se ha llevado a cabo ha sido la creación de las Aulas Hospitalarias que según Vila, Barrena y Puerto (2013), actúan como “centros educativos” dentro de un Hospital y, son bastantes las que participan en el Programa de

²²Junta de Andalucía. Consejería de Educación (2011) *Programa Educativo Revisado por el Hospital Reina Sofía de Córdoba*. Recuperado de

<http://www.juntadeandalucia.es/educacion/nav/contenido.jsp?pag=/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educocompesatoria/aaah/indexaahh&perfil=431> el 23 de abril de 2014.

²³Junta de Andalucía. Consejería de Educación (2011) *Programa Educativo Revisado por el Hospital Margarita Cabra de Córdoba*. Recuperado de

<http://www.juntadeandalucia.es/educacion/nav/contenido.jsp?pag=/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educocompesatoria/aaah/indexaahh&perfil=431> el 23 de abril de 2014.

Calidad y Mejora de los Rendimientos Escolares en los Centros Docentes Públicos de la Comunidad de Andalucía. En opinión de estos autores:

“Las aulas hospitalarias comienzan a ser consideradas como aulas inclusivas, y la labor docente desarrollada en ellas no son suficientemente conocidas por la mayoría de la sociedad; incluso, por gran parte del profesorado actual, a pesar de las tres décadas de funcionamiento en nuestro país.” (p.573).

Una de las críticas que se debe hacer al Sistema Educativo y Sanitario de nuestro país es el desconocimiento que hay sobre la existencia de estos Servicios tanto por profesionales de la Educación como de la Sanidad. Estamos en el siglo XXI donde se habla de Educación Inclusiva, Atención a la Diversidad, Derecho a la Educación, Compensación de Desigualdades, por ello no tiene mucho sentido que haya profesionales de la educación en todos los niveles educativos que carezcan del conocimiento de estos Servicios educativos que dan la oportunidad y el derecho a niños y jóvenes enfermos de seguir sus estudios pese a tener una enfermedad temporal o crónica.

Por otro lado, la hospitalización es siempre un hecho traumático y agresivo que produce en el escolar un alto grado de inseguridad. Para la atención de estos niños/as, las Consejerías de Educación y Salud vienen desarrollando desde el año 1988 un programa de actuación, en virtud del cual los Hospitales de Andalucía disponen de un Aula Hospitalaria a cargo de un docente, dependiente de la Consejería de Educación. En la actualidad, se dispone de Aulas Hospitalarias en las ocho Provincias Andaluzas (Vila et al., 2013).

A continuación, indicamos las consideraciones realizadas por dichos autores quienes señalan que:

“Las aulas hospitalarias, aulas de apoyo educativo dentro de un hospital, dirigen su intervención educativa al pequeño grupo de alumnado ingresado en los hospitales que es diverso respecto a: edad, competencia curricular, contexto social, motivaciones, intereses, etcétera. El ingreso en el hospital suele provocar miedos, angustias y aislamiento y/o que sea necesario proporcionar una compensación educativa.” (p.571).

Primeramente, para comenzar nuestro estudio de las Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria andaluza deberemos hacer reseña de que de las ocho Provincias Andaluzas hemos aportado referencia o información de docentes de Hospitales de Cádiz (Hospital Puerto Real y Hospital de Jerez), y Hospital Reina Sofía de Córdoba.

3.3.1.- Marco Normativo de las Aulas Hospitalarias andaluzas.

- Convenio Específico de Cooperación entre la Consejería de Educación y Ciencia y la Consejería de Salud para la Atención Educativa de Niños y Niñas en Edad escolar internados en centros hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud. (Julio, 1998).
- Ley 9/1999, de 18 de noviembre, de Solidaridad en la Educación.
- Decreto 167/2003, de 17 de junio, por el que se establece la ordenación de la atención educativa a los alumnos y alumnas con Necesidades Educativas Especiales asociadas a condiciones sociales desfavorecidas.
- Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad.
- Ley de Educación 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía.
- Instrucciones de la Dirección General de Participación y Solidaridad en la Educación sobre la Organización y Funcionamiento de las Aulas Hospitalarias en la Comunidad Autónoma de Andalucía de 2007.
- Orden de 25 de Julio de 2008, por la que se regula la atención a la diversidad del alumnado que cursa la educación básica en los centros docentes públicos de Andalucía.
- Instrucciones de 14 de noviembre de 2013 de la Dirección General de Participación y Equidad para la Atención Educativa Domiciliaria, destinada al alumnado con imposibilidad de Acudir al centro docente por razones de enfermedad.

3.3.1.1.- Tipología.

Como vamos a observar a lo largo de nuestro estudio, dentro de la normativa andaluza relacionada con el ámbito que nos inquieta se incluyen dos Servicios: El Servicio de las Aulas Hospitalarias, y el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria.

Como vamos a reflejar en dicha Autonomía, el alumnado de Salud Mental no se menciona como alumnado que se atiende dentro de los Programas de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria.

3.3.1.2.- Destinatarios.

Según la Ley 9/1999, de 18 de noviembre, (Ley 18.11.1999) de Solidaridad en la Educación, el alumnado que por razones de enfermedad está hospitalizado será atendido en Aulas Hospitalarias en las condiciones que reglamentariamente se determinen, garantizando que todos los niños hospitalizados puedan continuar en su proceso educativo.

Por ello, el alumnado que por decisiones judiciales no puede asistir a un centro educativo será atendido en Aulas concretas en los propios centros en que esté internado. Cuando no sea posible garantizar la educación en centros docentes, en Aulas Hospitalarias o en Aulas Específicas, se garantizará la posibilidad de que este alumnado se matricule en la modalidad de Educación a Distancia²⁴ en las condiciones que reglamentariamente se determinen.

Siguiendo con la misma Ley, el alumnado que cursa Enseñanzas Obligatorias y no puede asistir al centro docente por razones de hospitalización, será atendido en Aulas Hospitalarias durante el tiempo que dura la misma y en función de su enfermedad.

Por otra parte, el Decreto 167/2003, de 17 de junio, (Decreto 17.06.2003) por el que se establece la ordenación de la atención educativa a los alumnos con Necesidades Educativas Especiales asociadas a condiciones sociales desfavorecidas, señala que el alumnado de Educación Secundaria Obligatoria que, por razones de enfermedad, no puede asistir al centro docente donde está inscrito,²⁵ durante periodos prolongados podrá optar por cursar esta etapa educativa en la modalidad de Educación a Distancia.

²⁴ Actualmente, este tipo de Educación a Distancia se lleva a cabo mediante el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria.

²⁵ Actualmente, este tipo de alumnado se acoge al Programa de Atención Educativa Domiciliaria.

Dicho alumnado será escolarizado aun cuando no tuviera los 16 años de edad, en el Instituto Provincial de Formación de Adultos que corresponda

La Consejería de Educación y Ciencia desarrolla una oferta educativa en la modalidad de Educación a Distancia para alumnado de Enseñanza Postobligatoria no Universitaria. Para este alumnado y el de la ESO, el Instituto Provincial de Formación de Adultos designará a un docente que ejercerá las funciones de tutoría y seguimiento de este alumnado.

Volvemos a hacer uso de la crítica hacia Andalucía señalando que, si dicha normativa está vigente, debe actualizarse a la realidad cotidiana puesto que los niños enfermos no están definidos como niños con Necesidades Educativas Específicas y la Atención Educativa Domiciliaria actualmente no se realiza a distancia ni depende de la Formación de Adultos sino por personal docente de Atención Educativa Domiciliaria o de personal del Programa de Acompañamiento Escolar como posteriormente señalaremos. Es evidente que hasta no hace muchos años la atención educativa con enfermos convalecientes dependía de la modalidad de Educación a Distancia y Formación de Adultos, pero pretendemos aclarar que actualmente no es la realidad de la Educación Domiciliaria Andaluza, por ello queremos demandar la actualización de los aspectos normativos pertinentes.

Asimismo, citando la Ley de Educación (10.12.2007), señala que el Sistema Educativo Público de Andalucía garantizará el acceso y permanencia del alumnado con Necesidad Específica de Apoyo Educativo. Este tipo de estudiante es el que presenta Necesidades Educativas Especiales de diferentes grados y diferentes tipos de carácter personal como de orden físico, psíquico, cognitivo o sensorial o por precisar acciones de Carácter Compensatorio.

A continuación, con las Instrucciones de la Dirección General de Participación y Solidaridad en la Educación sobre la Organización y Funcionamiento de las Aulas Hospitalarias en la Comunidad Autónoma de Andalucía de 2007 (Instrucciones de Aulas Hospitalarias de 2007), se establecen como *Destinatarios* de dicha atención educativa, el alumnado de Educación Primaria y Secundaria Obligatoria hospitalizado en algún Hospital de la Comunidad Andaluza que cuenten con Aulas Hospitalarias. Por otra parte, cuando el número de atenciones diarias lo permita se atenderá al escolar de Segundo Ciclo de Educación Infantil, así como cuando los niños de Educación

Obligatoria e Infantil esté cubierta, se podrá atender al alumnado de Bachillerato o Ciclos Formativos en base a asesoramiento y apoyo al estudio.

Sí que observamos que pese a tener deficiencias respecto a la actualización de normativa vigente, con las Instrucciones de Organización y Funcionamiento de Aulas Hospitalarias de 2007 ya van muy avanzadas respecto al contenido, ya que en este año ya se hace alusión a que será atendido tanto el alumnado de Enseñanza Obligatoria como alumno de 2º Ciclo de Infantil, Bachillerato o Ciclos Formativos. Que esté reflejado en normativa es un aspecto muy favorecedor para la Comunidad Andaluza que resaltaremos en la parte comparativa.

Siguiendo con las Instrucciones de 14 de noviembre de 2013 (Instrucciones, 14.11.2013) de la Dirección General de Participación y Equidad para la Atención Educativa Domiciliaria, destinada al alumnado con imposibilidad de Acudir al centro docente por razones de enfermedad .aportan como *Destinatarios* aquel alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo con problemas de salud que esté escolarizado en centros educativos en las etapas de Educación Primaria y Educación Secundaria Obligatoria que por prescripción médica deben pasar largos periodos de tiempo en su domicilio debido a la enfermedad o, convalecencia obligada por la enfermedad que padecen. El periodo debe ser de un mes como mínimo para poder solicitar la Atención Educativa Domiciliaria.

Las consideraciones aportadas por los docentes del Aula Hospitalaria del Hospital Reina Sofía-Córdoba señalan: **“Alumnado de Infantil, Primaria y Secundaria. Ocasionalmente Grados Formativos y Bachiller”**. **“Alumnado de Hospital de Día no, pero de Uci, sí”** (Cuestionario pasado el 11.11.2014).

Por otra parte, el docente del Hospital Puerto Real de Cádiz añade, a su vez que: **“El alumnado atendido en estas aulas tiene edades comprendidas entre 3 y 16 años.”** **“Desde Infantil hasta Educación Secundaria Obligatoria, a veces se atiende alumnado más pequeño que se encuentra ingresado en el hospital o en el hospital de día”**. **“Si generalmente mucho alumnado de nuestra aula proviene de Hospital de Día. Dicho alumnado tiene que estar en el centro hospitalario muchas horas para hacerse pruebas de alergias a la proteína del huevo, huevo, pescado, etcétera.”** (Cuestionario pasado el 17.03.2015).

3.3.1.3.- Objetivos y Finalidad.

Primeramente, con el Convenio Específico de Cooperación (Convenio 18.06.1998) entre la Consejería de Educación y Ciencia y la Consejería de Salud para la Atención Educativa de niños y niñas en edad escolar internados en centros hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud firmado el 18 de julio de 1998, se establece como objetivos prioritarios de dicho Convenio: facilitar la Educación para la salud y promocionar el proceso de maduración, desarrollo y aprendizaje de niños/as andaluces que dejan de asistir a su centro educativo por internamiento prolongado en el Hospital. El Acuerdo de Cooperación entre Administración Educativa y Sanitaria supone atención educativa de niños para proseguir su formación académica durante la permanencia en el centro sanitario y paliar los efectos negativos que la hospitalización ocasiona. Ambas Consejerías son conscientes de la marginación que supone una hospitalización prolongada por ello establecen una serie de cláusulas como:

- Que la administración Educativa y Sanitaria garanticen el derecho a la educación de alumnado de enfermedad prolongada que se ausentan de sus centros escolares.
- Que la atención educativa se realice educando de modo integral, estimulando y favoreciendo el desarrollo físico, afectivo, intelectual y social.
- A la Consejería de Educación y Ciencia compete la Dirección Pedagógica, Administrativa y Funcional de las Aulas Hospitalarias manteniendo coordinación e integración con organización funcional y estructura jerárquica de la institución sanitaria. Así pues, proveerá las dotaciones del profesorado necesarias.
- Dicha Consejería establecerá Adaptaciones Curriculares para evitar la marginación del proceso educativo y paliar el fracaso escolar de una hospitalización prolongada. Dotará a estas unidades de materiales curriculares y facilitará la formación del profesorado encargado de las mismas en todas aquellas materias relacionadas con la Pedagogía Hospitalaria.
- La Consejería de Salud proporcionará espacios e instalaciones para el correcto *Funcionamiento* de las Aulas Hospitalarias dotando de mobiliario para propiciar

ambiente agradable. El centro sanitario asumirá los gastos de material escolar y lúdico pedagógico.

Un aspecto importante que queremos reflejar dentro de las Cláusulas establecidas que se pretenden conseguir dentro de la normativa de las Aulas Hospitalarias y Domiciliarias Andaluzas, hace referencia a la formación del profesorado. Es un aspecto notablemente a resaltar, que subrayaremos en apartados posteriores y evidentemente en la parte comparativa de nuestro estudio.

Asimismo, el Decreto 167/2003, de 17 de junio, (Decreto, 17.06.2003), por el que se establece la ordenación de la atención educativa a los alumnos con Necesidades Educativas Especiales asociadas a condiciones sociales desfavorecidas, garantizará una continuidad del proceso educativo del alumnado de Enseñanza Obligatoria que esté hospitalizado o permanezca durante largos periodos en su domicilio por razón de enfermedad.

A su vez, la Consejería de Educación y Ciencia creará y suprimirá las Aulas Hospitalarias que se precisen para la Atención del alumnado del que nos referimos, teniendo en cuenta la permanencia en el Hospital de un número suficiente de alumnos en edad de Escolaridad Obligatoria.

Con posterioridad el Decreto 246/2005, de 8 de noviembre (Decreto,8.11.2005), por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad, reafirma que el Sistema Sanitario Público de Andalucía prestará su colaboración con la Consejería de Educación para que las personas menores de edad hospitalizadas de forma permanente o periódica, que cursen la Enseñanza Obligatoria, continúen con su formación escolar.

Por otra parte, con las Instrucciones de la Dirección General de Participación y Solidaridad en la Educación sobre la Organización y Funcionamiento de las Aulas Hospitalarias en la Comunidad Autónoma de Andalucía de 2007 (Instrucciones Aulas Hospitalarias de 2007), los objetivos de dichas aulas según se rigen por:

- Ofrecer atención educativa al alumnado hospitalizado y asegurar continuidad de su proceso de enseñanza y aprendizaje, así como evitar el desfase escolar que le puede derivar su situación de enfermedad y hospitalización.

- Evitar el aislamiento del alumnado hospitalizado mediante la participación e interacción con otros niños y niñas y adultos.
- Desarrollar hábitos de autonomía en las tareas escolares mediante el autoaprendizaje, búsqueda de información, técnicas de trabajo intelectual, etcétera.
- Asegurar una coordinación de todos aquellos profesionales que intervienen en la atención del alumnado enfermo como, Tutores/as, Profesorado, Equipos de Orientación Educativa, Departamentos de Orientación, etcétera.
- Colaborar en programas actividades formativas de ocio, lúdicas, recreativas del niño/a en el hospital.
- Mejorar la calidad de vida del alumnado, intentando compensar las dificultades que la enfermedad les ocasiona.
- Incentivar la participación de otras Instituciones públicas y privadas para la inserción psicosocial y afectiva del alumnado hospitalizado.
- Asesoramiento y apoyo a las familias mediante formación e información.

Las Instrucciones de 14 de noviembre de 2013 (Instrucciones de 14.11.2013) de la Dirección General de Participación y Equidad para la Atención Educativa Domiciliaria, destinada al alumnado con imposibilidad de Acudir al centro docente por razones de enfermedad aportan como finalidades:

- Eliminar o disminuir consecuencias que sobre el aprendizaje educativo puedan tener las faltas de asistencia del alumnado al centro escolar por motivos de enfermedad, que no se produzca retroceso en su aprendizaje.
- Desarrollar competencias e iniciativa personal y competencia para aprender a aprender.
- Coordinar el trabajo de conectar al máximo al alumnado con su centro, para facilitar dicho acercamiento y posibilitar la evaluación educativa.

Por ello, como aporta la Consejería de Educación y Ciencia garantizará la continuidad del proceso educativo del alumno de Enseñanza Obligatoria que por

decisiones judiciales o razones de enfermedad no puede asistir a centros docentes ordinarios (Ley, 8.11.1999).

Como se aprecia, las Aulas Hospitalarias están reguladas de manera directa o indirectamente por normativa que las regula. Su finalidad supone continuar la formación escolar. Como muestran, es imprescindible la cooperación entre ambas Consejerías, Educación y Sanidad:

“...un objetivo fundamental del Plan de Humanización Hospitalaria de la Consejería de Salud: Ofrecer una asistencia integral al niño hospitalizado”, “Paliar los efectos negativos que la situación de enfermedad e internamiento puedan ocasionar en el proceso de maduración, desarrollo y aprendizaje del alumno hospitalizado” (p.1).²⁶

Sintéticamente vamos a recoger una serie de objetivos que son los más subrayados dentro de la normativa de esta Comunidad como son, Evitar el desfase escolar, continuar con el proceso educativo, proporcionar hábitos de autonomía, autoaprendizaje, búsqueda de información, etcétera. Aprovechamos para remarcar que es la única Comunidad que resalta como objetivo fundamental a conseguir por las Aulas Hospitalarias, *la Autonomía del escolar enfermo*, un aspecto fundamental y gratificante que se resalta y que resulta relevante, ya que un niño enfermo no es un niño discapacitado sino vulnerable por su enfermedad pero eso no supone sobreprotección por parte de familia, amigos, sociedad, etcétera, porque ellos perfectamente pueden ser autónomos y autosuficientes ante su aprendizaje y ante todo lo que rodea su vida cotidiana.

²⁶Junta de Andalucía. Consejería de Educación (2011) *Programa Educativo Revisado por el Hospital Margarita Cabra de Córdoba*. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/nav/contenido.jsp?pag=/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educocompensatoria/aahh/indexaahh&perfil=431> el 23 de marzo de 2014.

3.3.1.4.- Organización, Funcionamiento y Dependencia de las Aulas Hospitalarias y la Atención Educativa Domiciliaria.

Comenzando con las Instrucciones de Aulas Hospitalarias de 2007, se determina que el alumnado hospitalizado a efectos administrativos y docentes seguirá inscrito en su centro educativo donde esté escolarizado. Así pues, la *Organización* y *Funcionamiento* de las Aulas Hospitalarias, así como sus procedimientos se establecerán en base a los siguientes criterios:

- Los recursos humanos docentes con los que cuente cada centro hospitalario.
- La situación de movilidad y autonomía para el desplazamiento del propio alumno.
- Las propias dependencias y/o espacios existentes en el Complejo Hospitalario destinado para la atención educativa.

3.3.1.4.1.- Organización y Funcionamiento de las Aulas Hospitalarias.

A.- Organización.

Primeramente, como hemos mencionado anteriormente y según la información aportada por diversos docentes, cada Aula Hospitalaria estará adscrita a un Colegio Público de Educación Primaria de la zona donde se encuentre el Hospital. En el Plan Anual de Centro se incluirá la Programación de las actividades a desarrollar en el Aula Hospitalaria, así como aspectos organizativos y necesidades para su adecuado funcionamiento.

Continuando con el Decreto 17.06.2003, indica que el alumnado hospitalizado en centros dependientes del Sistema Sanitario Público de Andalucía dispondrá del equipamiento específico a que se refiere el apartado 3 del artículo 8 del Decreto 72/2003, de 18 de marzo, de medidas de impulso de la Sociedad del Conocimiento de Andalucía por lo que,

Se establecerán las siguientes medidas para la atención educativa del alumnado hospitalizado en centros dependientes del Sistema Sanitario Público de Andalucía mediante: a) Puesta a disposición del material informático necesario; b) Incorporación a aulas virtuales relacionadas con el centro educativo de procedencia cuando sea conveniente en función de la duración prevista de la hospitalización (p.6.026).

El profesorado que preste atención al alumnado de enseñanza obligatoria que no pueda desplazarse de su domicilio por motivos de salud será provisto de material informático.

Finalmente, según la Orden 25.07.2008, habrá un enfoque multidisciplinar asegurando la coordinación de todos los miembros del *Equipo Docente* que atiende a alumnado de los Departamentos o de Equipos de Orientación Educativa. Los centros establecerán medidas de detección y atención temprana. La Consejería en materia de educación establecerá mecanismos de coordinación con el resto de Administraciones competentes en esta materia. Los centros docentes dispondrán de autonomía para organizar los recursos humanos y materiales para posibilitar la Atención a la Diversidad y respecto a las actuaciones para la Atención a la Diversidad los centros de Primaria y ESO tendrán autonomía para desarrollar actuaciones y medidas para cada una de las etapas educativas.

Así, en el Hospital Margarita Cabra de Córdoba manifiestan:

“Teniendo presente la heterogeneidad de los alumnos, circunstancias, posibilidades y características, partimos de una enseñanza individualizada y motivadora con una relación directa, mediante la interacción positiva, maestro-alumno/alumna” (p.5).²⁷

Por otra parte, respecto a la intervención con el alumnado, siguiendo a Vila et al. (2013), se realiza una atención individualizada pero globalizada teniendo presente su enfermedad y proceso educativo. La intervención con la familia se llevará a cabo mediante un asesoramiento académico por parte del profesorado a las familias, en caso de enfermedades crónicas y graves donde se les aporta información de manera continua.

²⁷Idem.

B.- Funcionamiento.

Comenzando con las Instrucciones de Aulas Hospitalarias de 2007 señalan que para su *Funcionamiento* se seguirán unos criterios de atención distinguiendo dos niveles educativos y dentro de estos se diferencian unos periodos de estancia hospitalaria. Por ello queda establecido:

- Alumnado escolarizado en Educación Obligatoria:
 - Alumnado de larga estancia (3 o más semanas).
 - Alumnado de media estancia (entre 1 y 3 semanas).
 - Alumnado de corta estancia (menos de 1 semana).

- Alumnado escolarizado en el Segundo Ciclo de Educación Infantil y Enseñanza no Obligatoria. Un avance muy importante por parte de la Comunidad Andaluza puesto que queda reflejado, que serán atendidos estos dos niveles educativos:
 - Alumnado escolarizado en el Segundo Ciclo de Educación Infantil y hospitalizado de larga estancia (previsión de 3 o más semanas).
 - Alumnado escolarizado en el Segundo Ciclo de Educación Infantil y hospitalizado de media estancia (previsión entre 1 y 3 semanas).
 - Alumnado escolarizado en el Segundo Ciclo de Educación Infantil y hospitalizado de corta estancia (menos de 1 semana).
 - Alumnado hospitalizado que cursa Bachillerato o Ciclos Formativos (previsión de 3 o más semanas).

Tras haberse reflejado los criterios a seguir para el *Funcionamiento* de las unidades escolares hospitalarias andaluzas, hemos apreciado un importante avance respecto a los niveles atendidos en sus aulas. Es la única Comunidad que, ya en el año 2007 refleja en su normativa que se atiende al alumnado de Segundo Ciclo de Infantil, Enseñanza no Obligatoria como Bachillerato e incluyen como aspecto a resaltar, la atención a Ciclos Formativos. Se ha querido reflejar este apartado puesto que tras las aportaciones ofrecidas por los respectivos profesionales docentes de la mayoría de Autonomías estudiadas queda expuesto que se atienden estos niveles, pero nunca han mencionado los Ciclos Formativos como hace la Comunidad Andaluza. Pero lo más sobresaliente de este territorio es que señala los niveles que son atendidos por las Aulas

Hospitalarias en la propia normativa, haciéndolo de forma muy temprana en comparación con las otras CC.AA.

Por otra parte, y siguiendo con dichas Instrucciones, el procedimiento a seguir para el *Funcionamiento* del Aula Hospitalaria a nivel diario estará establecido de la siguiente manera:

- Se trasladarán diariamente los ingresos hospitalarios de los menores ingresados estableciendo una pequeña ficha donde indique: Nombre del alumno/a; fecha de nacimiento; domicilio y localidad.
- Seguidamente se establecerán contactos con la familia y alumnado con la finalidad de recoger datos de interés, así como concretar el programa del aula y su organización (Horarios, dependencias, materiales, etcétera).
- Cuando se dé la situación que el alumno/a no pueda desplazarse por estar encamado o en aislamiento se determinará con alumnado y familia los Horarios de atención que se le ofrecerá en su habitación.

Otro aspecto a destacar de la Comunidad Andaluza es que, como se aprecia en dichas Instrucciones, queda reflejado visiblemente el procedimiento seguido por el personal docente de manera diaria, mostrando así la coordinación entre personal sanitario y personal escolar. En otras Comunidades estos aspectos se han aportado por medio de las versiones ofrecidas por los docentes, sin embargo, en Andalucía queda marcado ya de antemano en la propia normativa, aspecto muy notorio en este territorio.

3.3.1.4.2.- Organización y Funcionamiento de la Atención Educativa Domiciliaria.

A.-Organización.

Comenzando con la Ley 18.11.1999, por la que se garantiza la atención educativa del alumnado que por prescripción facultativa deba permanecer en sus domicilios, los centros en los que estos están matriculados deberán realizar un Plan Intensivo de Acción Tutorial de acuerdo con lo que reglamentariamente se establezca y fundamentado en una serie de criterios:

1. El Tutor o Tutora del alumnado de Enseñanza Obligatoria que permanezca durante periodos prolongados en su domicilio por razón de enfermedad, elaborará un Plan Intensivo de Acción Tutorial.

2. Dicho Plan determinará los aspectos básicos del currículum de las diferentes áreas o materias y las actividades a realizar para facilitar el desarrollo personal del alumnado.

La Consejería de Educación y Ciencia formalizará convenios con entidades públicas y asociaciones sin ánimo de lucro para el desarrollo de Programas de Atención Educativa Domiciliaria para dicho alumnado.

B.-Funcionamiento.

Por otra parte, con las Instrucciones 14.11.2013, se aportan una serie de criterios respecto al *Funcionamiento* de las Atención Educativa Domiciliaria, como son:

- Realizar actividades que eviten el desfase curricular. Competencias relacionadas con necesidades individuales de cada alumno en Educación Infantil, Primaria, Secundaria.
- La Atención Educativa Domiciliaria tendrá la duración que sea necesaria hasta que el alumno o alumna se incorpore a su centro escolar, siempre y cuando lo permitan los recursos disponibles con los que cuente el programa.
- Dicha Atención Educativa se organizará por unos módulos horarios que estarán organizados de forma que el alumno o alumna esté atendido a lo largo de la semana entre dos y cuatro sesiones, teniendo en cuenta que el total de horas propuestas no excedan de 10 semanales. En el caso de falta de personal la atención quedará establecida por personal de Acompañamiento Escolar establecido dentro del Programa de Refuerzo, Orientación y Apoyo (PROA) de Andalucía.
- Para el alumnado escolarizado en el Segundo Ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria y, según la disponibilidad de recursos, la atención educativa se distribuirá en dos grandes ámbitos educativos: el sociolingüístico y el científico - técnico; cada uno de estos ámbitos será impartido por un profesor especializado en las materias afines a dichos ámbitos; preferentemente de la especialidad de Lengua o Ciencias Sociales para el ámbito sociolingüístico y Matemáticas o Ciencias de la Naturaleza para el ámbito científico-técnico.

Un aspecto a mejorar en la Comunidad de Andalucía es las pocas horas dedicadas al alumnado de Atención Educativa Domiciliaria. Que la dedicación sea como máximo de 10 horas son insuficientes para cubrir las materias instrumentales de Primaria y, qué decir en Secundaria. Asimismo, hacemos crítica hacia la atención educativa realizada por Técnicos, Universitarios o profesores del Centro de referencia dedicados al Programa PROA ya que es un derecho que todo alumnado enfermo o convaleciente reciba una educación de calidad por personal docente cualificado.

Por consiguiente, se ha podido apreciar como la normativa andaluza regula la *Organización y Funcionamiento* de las AA.HH. y la Atención Educativa Domiciliaria. El procedimiento legal de dichos Servicios en este territorio se caracteriza por depender del colegio más cercano al Hospital. Sin embargo, tras haber realizado la entrevista en el Hospital Puerto Real de Cádiz, Hospital Comarcal que acoge a pacientes de diversos lugares de la Provincia, el docente nos señaló que, en su caso no depende de ningún colegio, aunque burocráticamente sí que esté inscrito. Sus alumnos son pacientes de corta estancia, por lo que no tiene contacto con sus tutores. Concretamente dicho maestro depende del Equipo de Orientación Educativa de su zona donde tiene una Coordinadora con la que nunca ha establecido contacto. Esto nos lleva a la conclusión que, aunque los docentes dependan del colegio escolar más cercano no supone que mantengan una estrecha relación con dicho centro, aunque sí que será un aspecto significativo en dicha Comunidad que quedará reflejado en nuestra parte comparativa.

Sintéticamente como hemos observado en otras CC.AA. la Atención Educativa Hospitalaria queda dividida en:

- Alumnado de Educación Obligatoria de larga, media y corta estancia.
- Alumnado de Segundo Ciclo de Infantil incluyendo larga, media y corta hospitalización, así como se especifica que los estudiantes de Bachillerato o Ciclos Formativos sólo serán atendidos los pacientes de larga estancia (3 semanas o más).

Evidentemente, los criterios establecidos nos parecen apropiados para organizar la Atención Educativa en un Aula Hospitalaria y ponerla en funcionamiento. Observamos que es un procedimiento que especifica y concreta la atención docente del alumnado en muchos aspectos que en otras Regiones no se puntualizan.

3.3.1.4.3.- Dependencia administrativo-institucional de las Aulas Hospitalarias y su personal.

Primeramente, con las Instrucciones de Aulas Hospitalarias de 2007, se aprecia que los docentes que atienden las Aulas Hospitalarias estarán destinados en los Hospitales de la Red Pública del Servicio Andaluz de Salud, y adscritos administrativamente a un centro docente de la zona educativa donde esté ubicado el Hospital. Sin embargo, a efectos organizativos y funcionales dependerán del Servicio de Ordenación Educativa de la correspondiente Delegación Provincial.

Por otra parte, las Instrucciones 14.11.2013 señalan que los gastos ocasionados por el desplazamiento de los docentes adscritos a las Delegaciones Territoriales, así como los que surgieran de la utilización de materiales, correrán a cargo del presupuesto económico del que dispone el Equipo Técnico Provincial para la Orientación Educativa y Profesional de cada una de las Delegaciones Territoriales de Educación.

Hemos considerado relevante las aportaciones señaladas por el docente del Hospital Puerto Real de Cádiz quien señala: **“En mi caso yo pertenezco al E.O.E de Puerto Real no sé cómo se hará en las demás provincias.”** Asimismo, nos señala que: **“El programa de Aulas Hospitalarias se desarrolla en los centros hospitalarios del SAS (Servicio Andaluz de Salud). El profesorado de estas aulas, depende de la Consejería de Educación y Ciencia, y están adscritos al Equipo de Orientación Educativa y al inspector de la zona donde se ubique el centro hospitalario y trabajan en coordinación con los responsables provinciales del Área de solidaridad y Compensación Educativa.”**

Finalmente, nos confirma que él se encuentra en un Hospital de corta estancia donde los alumnos están menos de 5 días ingresados y como profesional no ha de ponerse en contacto con los tutores de los Centros de referencia respectivos. Por ello comenta que: **“Lo cual yo no dependo, como alude la normativa, del colegio de zona. Sí que he de decir que estoy inscrito en uno, pero por temas administrativos, pero yo de quien dependo es de la EOE (Equipo de Orientación Educativa) del área de Compensatoria. Dependo de una orientadora que es coordinadora, aunque no he tenido con ella contacto todavía y llevo 5 años en esta aula específica. Sí que al finalizar el curso he de elaborar y presentar un Plan**

de Actuación y un Informe Memoria.” (Cuestionario pasado 25.03.2015).

Como queda reflejado los docentes hospitalarios de esta Comunidad Autónoma dependen administrativamente y, en algunos casos funcionalmente, del colegio más cercano al Hospital. Sin embargo, a nivel práctico dependen de la Delegación Provincial teniendo Coordinación con el Equipo de Orientación y con la Coordinadora del área de Compensatoria.

Con esto se evidencia que, aunque las Aulas Hospitalarias Andaluzas gozan de cierta autonomía, sí que es cierto que dependen administrativamente del colegio más cercano donde están en contacto con el Equipo de Orientación, aspecto que en otras Comunidades interactúan más directamente con el tutor del alumno enfermo. Quizá esto refleja que los Servicios de Atención Hospitalaria y Domiciliaria en Andalucía se encuentran más descentralizados que en otras zonas, al depender de un centro educativo concreto. Aspecto que marcaremos y quedará reflejado en la parte comparativa de nuestro estudio.

3.3.1.5.- Espacios y Equipamiento.

Comenzando con el Decreto 8.11.2005, señalamos que los Hospitales dispondrán en la zona pediátrica, de Espacios destinados a aulas dotadas con mobiliario y material necesario y adecuado para el desarrollo de actividades educativas que favorezcan la coeducación. Los centros hospitalarios y aquellos que funcionen como Hospital de Día Infantil dispondrán de Espacios con finalidad de «salas lúdicas» o «salas lúdico-pedagógicas» para desarrollar actividades de juego y formativas de personas menores de edad ingresadas. El mobiliario será el adecuado a las diferentes etapas educativas y de desarrollo que favorezcan la coeducación.

Por otra parte, con la Orden 25.07.2008 queda establecido que los centros que atiendan alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo dispondrán de medios, avances técnicos y recursos específicos para garantizar escolarización de este alumnado en condiciones apropiadas. Recibirán atención preferente de los Servicios de Apoyo Educativo.

Finalmente, otro aspecto que queremos subrayar respecto *Espacios y Equipamiento* indicados bajo normativa es la aparición de la palabra Coeducación. Por primera vez reflejada a lo largo de toda la legislación autonómica y remarcada un par de

veces en el mismo párrafo. Con ello subrayamos la importancia que dicha Comunidad muestra respecto a la igualdad, no discriminación, etcétera, resaltando aspectos humanos desde una perspectiva de género.

Hemos considerado oportuno rescatar algunas aportaciones de artículos, así como contribuciones de docentes donde se hace referencia a la Atención Hospitalaria Andaluza y donde aportan aspectos relacionados con el tema *Espacios y Equipamiento*:

“Las mesas suelen estar distribuidas según las características de los ingresos para una mayor colaboración por parte de los pacientes más pequeños para que puedan entrar con los carritos y goteros.” “Es preciso resaltar la relevancia del aula de educación infantil dentro de las aulas hospitalarias porque cuando un niño o una niña ingresa en el hospital, sobre todo, los más pequeños, ya sea por un corto o un largo periodo de tiempo, se generan miedos y angustias ante una situación nueva, lejos de su ámbito familiar y escolar; así como de sus amigos, de su actividad diaria en el colegio y de sus juegos...fundamental la colaboración de las familias...que se realizan conjuntamente con las madres o los padres.” (Vila et al., 2013, p. 576).

Por otra parte, las consideraciones ofrecidas por el docente del Hospital Puerto Real de Cádiz han sido: **“Existen dos espacios totalmente diferenciados:**

AULA1: Lugar donde se realizan las actividades educativas-pedagógicas. Seis mesas en el centro y los recursos informáticos alrededor. Una biblioteca con una buena colección de libros de muchos temas y para todas las edades y una mesa donde se encuentran los juegos didácticos y puzzles.

AULA 2: Espacio para los más pequeños: lugar de ocio para los más pequeños y realización de actividades conjuntamente con las madres.”

En esta aula comenta que hay tres secciones diferenciadas como son:

- **“Espacio de juego y ocio, en el que se encuentra una casa de juego, un tobogán, un gusano laberinto y dos mesas educativas infantiles para que puedan pintar, colorear y realizar actividades de estimulación.**
- **Espacio de actividades infantiles. Una mesa hexagonal para que los más pequeños, alumnos de Segundo Ciclo de**

Infantil, Primer y Segundo Ciclo de Primaria, puedan durante este curso, manipular, tocar, jugar, dibujar, recortar, etcétera, con la inestimable ayuda de la FAMILIA, la cual, pueden colaborar con el profesor en la realización de tareas educativas, orientando a la vez en juegos educativos con un fin lúdico y didáctico con un marcado proceso enseñanza-aprendizaje. Este último sigue las directrices de los objetivos planteados por la normativa vigente. En este espacio hay una televisión con video y dvd”.

Finalmente nos comentó que en este Hospital no hay la Ciberaula **“La Caixa” pero se dio por evidente debido a que es un Hospital donde los ingresos de Pediatría son de corta estancia.”** (Cuestionario pasado el 17.03.2015).

3.3.1.6.- Equipo Docente.

Para desarrollar este apartado nos hemos basado básicamente en aportaciones de docentes de dos Hospitales Andaluces que nos han ofrecido sus respectivas consideraciones, ya que en la normativa no se hace referencia a dicho *Indicador Comparativo*. Es justificable debido a que, según el tipo de Hospital y el tipo de ingresos, larga, media o corta estancia está formada por un equipo u otro como ocurre en el resto de Comunidades.

Comenzando con las consideraciones señaladas por el docente del Hospital Puerto Real de Cádiz, señala: **“Sólo estoy yo de maestro porque es un Hospital de estancias cortas”** (Cuestionario pasado el 17.03.2015).

Sin embargo, las aportaciones señaladas por los docentes del Hospital de Jerez fueron: **“Somos dos maestros para Primaria y dos profesores para Secundaria (Sociolingüística y Científico-Técnica)”** (Cuestionario pasado el 25.05.2015).

Finalmente, las últimas consideraciones fueron las del Hospital Reina Sofía de Córdoba quienes señalaron:

“Somos dos docentes para Primaria. También hay de Secundaria para el área de Lingüística y el área de Ciencia” (Cuestionario pasado el 11.11.2014).

Para justificar el número de miembros que forman parte el *Equipo Docente* de las Aulas Hospitalarias Andaluzas como ocurre en el resto de Comunidades estudiadas, se recurre a Hospitales con planta de Pediatría con ingresos de larga, media y corta estancia. Como se aprecia en las consideraciones aportadas hay un docente en un Hospital con ingresos de corta estancia donde sólo se cubre el nivel de Primaria y no Secundaria, ya que los ingresos son de una semana o menos. Sin embargo, aquellos Hospitales que tienen ingresos de media y larga estancia cuentan con Equipos Docentes de Primaria y Secundaria, estos últimos del área de Lingüística y Ciencia.

3.3.1.7.- Perfil Profesional y Formación Permanente.

Según el Decreto 17. 06. 2003, las plazas docentes de las Aulas Hospitalarias y de las aulas específicas de los centros de reforma se cubrirán mediante convocatoria pública, desempeñando el profesorado seleccionado su función de régimen de Comisión de Servicios, con reserva del puesto de trabajo, renovable cada año, previo informe favorable del Servicio Provincial de Inspección de Educación. Estas plazas serán calificadas como puestos de difícil desempeño. La Consejería de Educación y Ciencia facilitará la *Formación Permanente* del profesorado que presta Servicios en las Aulas Hospitalarias.

Sin embargo, las Instrucciones de Aulas Hospitalarias de 2007, concretan la formación del personal docente de las Aulas Hospitalarias indicando que dicho personal que interviene en el medio hospitalario podrá solicitar las actividades formativas adecuadas a su puesto para garantizar la mejora de la práctica profesional diaria en la atención educativa a los alumnos y alumnas hospitalizados. Las propuestas formativas irán encaminadas fundamentalmente a:

- La adquisición de competencias docentes en el diseño y desarrollo de situaciones de aprendizajes que motiven al alumnado a interesarse y participar en la tarea escolar.
- Desarrollar habilidades y destrezas en la utilización de las nuevas tecnologías para posibilitar la aplicación de soportes telemáticos con el alumnado hospitalizado, dando respuesta a través de las distintas actividades a las necesidades individuales y colectivas.

- La elaboración de materiales curriculares adecuados y adaptados a las singularidades de la atención educativa en el medio hospitalario.

Por otra parte, las Instrucciones 14.11.2013 señalan que la Atención Educativa Domiciliaria será impartida por el personal docente de la Consejería de Educación con destino en la Provincia. Cada Delegación Territorial realiza una convocatoria anual de puestos específicos de Primaria y Secundaria para cubrir vacantes. Si el personal docente no es suficiente se arbitrarán puntualmente medidas como asignación de profesional de Educación de Programa de Acompañamiento Escolar que está dentro del Programa de Refuerzo y Orientación Académica (PROA).

Como hemos podido apreciar no hay constancia en la normativa andaluza del *Perfil Profesional específico* para desempeñar dichos Servicios. Consideramos que un aspecto tan relevante como la formación de los docentes para ocupar dichos perfiles, planteados en esta Comunidad como puestos de difícil desempeño, debería figurar en la normativa específica de dicho sector.

Por otra parte, sí que está reflejado en la normativa aspectos referidos a la *Formación Permanente*, aspecto notorio ya que se realiza de manera temprana en las Instrucciones del año 2007, pero sin especificar quién la debe ofertar, por quién ha de ser impartida. Sí que es cierto, que concretan aspectos hacia dónde irán encaminadas dichas propuestas formativas, señalando de manera temprana ya las TIC como aspecto relevante en normativa y la formación en materiales curriculares adaptados al ámbito hospitalario.

Como se ha señalado con anterioridad, no consta en normativa el *Perfil Profesional* demandado para ocupar dichos puestos. Por ello presentamos las aportaciones ofrecidas por el *Equipo Docente* del Hospital Reina Sofía de Córdoba, señalando que el perfil requerido es: **“Maestros de Infantil y Primaria”**. **Asimismo, nos comentaron que: “No hay formación inicial” “No hay formación permanente específica. Se organizan no de forma periódica Jornadas de encuentro entre profesores de Aulas Hospitalarias.”** (Cuestionario pasado el 11.11.2014).

Por otra parte, el docente del Hospital Puerto Real-Cádiz, uno de los docentes con los que mayor contacto hemos tenido señala que: **“Las plazas a cubrir como docentes de las Aulas Hospitalarias se hacen mediante convocatoria pública,**

desempeñando el profesorado seleccionado su función en régimen de Comisión de Servicios, al que se le reserva su puesto de trabajo, y siendo esta plaza renovable cada año, previo informe favorable del Servicio Provincial de Inspección de Educación.”

Nos señaló que para acceder al puesto se requiere la Diplomatura en Magisterio en Primaria, aunque él también dispone de estudios superiores como la Licenciatura en Psicopedagogía: **“Tengo plaza en propiedad y accedí a ella por Comisión de Servicios. Aunque yo tuve que presentar un Proyecto sobre Aulas Hospitalarias y todos los años se hace un informe sobre mi trabajo para renovar el puesto” “En mi caso no hubo formación inicial”.**

Respecto a la *Formación Permanente*: **“En mis cinco años que llevo en Aula hospitalaria he realizado varios cursos de formación y he asistido a varios congresos.” “Actualmente estamos realizando uno junto con los maestros de Atención Educativa Domiciliaria, maestros de Usmij y orientadores del Equipo de Orientación Educativa de la provincia llamado: “Teorías, procesos y técnicas neuropsicológicas y herramientas narrativas psicoemocionales”.**

Por otra parte, aprovechó para compartir más formación que ha realizado de manera voluntaria e implicándose y formando parte de la misma:

“He participado en:

***Jornadas de formación “El buen trato a la infancia. Una responsabilidad compartida”**

- **VIII Jornadas de atención al alumnado con problemas de salud en Andalucía, año 2011.**
- **Grupo de trabajo “Dinámicas Educativas de las Aulas Hospitalarias a través de la plataforma Colabora” año 2011.**
- **Jornadas de formación “El niño alérgico en la escuela año 2012”.**
- **XIX Jornadas de “Atención integral infanto-juvenil en el sistema sanitario público de Andalucía”, año 2012”** (Cuestionario pasado el 17.03.2015).

Como queda reflejado bajo normativa, las plazas docentes de estos ámbitos se cubren por convocatoria pública, y por Comisión de Servicios como en el resto de Comunidades Autónomas. Sí que es cierto, y todos los profesionales lo advierten, que no todos los docentes sirven para desempeñar este trabajo, pero hay que dejar claro que ellos de antemano han de saber que van a tratar con niños y adolescentes enfermos. Pero nuestro punto de vista es que atender a niños crónicos o convalecientes no justifica puestos de difícil desempeño.

Sí que hemos de aclarar, que a nivel emocional son lugares más duros donde el docente se tendrá que enfrentar a situaciones que le pueden afectar a nivel anímico y personal, por ello no todo el mundo está preparado. Por consiguiente, son puestos donde abunda mucho la improvisación, la espontaneidad, las emociones, el cariño hacia los pacientes, familiares, hermanos, abuelos, etcétera. Es un puesto totalmente diferente a un aula normal, pero volvemos a hacer hincapié, que no por ello se les debe calificar como puestos de difícil desempeño.

Respecto a la *Formación Permanente*, la normativa señala que se facilitará esa Formación, pero tras las consideraciones aportadas por los diferentes docentes de los respectivos Hospitales, esa formación es inexistente, es decir, no se proporcionan cursos de Pedagogía Hospitalaria ni relacionados con el tema. Lo que sí que hemos observado, como ocurre en otros territorios españoles, es que sí que hay Formación, pero gracias al movimiento por parte de los propios profesores organizando jornadas, formando parte de Proyectos, etcétera, pero por motivación e implicación propia. cursos, congresos, Seminarios que oferte la propia Consejería son inexistentes, pero no sólo en Andalucía sino en cualquier Comunidad Española, aspecto que subrayaremos en nuestras recomendaciones.

3.3.1.8.- Horario y Calendario Escolar.

Comenzando con las Instrucciones de Aulas Hospitalarias de 2007, el “calendario del curso escolar de las Aulas Hospitalarias” será el mismo que determine la Delegación Provincial de Educación para los centros educativos. En este calendario quedan establecidos los días de libre disposición que determinen los Consejos Escolares Municipales del Ayuntamiento de la Localidad donde se ubique el centro hospitalario.

Por otra parte, respecto a los horarios queda reflejado que la atención educativa se adaptará a la *Organización* de los centros hospitalarios. Por esta razón, queda establecido que el *Horario* de los docentes de las Aulas Hospitalarias será el siguiente:

- a) Módulos de 5 horas lectivas de docencia diaria, en *Horario* de mañana, de lunes a viernes, desde las 9 hasta las 14 horas, en el que se desarrollará la intervención directa con el alumnado en el aula destinada a la actividad educativa y/o al alumnado que por su enfermedad no pueda desplazarse y haya que atenderlo en su habitación o en otras dependencias del Hospital.
- b) Módulo de 5 horas semanales en *Horario* de tarde, de trabajo complementario (actividades de planificación, coordinación, elaboración de materiales, etcétera), distribuidas en dos módulos con horarios entre el lunes y jueves de cada semana; no obstante, este *Horario* puede estar sujeto a las necesidades y características organizativas que cada Hospital pueda considerar y modificar para mejorar la atención de los menores hospitalizados.

Finalmente, de manera extraordinaria se podrán proponer adaptaciones o modificaciones horarias. Para justificar lo mostrado en la normativa señalamos lo aportado por los respectivos docentes de diferentes Hospitales Andaluces.

Comenzando con las aportaciones de los docentes del Hospital Reina Sofía de Córdoba, señalan: “**De 8,30 a 9 y de 14 a 14:30 es tiempo dedicado para preparar material, reuniones (...)** **De 9 a 14 horas es la atención docente directa.**” (Cuestionario pasado el 11.11.2014).

Por otra parte, el docente del Hospital Puerto Real de Cádiz aporta argumentos más detallados y según situaciones: “**El horario en general siempre ha estado supeditado a las características de las familias, las carencias afectivas de los**

alumnos, el aislamiento de algunos, el carácter, la preocupación de los padres, la ansiedad, etcétera.”

Asimismo, especifica: “Cuando los niños/as están ingresados e imposibilitados de ir al aula se han atendido en las habitaciones. Los casos que he mencionado en las habitaciones requieren asumirlo en cualquier momento y en cualquier lugar. Ante tal circunstancia he decidido seguir manteniendo la dinámica del curso anterior; un Horario de atención en la habitación a los niños/as imposibilitados de asistir a clase e insistiéndole a las familias que ante cualquier requerimiento por parte de ellos/as me los trasladaran inmediatamente.”

A partir de este momento es cuando el docente nos concreta sobre el *Horario* de su aula o/y de él como docente: **“Básicamente el horario de 9:00-15:00h, se ha realizado con toda normalidad. En este momento nos señaló cómo es su día en su Aula Hospitalaria.**

Primer momento: Apertura del aula. Preparación y acondicionamiento.

Segundo momento: Contacto con el servicio de atención. Listado de ingresos.

Tercer momento: Se ha seguido la dinámica de cursos anteriores:

Observación del tipo de ingreso que tiene cada uno.

Cuarto momento: Atención directa a los alumnos previa presentación a las familias. Se comenzó primero con los que no se pueden mover de las habitaciones. En la primera parte de la jornada escolar se hizo un trabajo personalizado con el alumnado encamado y/o aislado. Este trabajo ha incluido explicaciones de conceptos y preparación de actividades a realizar durante la mañana. Este apartado se ha realizado con normalidad.

Quinto momento: A continuación, el trabajo se realizó en la “aula hospitalaria” impartiendo una enseñanza individualizada (cada alumno tiene su nivel) que se alternó con actividades de pequeño grupo y atendiendo a los alumnos de Salud Mental Infantil que están ingresados en pediatría con las metodologías individuales dadas las características personales de los ingresos. También se atiende a aquel alumnado que asiste durante la mañana al Hospital de Día.

Sexto momento: A partir del horario de comida me he desplazado a las habitaciones para supervisar las actividades realizadas, así como la predisposición psicológica del pequeño paciente. He ido a todas las secciones del Hospital que existían pequeños/as hospitalizados.

Nos comentó que en algunas ocasiones el horario se ha visto transformado en atención de los niños. Según dicho maestro, el horario en dicho Hospital, y según las circunstancias de los ingresos dirigen su actividad hacia las habitaciones de 13,30 a 15 horas (Cuestionario pasado el 17.03.2015).

Como se ha podido observar la normativa vigente de la Atención Educativa Hospitalaria Andaluza es una de las normativas que mejor detalla algunos aspectos de dichas unidades escolares, como es el *Horario y Calendario Escolar*. Es una de las Comunidades donde su *Horario Escolar* es intensivo de 9 a 15 horas como otras Autonomías estudiadas diferenciándose de aquellas que presentan *Horario* partido (mañana y tarde), como es el País Vasco o Comunidad Valenciana, aspecto que destacaremos en la parte comparativa.

Otra de las consideraciones a resaltar son las aportaciones ofrecidas por los docentes justificando el *Horario Escolar* sumado a detalles aportados por el maestro del Hospital de Cádiz, el cual especifica lo que hace en cada momento de su jornada laboral en su Aula Hospitalaria y, teniendo siempre en consideración las modificaciones adaptándose a las necesidades del alumnado.

Por otra parte, según Vila et al. (2013), señalan que la particularidad del horario en el Hospital, diferente al centro educativo y las circunstancias individuales de los ingresos requiere en ocasiones mayor flexibilidad y una atención más individualizada al alumnado en las habitaciones.

Asimismo, con las Instrucciones 22.11.2013, sobre la Atención Educativa Domiciliaria, los módulos horarios de dicha atención estarán organizados de forma que el alumnado esté atendido a lo largo de la semana entre dos y cuatro sesiones, teniendo en cuenta que el total de horas propuestas no excedan de 10 semanales. En el caso de la atención por profesionales de la educación del PROA se basarán en las Instrucciones de su Programa.

Hemos de aclarar que hasta el 2012, cuando no había suficientes profesores para cubrir el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria, se hacía mediante profesores o

personal voluntario de la Fundación Save the Children. Aspecto a criticar puesto que todo alumno enfermo o convaleciente tiene derecho a una Atención Educativa Domiciliaria cubierta por profesionales de la educación con plaza en propiedad o de la bolsa de interinos. Ello sin quitar valor a aquellos voluntarios y voluntarias que de manera altruista ejercen puestos que en casos como éste deberían de cubrirse por personal contratado por Consejería. A partir del 2012 siguieron otro procedimiento. Cuando la plantilla para cubrir dicho Servicio es insuficiente, como aporta la normativa, recurren a personal del Programa de Acompañamiento Escolar siendo éstos, estudiantes universitarios, técnicos superiores o titulados universitarios, así como en dicho Programa se hace referencia a profesorado del propio Centro de referencia del alumno.

Asimismo, volvemos a subrayar la escasez de horas dedicadas a la Atención Educativa Domiciliaria. No exceder de 10 horas semanales es insuficiente para el alumnado de Secundaria siendo muy difícil seguir su proceso de enseñanza-aprendizaje, así como para promocionar de curso.

3.3.1.9.- Coordinación y Seguimiento con el Equipo Multidisciplinar y con el Centro de referencia.

Respecto a la *Coordinación y Seguimiento* de la actividad Hospitalaria y Domiciliaria vamos a hacer referencia a dos ámbitos: *El Equipo Multidisciplinar* y el *Centro de referencia*.

3.3.1.9.1.- Con el Equipo Multidisciplinar.

La Coordinación, según la Orden 25.07.2008, se llevará a cabo mediante Programas de Adaptación Curricular, donde la Adaptación Curricular es una medida de modificación de los elementos del currículum para dar respuesta al alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo. Estos Programas están dirigidos a alumnado de Primaria o ESO que se encuentran en diversos ámbitos, y según la Comunidad Autónoma nuestro alumnado estaría ubicado en:

- b) Alumnado con Necesidades Educativas Especiales.
- c) Alumnado con Necesidades de Compensación Educativa.

Según Vila et al. (2013), respecto a la Coordinación de todo el Equipo Educativo, la atención de todo escolar hospitalizado forma parte de un Programa de tratamiento médico donde también, como hemos señalado, están las familias, docentes, personal sanitario, etcétera. Para que se dé debe de haber una *Coordinación* y comunicación

entre todos y ello comienza en el momento del diagnóstico y sobre todo para aquellos niños que sufren secuelas cognitivas a consecuencia de los tratamientos que se mantendrán hasta el final de su escolarización. Lo fundamental es que el alumnado se reincorpore lo antes posible a su centro de origen para recobrar su equilibrio emocional. Por ello, en las Aulas Hospitalarias es necesaria la *Coordinación*, así como la colaboración entre los distintos profesionales, como ejemplo señalamos:

- El docente del Aula Hospitalaria, desempeñando un papel fundamental en la comunicación entre el Hospital, la familia y la comunidad educativa en general. Por supuesto, debe de haber una relación fluida con el personal sanitario puesto que ellos son los que aportan toda la información relevante respecto a ingresos, altas hospitalarias, si la atención educativa ha de ser en la propia aula o en la habitación. Se le aporta un asesoramiento respecto a la enfermedad, importante para la atención educativa, las posibilidades de actividad y el rendimiento del alumnado.
- El personal sanitario, compuesto por médicos, enfermeras, terapeutas, asistentes sociales, etcétera que han aportado a la conciencia hospitalaria la importancia de la atención educativa a todo escolar hospitalizado.

“Destacamos la actitud del personal de Pediatría de los hospitales con sus aulas hospitalarias porque suele ser inmejorable. Existe convergencia entre las finalidades médicas y educativas” (p.587).

Por esta razón, se resalta que las familias de los niños hospitalizados participan de una manera activa en el proceso de recuperación de la enfermedad, así como en los procesos de enseñanza-aprendizaje en las unidades escolares. Por consiguiente, esa relación fluida que hay entre el profesorado y las familias que hay en los Hospitales se presenta de diferentes maneras:

- Nexo de unión entre los centros de procedencia y el Aula Hospitalaria, ofreciendo orientación sobre el nivel académico y el estado anímico del escolar en cuestión.
- Participando en las Aulas Hospitalarias en actividades académicas, lúdicas, etcétera.

Por tanto, es fundamental que las familias tengan conocimiento del estado de salud, anímico y académico de su hijo e hija, así como sentirse apoyados por los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan día a día con ellos.

Para finalizar, como aspecto relevante dentro del ámbito educativo andaluz, hemos creído conveniente señalar la Plataforma Colabora que permite que haya comunicación entre los docentes que trabajan en las diversas Aulas Hospitalarias de Andalucía compartiendo documentos, actividades mediante las TICs, etcétera, un aspecto relevante para trabajar en equipo, aspecto fundamental en este ámbito.

Colabor@ es una Plataforma creada por la Consejería de Educación Andaluza. Consiste en una web con diferentes apartados y es una manera de comunicarse profesores del mismo o de diferentes ámbitos. Consta de diversos apartados como:

- ¿Qué proyectos hay en Colabor@?
- ¿Qué herramientas ofrece Colabor@?
- ¿Cómo participar en Colabor@?
- ¿Cómo usar Colabor@?

Entre los ámbitos más destacados resaltamos los dos primeros, señalando dentro de los Proyectos que lleva a cabo Colabor@:

- Redes andaluzas del profesorado de Formación Profesional.
- Proyectos de formación en centros.
- Grupos de trabajo de los centros de profesorado.
- Redes temáticas formativas de ámbito andaluz.
- Proyectos específicos de formación colaborativa de la Consejería de Educación.

Subrayando las redes temáticas formativas, decir que son espacios de comunicación que permiten compartir dudas, opiniones, inquietudes. Favorecen el contacto con otros docentes que están trabajando sobre la misma temática; ofertan documentación interesante y actualizada; sirven de canal para la transmisión de información y noticias de interés.

Respecto a Qué herramientas ofrece, permite acceso a herramientas de trabajo de la web 2.0 mediante, foros de debate; intercambio archivos, enlaces, imágenes, etcétera, noticias, blogs, wikis, etcétera, espacios de intercambio personal.

A su vez, hay cursos de formación del profesorado ofertados por la Consejería de Educación a través de la Dirección General del profesorado y Gestión de Recursos Humanos, cursos a distancia desde un aula virtual para docentes de centros no universitarios sostenidos con fondos públicos. Todo ello se realizará mediante el portal Séneca.²⁸

Es evidente, que el poder disponer de una Plataforma como medio de comunicación, intercambio, interconexión entre los diferentes profesionales de diferentes etapas educativas en esta Autonomía es un aspecto muy gratificante para el enriquecimiento tanto profesional como personal del propio docente. El poder intercambiar, dudas, opiniones, inquietudes entre los distintos docentes de las respectivas Aulas Hospitalarias como Atención Educativa Domiciliaria es un aspecto que garantiza mucha seguridad, confianza y motivación entre el personal participante y muestra gran interés por parte del organismo responsable, en este caso la Consejería de Educación, porque haya una mejora y calidad educativa en todos los niveles educativos.

Por otra parte, y siguiendo con la Atención Educativa Domiciliaria, las Instrucciones 22.11.2013 aportan que en cada Delegación Territorial de Educación se constituirá una Comisión Provincial de Atención Educativa Domiciliaria con carácter permanente compuesta por:

- El Jefe o la Jefa de Servicio de Ordenación Educativa.
- El Coordinador o la Coordinadora del Área de Compensación Educativa.
- Un Trabajador o Trabajadora Social o, en su caso, un Educador o Educadora Social con destino en la Delegación Territorial de Educación.

La Coordinación de esta Comisión se basará en:

- Control y seguimiento de los casos de Atención Educativa Domiciliaria demandados desde los centros educativos.

²⁸ Junta de Andalucía. Consejería de Educación (n.d.). Colabor@. Entorno Colaborativo. Recuperada de <http://colaboraeducacion.juntadeandalucia.es/educacion/colabora/web> el 08 de abril de 2016.

- Organización provincial de la Atención Educativa Domiciliaria en relación a los recursos humanos disponibles y cobertura de las demandas existentes.
- Desarrollar actividades de formación destinadas a los docentes que trabajan en el Programa de Atención Educativa Domiciliaria.
- Elaboración y remisión a la Dirección General de Participación y Equidad en la Educación de un Informe–Memoria al final de cada curso escolar donde se detallan los aspectos cuantitativos y cualitativos de las actuaciones llevadas a cabo y se realicen propuestas de mejoras para el siguiente curso escolar.
- Aquellas otras actuaciones que desde la Dirección General de Participación y Equidad en la Educación se estimen convenientes para un buen funcionamiento de este programa.

Es un avance que en las propias Instrucciones 14.11.2013 se dé la presencia de una Comisión que regule dicho Servicio. Pero como aspecto crítico volvemos a resaltar el papel que realiza el personal encargado del Programa de Acompañamiento Escolar. Consideramos que la Consejería de Educación debe de contar con personal docente suficiente para cubrir este Servicio y no hacer uso de profesionales o personas no capacitadas para la docencia o pertenecientes a otros programas donde también se puede abusar del papel del voluntariado, estudiantes de prácticas, etcétera.

Para finalizar este apartado y de manera sintética como conocedores por temas profesionales del Ámbito Hospitalario, es cierto y fundamental la coordinación, cooperación y colaboración entre los profesionales y personal que rodea al niño de manera cotidiana (Padres, Médicos-Pediatras, Pediatras-Oncólogos, Hematólogos, Docentes de las AA.HH., las Enfermeras, los Voluntarios, etcétera.) Un niño con enfermedad crónica que tiene ingresos periódicos en el Hospital, puede que su mayor confidente sea el docente con el que mantiene contacto diario. Dicho profesional puede ser conocedor del estado anímico diario de su alumnado-paciente, de cómo está afrontando su enfermedad, cómo lleva el ingreso, el tratamiento y puede actuar de mediador entre el niño, familiares y demás miembros del Equipo Hospitalario. Sí que es cierto, que cada vez hay mayor colaboración entre personal sanitario y personal docente, pero bajo nuestro punto de vista todavía debería de haber mayor trabajo en grupo puesto

que es un *Equipo Multiprofesional* y, así poder desarrollar Proyectos desde diferentes ámbitos profesionales.

Aprovechamos para señalar las consideraciones del docente del Hospital Puerto Real de Cádiz quien señala: **“Cada curso escolar tenemos reuniones trimestrales los maestros de Aulas hospitalarias de la provincia junto con nuestra coordinadora.”**

Asimismo, nos explicó que: **“Las reuniones de la comunidad se realizan si hay algunas jornadas formativas.”** Por otra parte, comentó: **“Reunión con el jefe de planta para contemplar las necesidades inherentes al niño hospitalizado. Reunión con la USMIJ para contemplar los casos que pueden asistir al Aula.**

Reunión con Subdirección de atención ciudadana para canalizar las necesidades que pudieran aparecer.”
(Cuestionario pasado el 17.03.2015).

3.3.1.9.2.- Con el Centro de referencia.

Según el Decreto 17.06.2003, el alumnado hospitalizado continuará a efectos administrativos y docentes inscrito en el centro educativo donde esté escolarizado. A su vez, en la atención educativa y asistencial de este tipo de alumnado se favorecerá la participación y colaboración social. Por ello, tanto el personal voluntario como dependiente de otras administraciones realizará sus funciones de coordinación con el profesorado dependiente de las Administraciones Educativas. El profesorado de las Aulas Hospitalarias se coordinará con el tutor que atiende al alumno o alumna en el centro donde esté inscrito o matriculado.

Por esta razón, las Instrucciones de Aulas Hospitalarias de 2007 señalan que los centros escolares establecerán unas actuaciones con el alumnado hospitalizado, como son:

- El Jefe o Jefa de Estudios o tutor del centro educativo deberá remitir al centro hospitalario la documentación escolar necesaria para la intervención educativa con el alumnado.
- Establecerán la coordinación que sea precisa con el profesorado del aula hospitalaria en las actuaciones relacionadas con la atención educativa y seguimiento escolar.

- Coordinarán y acordarán con el profesorado del Aula Hospitalaria los procedimientos que sean necesarios y faciliten la evaluación continua y final del alumnado.
- Mantendrán contactos con el alumnado utilizando, si es posible, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

Por otra parte, en las Instrucciones 14.11.2013 se señala el procedimiento que se seguirá con el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria indicando que el alumnado seguirá inscrito en el centro educativo donde esté escolarizado. Con el alumnado de Educación Infantil escolarizado se actuará del mismo modo. Por consiguiente, se detalla que la solicitud de prestación seguirá el siguiente procedimiento:

Primero, el centro educativo donde esté escolarizado el alumnado afectado deberá reunir la siguiente documentación:

- 1º.-Instancia de los padres o tutores legales del alumno o la alumna dirigida al Titular de la Delegación Provincial solicitando la Atención Educativa Domiciliaria (Consultar Anexo I).
 - Informe médico donde conste toda la información posible respecto al tratamiento a seguir por la enfermedad que padece, así como permanencia obligada en domicilio y tiempo estimado de convalecencia.
 - Cuando el caso haya sido solicitado ya con anterioridad dentro del mismo curso escolar, bastará con notificarlo por parte del centro a la Delegación Provincial con el Informe Médico que especifique la enfermedad del alumno o alumna y el tiempo previsible de convalecencia en el domicilio.
 - A instancia del Titular de la Dirección del centro, se elaborará de una manera conjunta un Informe-Protocolo de Atención Educativa Domiciliaria (Consultar Anexo II) por parte del Equipo de Orientación Educativa de la zona, en caso de un centro de Educación Infantil-Primaria; o del Jefe del Departamento de Orientación, en caso de tratarse de un centro de Educación Secundaria y el tutor del alumnado afectado, donde se concreten y especifiquen las distintas pautas de intervención educativa y curricular con el alumno/a.

- 2º.-Por parte del titular de la Dirección del centro, remisión de la documentación referida en el apartado anterior, mediante oficio al titular de la Delegación Territorial.

Las Delegaciones Territoriales de Educación, Cultura y Deporte estudiarán las solicitudes recibidas de Atención Educativa Domiciliaria dando prioridad a las de larga duración o con necesidades numerosas o complejas quedando dicha información recogida en el expediente del alumnado. Se organizará la Atención Educativa Domiciliaria en función de recursos y personal.

Cuando el alumnado sea de enfermedad de larga duración, las Delegaciones Territoriales coordinarán mediante los Equipos Directivos de los centros afectados y con la participación de los Equipos de Orientación Educativa y los Departamentos de Orientación de los Institutos de Educación Secundaria, la información y atención en el proceso de tránsito de la Educación Primaria a la Educación Secundaria que afecte al alumnado que esté siendo atendido. Prestar gran atención al proceso de transición, aspecto de notable notoriedad por parte de dicha Comunidad.

Por otra parte, para garantizar la atención educativa del alumnado que por prescripción facultativa deba permanecer en su domicilio, en su Centro de referencia los profesores la realizarán con un conjunto de actuaciones coordinados por el tutor. El mismo deberá realizar un proceso de trámite de acuerdo con lo establecido en el artículo 22.3 de la Ley 9/1999, de 18 de noviembre, un Plan de Acción Tutorial que determinará, al menos, los aspectos básicos del currículo de las distintas áreas o materias y las actividades a realizar para facilitar el desarrollo personal de este alumnado y establecer líneas orientativas para la intervención del profesorado de Atención Educativa Domiciliaria.

Para acercar el alumnado a la actividad diaria que sus compañeros realizan en el aula y facilitar los posteriores procesos de evaluación, se potenciará la coordinación entre el profesorado de Atención Educativa Domiciliaria y los centros educativos en relación con los siguientes aspectos:

- Que el profesorado de Atención Educativa Domiciliaria pueda estar informado del proceso curricular del alumnado enfermo, los tutores pondrán a disposición sus Programaciones de Aula.

- Para que el alumnado enfermo trabaje los mismos contenidos que el alumnado de clase, elaborados por el propio tutor o del *Equipo Docente*, el centro facilitará regularmente al profesorado de Atención Educativa Domiciliaria, dicha información con la documentación necesaria.
- Según los recursos, se incorporarán las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación a los procesos de Atención Educativa Domiciliaria, desarrollando actividades telemáticas para favorecer la comunicación y el intercambio de información entre profesores del centro y alumnado.

Como se ha podido observar las Instrucciones 14.11.2013 de Andalucía detallan de manera precisa cómo es la *Coordinación* y el *Seguimiento* con los Centros de referencia del alumnado convaleciente. Queda reflejado el contacto del docente de Atención Educativa Domiciliaria con el tutor del centro escolar, aspecto relevante donde interactúan entre ellos y la atención educativa resulta más eficaz y eficiente.

Haciendo alusión a las consideraciones de los docentes del Hospital Reina Sofía de Córdoba quienes señalan respecto al contacto con los Centros de referencia: **“Contacto con los tutores de los centros de referencia, bueno por vía teléfono, email y familiares de los niños”** (Cuestionario pasado el 11.11.2014).

Por otra parte, lo señalado por el docente del Hospital Puerto Real Cádiz ha sido: **“Cuando el ingreso del alumnado es mayor de 5 días, el maestro de aula hospitalaria se pone en contacto con el profesor del centro de referencia y junto a la familia se coordinan para que haga las tareas que debe realizar. En mi caso, mi hospital atiende a alumnado de corta estancia (menos de 5 días), con lo cual en muy pocos casos por no decir casi ninguno, el seguimiento con el centro de referencia no se ha realizado”** (Cuestionario pasado el 17.03.2015).

Respecto al *Seguimiento* de los contenidos curriculares, Vila et al. (2013), señalan que son difíciles de aunar en todas las Aulas Hospitalarias puesto que dependen de las diferentes circunstancias y condicionantes que acompañan al alumnado hospitalizado. Por consiguiente, de manera general se abordan contenidos:

- Educativos: Se trabajan las áreas instrumentales como lengua y matemáticas mediante fichas y TICs permitiendo una continuidad al proceso de enseñanza y aprendizaje de dicho alumnado y su centro de procedencia.
- Hospitalarios: Para paliar los efectos negativos que por supuesto acarrea toda hospitalización. Se le aporta un conocimiento y una familiarización del mundo hospitalario mediante unidades didácticas como La Diabetes.
- Transversales: Temas relacionados con festividades y días específicos o aspectos relacionados con La Educación para la Salud como Día Internacional sobre la Higiene de Manos.
- Específicos: Cada aula hospitalaria tendrá autonomía pedagógica poniendo en marcha programas específicos que le interesen. Ejemplo, en el Aula Hospitalaria de Puerto Real está el Programa la Risoterapia, donde a través de chistes de médicos y Hospitales realizados por el alumnado permiten:
 - Mejorar la salud física, mental y emocional.
 - Elevar el entusiasmo.
 - Crear un modo de pensar que permite estar menos estresado.
 - Reconocer a “la risa” como herramienta para lograr un mejor desarrollo personal.

Por otra parte, las Instrucciones de Aulas Hospitalarias de 2007, resaltan que para que haya un *Seguimiento* importante en la vida del alumnado-paciente, se deberán desarrollar estrategias en las que los componentes motivacional y lúdico sean una constante. Los procedimientos metodológicos tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Globalización e interdisciplinariedad en la organización de los contenidos a desarrollar.
- Individualización de los procesos de enseñanza, así como desarrollo activo y participativo de las tareas escolares.
- Diseño y desarrollo de situaciones de aprendizaje motivadoras y creativas donde se desarrollan aprendizajes significativos y funcionales.

- Potenciación de procesos participativos y de colaboración con los distintos ámbitos del entorno del alumnado.
- Aplicación, en los procesos de aprendizaje, de elementos socializadores y cooperativos.
- Flexibilización, en relación con la diversidad manifestada, tanto en los aspectos curriculares como en los personales.
- Aplicación de las TIC en relación con los procesos de aprendizaje.

Finalizaremos este apartado concluyendo que es fundamental la *Coordinación* entre el *Equipo Docente* del AA.HH. con el Centro de referencia para garantizar una mayor atención educativa al alumno, así como establecer un *Seguimiento*, un proceso, etcétera.

Pensamos que sin la *Coordinación*, la atención educativa sobre todo de los alumnos de larga estancia, sería de baja calidad, desorganizada, etcétera, especialmente para su promoción y continuidad con su proceso de aprendizaje.

A su vez, hemos apreciado que para que se dé un Servicio de Atención Compensatoria Domiciliaria u Hospitalaria se deben realizar ciertos trámites administrativos y burocráticos que implican una seria *Coordinación* entre el centro escolar, el Hospital, Consejería, etcétera.

3.3.1.10.- Evaluación.

Según el Decreto 17.06.2003, la *Evaluación* de este alumnado corresponde al profesorado del centro docente en el que esté inscrito. La evaluación educativa tendrá en cuenta los informes que elabore el profesorado de las Aulas Hospitalarias o el Programa de Atención Educativa Domiciliaria.

Vila et al. (2013) señalan que la evaluación en el contexto hospitalario también es continua. Sí que es cierto que la duración del ingreso determina la valoración y puede dificultarla cuanto menor sea ésta. Por esta razón es fundamental llevar una *Evaluación* globalizada aportando a las familias toda aquella información que sea relevante para que se traslade al centro de procedencia del alumno en cuestión.

Los instrumentos más esenciales para la *Evaluación* misma suelen ser, la observación directa del alumnado y la actitud hacia el Aula Hospitalaria, la relación con

el personal del Hospital, etcétera. Asimismo, las actividades enviadas por el centro de procedencia para que sean realizadas por el alumnado en el Aula Hospitalaria se acompañan de un informe del proceso de enseñanza-aprendizaje seguido en el Hospital para la constancia de la labor realizada por el alumnado en cuestión.²⁹

Finalmente, las Instrucciones de Aulas Hospitalarias de 2007 señalan que en el Aula Hospitalaria se llevará a cabo un *Seguimiento* pormenorizado de los procesos de enseñanza y aprendizaje del alumnado, teniendo en cuenta los objetivos propuestos y, las orientaciones y directrices comunicadas por los Centros de referencia sobre el alumnado atendido.

Como se ha mencionado anteriormente, la *Evaluación* de los aprendizajes de este alumnado corresponde al profesorado del centro docente en el que esté inscrito. Dado el carácter global, continuo y formativo de la evaluación educativa se tendrán en cuenta los informes que al efecto elabore el profesorado de las Aulas Hospitalarias. Por consiguiente, los procesos de seguimiento y evaluación se basarán en:

- Valoración inicial que constaría de la recogida de datos e información necesaria para conocer las circunstancias del alumnado en el momento del ingreso en el Hospital.
- Valoración de los procesos y evolución de los aprendizajes relacionados con su implicación en la tarea educativa.
- Valoración al finalizar la hospitalización del alumnado o por requerimiento de los centros educativos, de la evolución del proceso de aprendizaje del alumnado. Se emitirá por escrito un Informe de valoración sobre los progresos del alumnado en las distintas áreas trabajadas, en relación con los objetivos y contenidos propuestos.

El profesorado de las Aulas Hospitalarias deberá desarrollar procesos de evaluación de su práctica docente, en relación con sus funciones y la especificidad en el contexto de su trabajo.

Por otra parte, mediante las Instrucciones 14.11.2013 se señala que,

²⁹Junta de Andalucía. Consejería de Educación (2011). *Programa Educativo Revisado por el Hospital Margarita Cabra de Córdoba*. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/educacion/nav/contenido.jsp?pag=/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educucompesatoria/aaahh/indexaaahh&perfil=431_el_23_de_abril_de_2014.

La Evaluación de los aprendizajes del alumnado de Atención Educativa Domiciliaria corresponde al profesorado del centro docente en el que esté matriculado. Se tendrán en cuenta los informes que al efecto elabore el profesorado del Programa de Atención Educativa Domiciliaria (Consultar Anexo III).

El profesorado de Atención Educativa Domiciliaria o el personal colaborador podrán ejercer como nexo entre el profesorado y el alumnado de las actividades que sirvan para la *Evaluación* de este escolar.

Como queda reflejado la *Evaluación* del alumno enfermo dependerá de su Centro de referencia. Pero también queda evidente que el profesorado de la Atención Hospitalaria o Domiciliaria tendrán su papel en este aspecto a través de informes que remitirán a los centros escolares de los alumnos.

Para reflejar lo aportado en la normativa mostramos las consideraciones del docente del Hospital Puerto Real de Cádiz quien comenta: **“En este caso al ser un hospital de alumnado de corta duración (menos de 5 días) no las hago yo, sino su maestro del centro de referencia.”** (Cuestionario pasado el 13.03.2015).

Capítulo 4. Las Aulas Hospitalarias en Extremadura

4.1.-Introducción.

Corresponde a la Unidad de Programas Educativos (UPE), bajo la dependencia directa de la Delegada Provincial, la coordinación, impulso, fomento, asesoramiento y seguimiento de todo lo relacionado con el tema de la diversidad, compensación de las desigualdades y orientación educativa distribuidas en los cinco departamentos (del Pino, 2013).

En la Ley 4/2011 de 7 de marzo de Educación de Extremadura, en su artículo 12 queda recogido el principio de Atención a la Diversidad referente al conjunto de actuaciones educativas dirigidas a favorecer el progreso educativo del alumnado según sus diferentes capacidades, ritmos, estilos de aprendizaje, motivaciones e intereses, situaciones sociales y económicas, culturales, lingüísticas y de salud.

Ante esta situación, el curso 2012-2013, fue un curso pionero en la Comunidad extremeña por darse una *Coordinación* entre el Aula Hospitalaria y un centro educativo, como es el CEIP “San José de Calasanz”, y como bien señala la Ley 4/2011, se potenciará la apertura del centro al entorno y el uso de las redes de recursos sociales de la comunidad, (Casas, Corchero, García, 2013).

Comenzando con la realización del estudio de manera similar al resto de Autonomías objeto de estudio, hemos reflejado los datos Políticos, Socioeconómicos y Educativos empleados para la elección de dicha Comunidad en cuestión y, a su vez relevantes para conocer el contexto de dicho territorio.

Posteriormente, mostraremos las características de las AA.HH. y Atención Educativa Domiciliaria en dicha Autonomía, a través del estudio de su normativa y de sus prácticas docentes mediante una serie de Indicadores como son, *Tipología, Destinatarios* de las AA.HH., *Objetivos y Finalidad, Organización, Funcionamiento y Dependencia, Espacios y Equipamiento, Equipo Docente, Perfil Profesional y Formación Permanente, Horario y Calendario Escolar, Coordinación y Seguimiento, Evaluación* de las Aulas Hospitalarias.

4.2.-Contexto Político, Socioeconómico y Educativo.

Como en el resto de las Comunidades Autónomas seleccionadas se van a aportar unos datos relativos al nivel Ideológico-Político predominante, Socioeconómicos y Educativos:

Comenzando con los datos políticos de la Comunidad extremeña reflejados en la Tabla 7, siempre ha gobernado el PSOE exceptuando en la legislatura del 2011. En las últimas elecciones del 2015, el PSOE, mediante un pacto con el partido político PODEMOS, gobierna esta Autonomía con Guillermo Fernández Vara.

Continuando con los aspectos Socioeconómicos y remitiéndonos al **Peso Demográfico**, Tabla 11, Extremadura es la Comunidad que menor demografía presenta en comparación con el resto de Autonomías objeto de estudio, con tan solo 1.086.645 de población.

Situándonos en la Tabla 12, la Comunidad extremeña es la que menos Ingresos presenta de las Comunidades objeto de estudio. Pero está relacionado con su poco peso poblacional, ya que como se observa a continuación es la Autonomía que mayor **Presupuesto por Persona** obtiene con datos positivos respecto al resto del país.

Pasando a comentar su **Presupuesto Sanitario** reflejado en la Tabla 13, se observa que ha sido la Autonomía que mayor **Porcentaje en Reducción** presentó en el 2014 respecto al año anterior, con notable diferencia del resto de Comunidades seleccionadas.

Situándonos en los datos relativos al **Gasto en Educación** en el 2015, Tabla 14, es la Comunidad con un gasto en este sector por debajo de la Media española, pero como se muestra a continuación en la Tabla 15, es la Autonomía que menor alumnado matriculado presenta en todos los niveles educativos indicados, en comparación con el resto de Autonomías objeto de estudio. Por tanto, la Comunidad extremeña es la segunda Autonomía por detrás del País Vasco que dispone de mayor presupuesto educativo por alumnado matriculado.

4.3.-Características de las Aulas Hospitalarias en Extremadura.

Corresponde a la Unidad de Programas Educativos (UPE), la coordinación, impulso, fomento, asesoramiento y seguimiento de todo lo relacionado con el tema de la Diversidad, Compensación de las Desigualdades y Orientación Educativa distribuidas en cinco Departamentos, dependientes de la Delegada Provincial.

En la Comunidad Extremeña existen Aulas Hospitalarias en dos ámbitos territoriales. Uno de ellos es en Badajoz capital, en el Complejo Hospitalario Universitario compuesto por tres Hospitales, el Hospital Materno Infantil con dos Aulas Hospitalarias y el Hospital Infanta Cristina con un Aula Hospitalaria. Asimismo, en Cáceres en el Hospital San Pedro de Alcántara existe un Aula Hospitalaria en la cual no hemos profundizado, ya que nos hemos centrado en las Aulas del Complejo Hospitalario de Badajoz.

Por otra parte, el aula más antigua fue creada en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz durante el curso 91-92 a través del Convenio entre el INSALUD y MEC. En 1998 se creó la segunda aula ubicada en el Hospital Materno-Infantil también en la Provincia de Badajoz.

Estas dos instituciones sanitarias son dos Hospitales de referencia de toda la Comunidad Extremeña. Ellos van a ser nuestro punto de partida para el estudio de las AA.HH. de esta Comunidad.

Para comenzar nos situamos en el marco actual, aportando que en 2011 se constituye el nuevo Equipo de la UPE de la Provincia de Badajoz, donde nos encontramos con toda la Programación del curso 2011-2012 realizada. Asimismo, se realizaron una serie de Programas dependientes de la unidad introduciendo los cambios pertinentes. Aquí se puso especial atención al Aula Hospitalaria del Materno-Infantil e Infanta Cristina con la finalidad de vencer las enfermedades que afectan en estos momentos cuyo objetivo es una rápida recuperación (Del Pino, 2013).

La mayoría de consideraciones obtenidas las hemos extraído de Revistas y documentos oficiales elaboradas en ambos Hospitales donde se exponen sus experiencias, reflexiones, aptitudes sobre el desarrollo en las Aulas: **“Cuando una familia acude a una Unidad de Oncología Infantil (...) ruptura con su vida anterior; habrá siempre un antes y un después de la enfermedad (...) ruptura también con la escuela o instituto,**

y con el proceso educativo que seguía hasta ahora. El derecho de los alumnos a continuar con este proceso llevó a la necesidad de crear las Aulas Hospitalarias.” (Corchero, 2014, p.8).

Según nos indican diversas consideraciones un aspecto fundamental que llevó a poner en marcha las Aulas Hospitalarias fue el derecho que tiene todo niño o adolescente a seguir con su proceso educativo incluido en su periodo de enfermedad. Por ello, ha sido de gran relevancia la Carta de los Derechos del Niño Enfermo. Supuso el punto de partida para comenzar una nueva etapa.

Seguidamente, con la Ley 4/2011, de 7 de marzo, de Educación de Extremadura (Ley 7.03.2011) se establece lo que se denomina Atención Hospitalaria considerada como, aquellas actualizaciones de Educación Compensatoria que prestan apoyo educativo al alumnado de media y larga hospitalización en los propios centros hospitalarios. Por otra parte, se denomina Atención al Alumnado Convaleciente a aquella que recibe el alumnado cuando por prescripción facultativa debe permanecer en su domicilio sin poder asistir al centro escolar en periodos superiores a 1 mes.

La Pedagogía Hospitalaria es un tema con un margen de flexibilidad considerable puesto que se trabaja con niños enfermos con cuadros clínicos diferentes en gravedad y tratamientos largos o crónicos. Por esta razón, es requisito imprescindible la personalización de los programas de estudio para que dicha escolarización sea alternativa y que funcione. Esta es la finalidad de las aulas, cuyo objetivo es la actuación para garantizar la continuidad del proceso educativo del alumnado hospitalizado. Por ello, las actuaciones y los objetivos desarrollados en las mismas se amplían hacia aspectos educativos, así como al conjunto de acciones para facilitar una atención que abarque la socialización, afectividad y bienestar general del alumno hospitalizado.

El curso 2012-2013 fue el primer curso donde tres profesoras que trabajan en las Aulas Hospitalarias del Complejo Universitario de Badajoz (donde se encuentran ubicados, el Hospital Infanta Cristina y el Hospital Materno Infantil) se integraron en un centro educativo, el CEIP “San José de Calasanz”. Seguidamente se establecieron mecanismos de coordinación entre las maestras de las Aulas Hospitalarias con los

tutores de los centros docentes del alumnado, el Servicio Sanitario y diferentes ONGs (Casas, Corchero, García, 2014).

Tras apreciar que esta Comunidad es diferente al resto de las Autonomías estudiadas ya que la Coordinación y Seguimiento de sus Aulas Hospitalarias depende de un centro educativo público de zona más cercano a los Hospitales se decidió por ello profundizar en sus medidas escolares hospitalarias, así como reflejarlas, y en la parte comparativa de nuestro estudio señala las semejanzas y diferencias con el resto de CC.AA.

Por esta razón, comenzamos nuestro estudio haciendo una revisión de la normativa considerada relevante para regular el Servicio de las Aulas Hospitalarias y la Atención Educativa Domiciliaria de Extremadura completada con las prácticas educativas aportadas de los docentes hospitalarios. Asimismo, como se ha mencionado anteriormente, se ha tomado como referencia las AA.HH. del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz (abarcando el Hospital Infanta Cristina y Materno-Infantil) y realizando las entrevistas pertinentes a sus maestras. Seguidamente, hemos comentado algunos aspectos con el Jefe de Servicio de la Unidad de Programas Educativos de Badajoz y, finalmente se nos ha remitido a la publicación del Plan de Actuación Anual de las Aulas Hospitalarias y la Memoria de Actuación del curso 2012-2013, así como a la Revista “Sana, Sana” elaborada por ambos Hospitales a los que hacemos referencia en diversos apartados de nuestro estudio.

4.3.1.-Marco Normativo de las Aulas Hospitalarias Extremeñas.

- Instrucción nº 13/2001, de 10 de octubre, de la Dirección General de Formación Profesional y Promoción Educativa por la que se establecen medidas de atención al alumnado con dificultades de escolarización debidas a problemas de salud o pertenencia a familias dedicadas a tareas de temporada o trabajos itinerantes.
- Ley 4/2011, de 7 de marzo, de Educación de Extremadura.
- Circular de 7 de junio de 2011 de la Dirección General de Calidad y Equidad Educativa.
- Unidad de Programas Educativos de Badajoz: “Plan de Actuación Anual de las Aulas Hospitalarias de Badajoz” 2012-2013, (elaborado por el Hospital Infanta Cristina y Hospital Materno Infantil).

- Memoria de actuación de las aulas hospitalarias de Badajoz, 2012-2013. (elaborada por el Hospital Infanta Cristina y Hospital Materno Infantil).
- Decreto 228/2014, de 14 de octubre, por el que se regula la respuesta educativa a la diversidad del alumno en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Instrucción 2/2015 de la Secretaria General de Educación por la que se concretan determinados aspectos sobre atención a la diversidad según lo establecido en el Decreto 228/2014, de 14 de octubre por el que se regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado de la Comunidad extremeña.

Uno de los aspectos a resaltar en esta Comunidad es que dispone de su propia Ley Educativa. Asimismo, también hemos de constatar la no disposición de unas Instrucciones propias que regulen el Servicio Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria. De esta Autonomía disponemos de un Decreto elaborado en el 2014 que dan respuesta a la diversidad del alumnado haciendo mención a los escolares con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo por condiciones personales o historia escolar, situándose entre ellos el alumnado en situación desfavorable de salud y apoyo educativo para alumnado en situación prolongada en convalecencia. Por otra parte, hemos contado con la documentación de la elaboración de un Plan de Actuación Anual de las Aulas Hospitalarias del curso 2012/2013 elaborado por las propias maestras comenzando a desarrollar su papel dentro de dicho Servicio. Finalmente, la elaboración de una Memoria de Actuación de las mismas, elaborada por las docentes quienes comenzaron el Proyecto comenzando a depender del colegio educativo de zona.

4.3.1.1.- Tipología.

La Comunidad extremeña, se caracteriza por incluir dentro de la normativa relacionada con nuestro ámbito de estudio al alumnado de los Programas de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria.

Como la anterior Autonomía objeto de estudio no se menciona al alumnado de Salud Mental o Servicios Educativo Terapéuticos, ya que no quedan recogidos dentro de esta normativa ni son atendidos en estos Programas.

El territorio extremeño y más concretamente el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz que es el tomado como referencia para nuestro estudio se caracteriza por ofrecer el Servicio de Atención Educativa Hospitalaria por docentes que

se encuentran en dichas aulas, y el Servicio Educativo Domiciliario se impartirá por estas mismas docentes para el alumnado de Badajoz capital, y el resto seguirá su proceso educativo mediante un Proyecto Telemático elaborado desde la Unidad de Programas Educativos de Badajoz.

Como se puede observar la Comunidad Extremeña carece de personal docente específico para desarrollar el Servicio domiciliario, así como hace una distinción entre alumnado de la capital y alumnado convaliente de la provincia el cual no dispondrá de docentes presenciales.

4.3.1.2.- Destinatarios.

Según la Instrucción nº 13/2001, de 10 de octubre de 2001 (Instrucción 10.10.2001), de la Dirección General de Formación Profesional y Promoción Educativa, señala que las actuaciones de las Aulas Hospitalarias se destinan a asegurar la atención educativa del alumnado diferenciando:

- Alumnado con dificultades de escolarización y por problemas de salud: Aquí estará el alumnado hospitalizado o convaliente de escolaridad obligatoria.

Por otra parte, la Ley 4/2011, de 7 de marzo (Ley 7.03.2011), de Educación de Extremadura en el Capítulo IV denominado Alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo, hace referencia en su artículo 30, al alumnado con dificultades de asistencia regular a los centros educativos por motivos de salud [Sin hacer distinción entre NEE y alumnado de Compensación Educativa]. Aporta que se prestará Atención Educativa Domiciliaria al escolar que por motivos de salud no pueda asistir a los centros de manera regular garantizando una respuesta educativa adecuada. Asimismo, señala que siempre habrá colaboración entre las Administraciones Educativas y Sanitarias.

Hemos hecho alusión a una de las consideraciones aportadas por el Plan de Actuación Anual de las AA.HH. elaboradas por sus maestras y el Jefe de Servicio de la UPE de Badajoz que señala: **“(…)Nos planteamos una intervención pedagógica dirigida a una doble vertiente: Por un lado diferencial al atender a la diversidad del alumnado que asiste al Aula Hospitalaria y por otro lado compensadora al intentar paliar los efectos que la situación de enfermedad e internamiento pueda ocasionar**

en los procesos de maduración, desarrollo y aprendizaje del niño hospitalizado” (Casas et al., 2014, p.16).

Por consiguiente, los *Destinatarios* que reciben esta atención educativa son alumnado del Hospital Materno Infantil, ingresado en planta de Pediatría de nivel Infantil y Primaria. A su vez en el Hospital Infanta Cristina, los *Destinatarios* de las aulas es alumnado ingresado en el Hospital mayoritariamente de Secundaria y Bachillerato, cuyo trabajo fundamental se ha basado en realizar tutorías y proporcionar material en sus habitaciones. A su vez en algunos casos han acudido al Aula y Ciberaula del Hospital (Casas et al., 2013).

Un aspecto peculiar de este Complejo es que los niveles educativos están separados en distintas Aulas y Hospitales, pero sí que es cierto que garantizan la educación en todos sus niveles.

Según el Decreto 228/2014, son *Destinatarios* el alumnado que por prescripción facultativa deba permanecer, durante un periodo de tiempo en su domicilio o se halle hospitalizado.

4.3.1.3.- Objetivos y Finalidad.

Un ingreso hospitalario supone alterar el ritmo de aprendizaje de cualquier escolar. Para atenuar esta situación se crearon estas unidades hospitalarias cuyo objetivo fundamental fue proporcionar la continuidad del proceso educativo. Por ello, es de gran importancia la coordinación entre las maestras del Aula Hospitalaria del CEIP “San José de Calasanz”, puesto que ellas dependen y trabajan con dicho Hospital con los tutores de los centros docentes del alumno, con el Servicio Sanitario y ONGs. Por esta razón, los objetivos de las AA.HH. están fundamentados en la socialización, afectividad y bienestar general del alumno hospitalizado (Casas et al., 2013).

Por otra parte, en el artículo 12 de la Ley de 7.03.2011 se hace referencia a la Atención a la Diversidad, como el conjunto de actuaciones educativas que favorecen el Programa educativo del alumno teniendo en cuenta sus diferentes capacidades, ritmos y estilos de aprendizaje, motivaciones e intereses, situaciones sociales y económicas, culturales, lingüísticas y de salud.

También considera importante seguir unos principios que se rigen en la prevención, inclusión, normalización, superación de desigualdades, coordinación,

responsabilidad educativa donde hay apertura del centro y empleo de redes de recursos sociales de la comunidad.

Asimismo, hemos considerado oportuno señalar los *Objetivos* de las aulas indicados en la Instrucción nº13/2001, de 10 de octubre (Instrucción, 10.10.2001) de la Dirección General de Formación Profesional y Promoción Educativa por la que se establecen medidas de atención al alumnado con dificultades de escolarización debidas a problemas de salud, estableciendo objetivos generales como:

- Garantizar atención a ciudadanos en condiciones de igualdad y no discriminación. La educación se consolida como aspecto importante para promover la transformación social a través de un compromiso solidario con situaciones de desventaja en la que están determinadas personas y colectivos. Por esta razón consideramos oportuno resaltar la función de la Educación Compensatoria cuya finalidad es compensar esas desventajas educativas que aparecen por el tema de la enfermedad.
- El objeto se fundamenta en garantizar la adecuada atención educativa del alumno con escolarización irregular y/o dificultades de acceso a los centros escolares de la Comunidad de Extremadura.
- Esa escolarización irregular en este caso hace referencia a padecer una enfermedad crónica o tener falta de salud en un periodo de vida del niño, que supone la hospitalización o convalecencia.

Siguiendo con la Instrucción 10.10.2001, y pasando a señalar los *Objetivos* específicos, se establecen:

- Dar atención educativa al alumno hospitalizado o convaleciente para seguir con su proceso de enseñanza-aprendizaje y evitar el retraso escolar. Objetivo fundamental de los servicios protagonistas de nuestro estudio.
- Favorecer mediante la participación e interacción, la integración socioafectiva evitando los procesos de angustia y aislamiento. Otro aspecto relevante especialmente de las Aulas Hospitalarias es evitar el aislamiento lo máximo posible en la vida del niño, y seguir con su vida lo más normalizada posible.

- Proporcionar al enfermo pediátrico medios e instrumentos para alcanzar la calidad de vida y prevenir la ruptura del proceso escolar facilitando la reincorporación a la escuela y la sociedad. Unos recursos fundamentales son actualmente las TIC previniendo notablemente la ruptura escolar.
- Favorecer la comunicación del alumno con el entorno afectivo: familia, compañeros, profesores, así como dar continuidad del aprendizaje escolar y ampliar la oferta formativa extraescolar del alumno ingresado en el centro hospitalario o convaleciente.
- Mejorar la calidad de vida del enfermo con nuevas tecnologías. Se vuelve a señalar de nuevo las TIC.
- Fomentar la utilización formativa del tiempo libre en el Hospital o domicilio con actividades de carácter recreativo y educativo. Otro aspecto de gran relevancia de las Aulas Hospitalarias es enseñar a emplear todo el tiempo del que disponen el alumno-paciente con actividades educativas lúdicas, formativas siendo el proceso más llevadero.

Como se observa, uno de los *Objetivos* principales es evitar el retraso escolar, pero también compartimos evitar la angustia y el aislamiento. Estar hospitalizado durante un periodo de tiempo prolongado supone para el alumno periodos de aburrimiento, incertidumbre, etcétera, se observa preocupación por la atención educativa, así como el acompañamiento del docente y otros compañeros hospitalizados.

Respecto a la atención al alumno convaleciente, su finalidad es recibir al alumnado cuando por prescripción facultativa debe permanecer en su domicilio sin poder asistir al centro escolar en periodos superiores a 1 mes. Los planteamientos que se persiguen con este tipo de atención coinciden con la Atención Hospitalaria.

Por consiguiente, la Atención Educativa Domiciliaria supone una actuación íntimamente relacionada con la Hospitalaria. Supuestamente, un alumnado con Servicio Educativo Domiciliario ha tenido anteriormente Atención Educativa Hospitalaria.

Continuando con las Instrucciones de 10.10.2001 señalan que las Tecnologías de la Comunicación de las Aulas Hospitalarias estarán a disposición para atención educativa a menores enfermos. La Dirección Provincial será la responsable de esta

atención educativa y la canalizará a la Dirección General de Formación Profesional y Promoción Educativa.

Por otra parte, según el Plan de Actuación Anual de las Aulas Hospitalarias de Badajoz del curso 2012-2013 (Plan de Actuación 2012-2013), señala los *Objetivos* generales planteados para dicha atención educativa, como son (Casas et al., 2014):

- Proporcionar atención educativa para asegurar la continuidad del proceso de enseñanza-aprendizaje para evitar el retraso escolar. Como se ha comentado anteriormente es evitar el desfase escolar.
 - Favorecer integración socioafectiva de los niños hospitalizados o convalecientes, evitando la angustia y el aislamiento.
 - Proporcionar al enfermo pediátrico instrumentos para prevenir la ruptura del proceso escolar.
 - Favorecer la comunicación con sus familias, compañeros, amigos.
 - Mejorar la calidad de vida del alumno por medio de las TICs.
 - Fomentar la utilización formativa del tiempo libre en el Hospital o en domicilio.
- Como *Objetivos* específicos se realiza una distinción entre:
- *Objetivos* pedagógicos:
 - Continuar el proceso educativo con Adaptaciones Curriculares.
 - Desarrollar actividades curriculares relacionadas con las TICs, así como su utilización.
 - Mejorar estrategias de coordinación con los centros educativos.
 - Asesoramiento a alumnos, familias, centros educativos y profesorado.
 - Programas de mejora de autoestima, habilidades sociales, etcétera.
 - Programas de reincorporación al centro, así como realizar el seguimiento en su centro educativo.
 - *Objetivos* psicológicos y sociales:
 - Valorar la enfermedad y reducir la ansiedad.

- Informar al alumnado sobre su patología, inquietudes, etcétera. Otro aspecto fundamental de las AA.HH. es clarificar las inquietudes que todo niño o adolescente tiene sobre el tema de la enfermedad o muerte.

➤ *Objetivos de formación y coordinación:*

- Buscar coordinación y buen trabajo colaborativo entre las diferentes Aulas Hospitalarias de la Comunidad Extremeña.
- Proporcionar vías de comunicación con otras instituciones.
- Participar en formación sobre Pedagogía Hospitalaria, uso de aplicación de las TIC, especialmente en la actualidad donde gracias a las TIC se puede mejorar notablemente el contacto con la vida real del niño.
- Organizar una Jornada Regional sobre Pedagogía Hospitalaria en coordinación con otras Aulas Hospitalarias de Extremadura. Forma parte de la *Formación Permanente* de los docentes de AA.HH. y Atención Educativa Domiciliaria y son las jornadas a nivel comunitario o Regional que se organizan puesto que no cuentan con otro tipo de formación relacionada con el tema.

➤ *Objetivos curriculares:*

- Desarrollar Planes de Trabajo Individualizados del alumnado de media y larga hospitalización siempre teniendo en cuenta los objetivos de la normativa, así como su competencia curricular.
- Sintetizando de manera clara y concisa los objetivos generales y específicos que giran en torno a estos dos servicios educativos predominan notablemente evitar el fracaso escolar, mejorar la comunicación del niño, trabajar con herramientas como TICs.

Basándonos en el *Objeto, Finalidades y Ámbito de Aplicación* del Decreto 228/2014 vamos a citar de manera sintética su objeto, indicando que es establecer el marco normativo al que debe ajustarse la respuesta educativa a la diversidad, regular la planificación y organización de las medidas educativas que deben ser adoptadas, así como disponer los medios y recursos necesarios haciendo efectivo el derecho del alumnado a recibir una educación en igualdad de oportunidades. Entre las finalidades perseguidas:

- Determinar la atención a la diversidad como pilar del modelo educativo de Extremadura concretando sus principios de actuación.
- Establecer los recursos y las medidas para la atención a la diversidad como soporte de igualdad de oportunidades para que todo el alumnado alcance su pleno desarrollo personal y profesional.
- Establecer los criterios que debe ajustarse todo centro educativo de dichas medidas adaptándolas a las características del alumnado y su realidad personal.
- Establecer los principios a los que deben adecuarse los procesos de evaluación y toma de decisiones relativas a la promoción y titulación del alumnado.
- Formular los principios y actuaciones que regirán la acción tutorial y la orientación académico-profesional especialmente alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo.

De manera sintética, como hemos realizado en otras CC.AA. vamos a subrayar los *Objetivos* comunes y más sobresalientes de toda la normativa extremeña y documentos de la Autonomía. Uno de los *Objetivos* fundamentales es evitar el fracaso escolar, evitar la angustia y ansiedad, comunicación con la familia, compañeros, amigos, las Tics como medio para mejorar la calidad de vida, etcétera.

La Autonomía extremeña es una de las Comunidades estudiadas que mejor especifica los objetivos que persiguen dichos Servicios. Es un Territorio que subraya notablemente, evitar la angustia y el aislamiento. También refleja la importancia que le dan a la comunicación con su medio exterior (familia, amigos...), así como el empleo y fomento de las TIC para llevar a cabo esta finalidad.

Uno de los *Objetivos* que queremos resaltar que menciona, y hace hincapié en varias ocasiones, es sobre la *Formación Permanente* de los docentes de ambos Servicios, así como participar en la formación de Pedagogía Hospitalaria. Es la Comunidad que más específica sobre este tema, esencial e imprescindible para esta área de la Pedagogía. Sí que queremos hacer reseña que la mayoría de objetivos que se pretenden con ambos Servicios han sido redactados por personal implicado en Aulas Hospitalarias y han quedado plasmados en un Plan de Actuación redactado por profesionales muy vinculados en dicho ámbito. Sí que hay notable diferencia en la concreción y marcada realidad que objetivos que suelen reflejar la normativa.

4.3.1.4.- Organización, Funcionamiento y Dependencia de las Aulas Hospitalarias y la Atención Educativa Domiciliaria³⁰.

4.3.1.4.1.- Organización y Funcionamiento de las Aulas Hospitalarias.

A.- Organización.

Actualmente, la *Organización* es la dedicación de estas maestras a las diferentes sedes del Aula Hospitalaria, siendo dos maestras las que están siempre en el Materno Infantil y una maestra en el Infanta Cristina. Las Atenciones Domiciliarias se realizan por turnos, sin que los alumnos cambien de maestra. Si la ocupación en el Infanta Cristina es baja, su maestra acude al Materno apoyando a sus compañeras cuando finalice su labor en el primer Hospital. Así pues, cuando una Atención Educativa Domiciliaria como Hospitalaria necesita cierta especialización como Logopeda, éste se desplaza donde sea necesario. Por supuesto, si se necesita el apoyo de algún profesor del CEIP, estará en todo momento sin problemas, así como si estas maestras no tienen trabajo en el Hospital pasan de refuerzo al centro educativo (Del Pino, 2013).

A su vez la Instrucción 10.10.2001, se fundamenta en seguir unos Indicadores para la *Organización* de dichas Aulas, como son:

Diferenciar a los alumnos según su estancia hospitalaria, diferenciando:

- Los alumnos de larga hospitalización: Aquellos alumnos-pacientes ingresados más de 30 días.
- Los alumnos de media hospitalización: Ingresados entre 15 y 30 días.
- Los alumnos de corta hospitalización: Ingresados menos de 15 días.

³⁰ Nota: Consultar Anexos II, X, XI de la Comunidad extremeña.

Como se aprecia, la *Organización* educativa y sanitaria se diferencia según los pacientes sean de estancia corta, media y larga hospitalización, como ocurre en la mayoría de Hospitales españoles.

Por otra parte, el profesorado destinado en Atención Hospitalaria concretará su Plan de Actuación en la Programación General Anual del colegio de zona del cual dependen incluyendo elementos como:

- Análisis del contexto hospitalario y necesidades educativas del alumno destinatario.
- Criterios generales para el diseño del plan de trabajo.
- Objetivos.

Planificación de actividades educativas como:

- Horario profesorado.
- Horario alumnado.
- Criterios y tipo de agrupamientos.
- Actividades curriculares.
- Actividades formativas para mejorar la situación personal, psicoafectiva y social del alumno hospitalizado: talleres de expresión artística, medios de comunicación...
- Actividades complementarias y extraescolares.
- Actuaciones con familias.
- Criterios para la evaluación del plan de trabajo.
- Planificación de estrategias de coordinación: Con Equipo Docente del centro de origen; con familias; con personal sanitario del centro hospitalario, con asociaciones y entidades para colaborar con actividades extraescolares de ocio y tiempo libre.
- Criterios y procedimientos de Evaluación de la Programación General Anual.

Este *Indicador* refleja una gran *Organización* en las Aulas extremeñas. Es uno de los criterios que se debería tener en cuenta para el resto de AA.HH. de otras Autonomías del País, y es que quede reflejado de una manera organizada y coordinada el Plan de Actuación de todos los docentes y alumnos. Sí que es cierto como crítica a esta *Organización*, en este Servicio no se tiene conocimiento de antemano de la diversidad de alumnado que tendremos diariamente en las Aulas Hospitalarias. Esta es la peculiaridad de este Servicio.

A su vez, la Programación General Anual (PGA) se enviará junto con el *Horario* del profesorado al Servicio de Inspección de Educación y Unidad de Programas Educativos de la Dirección Provincial correspondiente antes del 30 de octubre.

La *Organización* propuesta según el Plan Anual 2012/2013 será adecuada a cada Aula Hospitalaria y cada alumno en particular. Asimismo, el diagnóstico pedagógico y médico serán determinantes para organizar el *Programa* de las asignaturas. Siempre se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- La duración de la hospitalización.
- El estado de salud.
- Las necesidades educativas.
- La edad y nivel curricular.

Evidentemente, el alumnado de las AA.HH. es heterogéneo en edad, niveles y enfermedades, por ello se considera fundamental elaborar un trabajo individual para cada escolar en particular, así como uno globalizado para el alumnado en general.

B.- Funcionamiento.

Las tres maestras que atienden el Aula Hospitalaria del Hospital Materno-Infantil y Hospital Infanta Cristina no pertenecían a ningún centro educativo en un principio. Según el Plan de Actuación del curso 2012-2013 no había estructura común que sirviera de plataforma y apoyo para realizar su labor, más que la Delegación Provincial a través de sus Servicios de Apoyo y Seguimiento. Al no depender de ningún equipo, así como no estar en ningún Claustro se apreciaban una serie de carencias afectando a la calidad del Servicio prestado. Es decir, el modelo organizativo no era el adecuado puesto que cada trimestre rotaba el Hospital haciéndose cargo de las Atenciones Domiciliarias en la

Ciudad de Badajoz provocando efectos negativos como, el sufrimiento por parte de los alumnos de larga estancia, así como sus centros de escolarización teniendo cada curso un cambio de maestra responsable en el primer o segundo trimestre en el Materno Infantil, y cada uno de ellos en el Infanta Cristina y la pareja de maestras nunca era la misma. Tampoco se podían realizar ajustes puntuales si había una baja en alguno de los Hospitales o si la demanda de ayuda domiciliaria era ninguna, poca o mucha (Casas et al., 2014). Tras haber visualizado estas carencias se pasó a depender del centro educativo de zona.

Por consiguiente, según la Ley 7.03.2011, la atención educativa será mediante actuaciones pedagógicas ordinarias y habituales que tienen lugar en los centros educativos. A su vez se podrán utilizar medidas específicas cuando sea necesario.

Por consiguiente, los centros educativos siguiendo el principio de inclusión, establecerán programas, estrategias, etcétera, de tipo organizativo, curricular y coordinado en el desarrollo de los procesos de enseñanza-aprendizaje.

Por otra parte, la metodología seguida por el Plan Anual 2012-2013 (Casas et al., 2014) para realizar la acción educativa será teniendo en cuenta las características de los alumnos:

- Se realizará un trabajo individualizado mediante una atención individual. Es decir, un trabajo con nivel y curso adaptado a las necesidades educativas del niño.
- Se llevará a cabo un trabajo globalizado, dirigido al grupo con una acción socializadora para un crecimiento personal según edades y niveles de aprendizaje.

Por consiguiente, volviendo a matizar, se tendrá en cuenta el punto de partida del niño basándose en la programación del aula de origen del mismo. Aun así, como criterios metodológicos se seguirán:

- Unos criterios globalizados: Basados en unos ejes fundamentales que salgan del propio medio sanitario donde se mueve el niño.
- Unos criterios personalizados: Atención personalizada.

- Unos criterios participativos: Que participen profesionales en el proceso de aprendizaje como el profesorado del Aula Hospitalaria, el tutor del centro y el Personal Sanitario.
- Unos criterios significativos: mediante la construcción de aprendizajes significativos.
- Unos criterios socializadores: Atender la necesidad de socialización.

A su vez cada sesión estará organizada con tres etapas de desarrollo:

- Actividad de acogida.
- Actividad central.
- Actividad de despedida.

Lo reflejado en la *Organización y Funcionamiento* de las Aulas Hospitalarias de los Hospitales presentes, se caracteriza por ser diferente respecto al resto de CC.AA. A su vez, debemos subrayar que es difícil que en planta de Pediatría de Hospitales de referencia, como los que señalamos de la Provincia de Badajoz se quede sin pacientes para que una de las docentes se pueda dedicar al apoyo de sus compañeras, como los testimonios señalan. Por otra parte, consideramos oportuno comentar que no se considera apropiado que los docentes de Atención Educativa Hospitalaria o Domiciliaria vayan rotando puesto que cada Hospital se dedica a su nivel educativo propio, así como no se conocen tan a fondo ni a las familias ni a los alumnos pacientes. A su vez, el depender del colegio educativo de zona a juicio personal supone dar un retroceso. Pensamos que su Aula Hospitalaria se mueve dentro de un ámbito educativo fuera del terreno formal, así como las necesidades de un niño enfermo no tienen nada que ver con las necesidades que nos podemos encontrar en un centro escolar ordinario. La cuestión de tener o no Claustro es un aspecto indiferente, siendo que el Claustro es de un centro ordinario, y no están acostumbrados al alumnado enfermo.

Por otra parte, los documentos consultados en dicha Comunidad, comentan que es cierto que, aunque se tendrán en cuenta las necesidades siempre del niño enfermo, también se priorizarán aspectos como (Casas et al., 2013):

- Educativo: Supone una coordinación con los Centros de referencia para garantizar la continuidad del proceso educativo y facilitar la incorporación al centro escolar.
- Socio-emocional: Con un clima de participación e interacción, así como el desarrollo de actividades permitiendo la liberación y expresión de vivencias, ansiedades y miedos.
- TIC: Facilitar el proceso de comunicación a través de herramientas con profesionales implicados con estos alumnos y éstos respectivos Centros de referencia.
- Tiempo libre: Proporcionar recursos para el empleo tiempo libre en Hospital o domicilio mediante actividades de ocio o recreativas con asociaciones que actúan en el entorno hospitalario.

Para organizar la atención educativa con este alumnado, es necesario realizar una tarea de coordinación con sus centros educativos y para los casos de Oncología estar en contacto con los profesionales del Servicio de Oncología Infantil.

Respecto a las áreas de intervención, el apoyo educativo se dirige hacia las áreas instrumentales básicas como Lengua y Matemáticas. Sí que es cierto que también se coordinan el resto de asignaturas y se les hace llegar los materiales de todas.

Por otra parte, siguiendo con el Plan Anual 2012-2013 señala que el *Funcionamiento* de los niños de corta hospitalización no será necesaria una enseñanza en sentido estricto. Habrá animación, actividades individuales, juego, lectura, medios audiovisuales, etcétera. Sin embargo, con los niños de media y larga hospitalización será adecuada la orientación hacia actividades de compensación que la pérdida escolar pueda provocar, por la hospitalización prolongada. Se transformará la animación inicial en actividades de carácter más escolar. Aquí se incluyen los niños de larga hospitalización que no pueden asistir al aula requiriendo una mayor individualización. En este grupo incluiremos alumnos con patologías como disminuidos físicos, enfermos

crónicos (enfermos renales, oncológicos...) y alumnado de trastornos de alimentación y otros trastornos (Casas et al., 2014).

Por esta razón tomamos las consideraciones que aporta Casas et al. (2014) señalando:

“En primer lugar pasamos por las habitaciones de los alumnos que se incorporan nuevos al aula presentándonos a las familias, explicando el funcionamiento y el horario de la misma al mismo tiempo que recogemos información escolar de estos niños (...) desarrollo de los talleres previstos y de acuerdo a las características de los alumnos y adaptados a las diferentes actividades de su Plan de Trabajo Individualizado (PTI)” (p.22).

“La mayoría de los días los alumnos varían (...) alumnos son de diferentes edades, esto nos obliga a desarrollar actividades variadas para cada grupo, en ocasiones hasta individualmente. El estado anímico (...) es decisivo a la hora de diseñar actividades...Los profesores del Aula somos conscientes del tiempo que los alumnos permanecen por las tardes en sus habitaciones (...) dos tardes por semana el personal de la ONG “Dando calor” (...) en coordinación con las maestras del Aula (...)” (p.22).

“Por otra parte, en las estancias cortas, es decir de 2 ó 3 días no se produce un gran retraso escolar, por tanto, no es necesario ponerse en contacto con su Centro educativo. Sí que se da coordinación con el Centro de referencia”. “(...) cuando la estancia en el hospital sea superior a 15 días (media-larga estancia) (...) para evitar el retraso escolar (...) Cuando se cumplan los requisitos de convalecencia (más de treinta días) el alumno pasará a formar parte de la Atención Educativa Domiciliaria. También se produce el contacto con el centro educativo cuando el alumno está ingresado en épocas de exámenes...se solicita al centro el envío del examen que es devuelto al mismo...” (p.23).

En relación con las familias las maestras del Aula Hospitalaria intercambiarán información para el mejor desarrollo de las actividades del aula. Por esta razón señalan:

“El personal sanitario también nos informa de la patología y el estado de salud del niño cada día y las características

específicas que deberemos tener en cuenta para su atención educativa.”

“Cada mañana llegará al colegio desde Admisión de los centros hospitalarios, el listado del alumnado que hay que atender y se organizará desde Jefatura de Estudios el apoyo educativo para los alumnos.” (p.33).

A su vez señalamos las aportaciones recogidas gracias a la maestra del Complejo Universitario de Badajoz: **“Respecto ir a primera hora al centro escolar, en un principio el proyecto del colegio era así, pero vimos que no era operativo y se cambió el primer mes. Vamos al cole algunos días al final de la jornada, dependiendo de las atenciones que tengamos en el hospital”** (Cuestionario pasado el 22.03.2015).

Finalmente recogemos las consideraciones elaboradas por Casas et al. (2014, p.34):

“Una vez en el AA.HH., se preparará el material adaptado a cada alumno. En caso de que existan nuevos ingresos será necesario pasar por las habitaciones para dar información sobre el funcionamiento del AH y recoger información del nuevo alumno. Posteriormente se abrirá el aula y se realizará el apoyo a los alumnos que por razones de salud deben permanecer en sus habitaciones.”

Tras haber reflejado las consideraciones de las maestras de las respectivas AA.HH. no se comparte que la *Organización* de las aulas sea organizada desde el colegio público de zona. Como apreciamos tras la entrevista a una de las maestras, ella mismo opinó que el procedimiento no fue operativo. Tiene gran relevancia que sean las propias maestras del Hospital las que organicen su aula y su *Funcionamiento* diario tras ver los alumnos que tienen ese día, su estado de salud, su momento anímico, etcétera. Primeramente, son ellas las que están en contacto diario con el alumnado y en un alumno enfermo es fundamental su estado anímico diario, aspecto que no conocen ni en el colegio de zona ni en la Jefatura de Estudios del mismo.

Finalmente, recogemos las aportaciones descritas desde la Memoria de Actuación indicando que durante el curso 2012-2013 dichas maestras trabajan por primera vez en las Aulas Hospitalarias que éstas están integradas en un Centro educativo de zona, CEIP “San José de Calasanz”. Así pues, nos comentan lo que se propusieron las primeras semanas de septiembre:

“(…) Revisión de los recursos materiales de que disponíamos (….) Acercarnos a la realidad que suponen las AA.HH., dadas sus especiales características; protocolos para actuar con los alumnos hospitalizados (….) Conocer la estructura hospitalaria en la que están inmersas; Servicio de Atención al Paciente, supervisoras de las plantas. Contactar y reunirse con el personal sanitario; supervisores de casa servicio, enfermeras, psicóloga, trabajadoras sociales (...). Contactar y reunirse con la Unidad de Programas Educativos de Badajoz. Organizar los horarios de atención a las AA.HH. y del tiempo de permanencia en el CEIP San José de Calasanz. Diseño y elaboración de un logotipo para las AA.HH. Elaboración de documentos anexos para recabar información (….) Elaboración de un díptico de información a los EOEP y a los DDOO de la Comunidad Autónoma Extremeña puesto que las AA.HH. de Badajoz asisten alumnos procedentes de todos los centros de nuestra comunidad.” (Casas et al., 2013, p.3).

Por tanto, nos indican que la *Organización* de la atención educativa se llevará a cabo en diferentes aulas (Casas et al., 2013):

- Aula de la 7ª planta Materno infantil.
- Aula 5ª planta Materno infantil.
- Alumnado de Oncología.
- Aula Infanta Cristina.
- Atención Educativa Domiciliaria al alumnado convaleciente.

4.3.1.4.2.- Organización y Funcionamiento de la Atención Educativa Domiciliaria.

A.- Organización.

Las Atenciones Educativas Domiciliarias consisten en llevar apoyo educativo al alumnado convaleciente en sus domicilios dos veces por semana y dos horas de duración cada sesión (Corchero, 2014).

Según el Plan de Actuación del curso 2012-2013 las Atenciones Educativas Domiciliarias se realizan en la ciudad de Badajoz por turnos dependiendo de las maestras de las Aulas Hospitalarias del Complejo Universitario de Badajoz.

“Cuando se cumplan los requisitos de convalencia (más de treinta días) el alumno pasará a formar parte de la Atención Educativa Domiciliaria.” (Casas et al., 2014, p. 23).

Como queda reflejado, sólo disponen del Servicio de Atención Educativa Domiciliaria el alumnado de Badajoz capital. El resto de alumnado contará con un Proyecto telemático.

B.- Funcionamiento.

Como hemos señalado anteriormente, el tema de las rotaciones para la Asistencia Domiciliaria es un sistema no adecuado ni para el docente ni para el discente.

Por ello hemos considerado relevante señalar las consideraciones señaladas en el Plan de Actuación Anual del 2012-2013 indicando:

“Tras una serie de reuniones y tras establecerse un horario de atención al alumno se comienza con la intervención. El funcionamiento aquí se basa en desarrollar los objetivos, contenidos y competencias establecidas por su centro educativo en el Plan de Trabajo Individualizado (PTI) así como la relación de ejercicios y exámenes que se proporcionan” (Casas et al., 2014, p.22).

Asimismo, para recoger más información respecto al tema de Atención Educativa Domiciliaria también nos hemos basado en las indicaciones aportadas por la maestra del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz:

“El alumnado convaleciente de Badajoz capital es atendido por las maestras del AA.HH. El resto de alumnado de fuera de la ciudad tendrá atención mediante un Proyecto telemático” (Cuestionario pasado el 22.03.2015).

Asimismo, hemos considerado relevante las aportaciones ofrecidas por el Jefe de Servicio Unidad de Programas Educativo de Badajoz:

“El proyecto de atención telemática que se está llevando a cabo consiste en mantener en contacto al alumnado, por esta vía con su centro educativo, bien a través de la Plataformaescolarium(<http://www.educarex.es/edutecnologías/escolarium.html>). Si el centro del alumno ya se ha incorporado a la primera fase de este proyecto, o en caso contrario, a través de la Plataforma Educativa Rayuela. En aquellos casos en los que el domicilio del alumnado no haya ordenador, carezcan de acceso a internet, o ambas cosas a la vez, nosotros se lo proporcionaremos, ya que disponemos de Stock de ordenadores y conexiones inalámbricas disponibles a este efecto exclusivamente, en los nuevos CPRs de la Provincia”. (Cuestionario pasado el 26.03.2015).

4.3.1.4.3.- Dependencia administrativo-institucional de las Aulas Hospitalarias y su personal.

Según aporta la documentación consultada, en un principio las tres maestras que atienden las respectivas Aulas Hospitalarias no pertenecían a ningún centro educativo. No había estructura común que sirviera de plataforma y apoyo para realizar su labor más que la Delegación Provincial a través de sus Servicios de Apoyo y Seguimiento. Al no depender de ningún equipo, así como no estar en ningún Claustro se apreciaban una serie de carencias afectando a la calidad del Servicio prestado. Es decir, el modelo organizativo no era el adecuado puesto que cada trimestre rotaba el Hospital haciéndose cargo de las Atenciones Domiciliarias en la Ciudad de Badajoz provocando efectos negativos como: El sufrimiento por parte de los alumnos de larga estancia, así como sus centros de escolarización teniendo cada curso un cambio de maestra responsable en el primer o segundo trimestre en el Materno Infantil, y cada uno de ellos en el Infanta Cristina y la pareja de maestras nunca era la misma. Tampoco se podían realizar ajustes

puntuales si había una baja en alguno de los Hospitales o si la demanda de ayuda domiciliaria era ninguna poca o mucha.

Por supuesto, depender de un centro educativo ordinario, proponiendo al CEIP “San José de Calasanz” de Badajoz situado en los alrededores del Hospital Materno-Infantil y teniendo una confirmación afirmativa del centro, así como un apoyo logístico, funcional, operativo y afectivo prestado por Claustro de profesores, alumnos y Equipo Directivo del colegio [según aporta la fuente consultada, así como las entrevistas realizadas], fue fundamental para el buen *Funcionamiento* del Aula Hospitalaria. A su vez, fue significativo la integración de su Aula en dicho centro, así como las actuaciones pertinentes hacia la Atención a la Diversidad y Compensaciones Educativas por Desigualdades, etcétera (Del Pino, 2013).

En este aspecto el Jefe del Servicio de Unidad de Programas Educativos indica:

“Todo son ventajas: apoyo de Claustro. Disponibilidad de todo tipo de materiales didácticos. Control de horarios. Proyectos conjuntos que enriquecen tanto a alumnos de Aulas Hospitalarias como a los del centro. Por ej.: El Programa (Proyecto de Innovación Educativa) “¿Qué tal el Hospital?” con el que se trabajan entre otros valores tan importantes como la empatía y la solidaridad” (Cuestionario pasado el 26.03.2015).

Tras un juicio personal, sí que es cierto que depender de un colegio público de zona supone, que la situación tanto del alumnado como del docente sea lo más normalizada posible. Pero bajo un punto de vista objetivo supone normalización, más para el profesorado encargado del aula, que del alumno. Las maestras están en contacto con la Dirección del centro, la Jefatura de Estudios, el Claustro, etcétera, pero el alumno enfermo puede venir de otro Centro de referencia y el depender del colegio “San José de Calasanz” no le supone normalidad, ya que su ámbito educativo está fuera de un ámbito formal. Las tres maestras de las AA.HH., así como el Jefe de Servicio de UPE aprecian como ventajoso el depender del colegio de zona, aspecto que no se comparte y que resaltaremos en el estudio comparado y las conclusiones obtenidas.

A su vez, bajo nuestra opinión consideramos que el docente de Atención Educativa Domiciliaria sea siempre o casi siempre el mismo para tener un mayor conocimiento del alumno. Por ello, no es apropiado que las maestras de las Aulas

Hospitalarias vayan rotando para desarrollar este Servicio en cuestión. Por tanto, deberá haber un docente o varios docentes para desarrollar la función de Atención Educativa Domiciliaria, exclusivamente.

4.3.1.5.- Espacios y Equipamiento.

Un aspecto muy singular en dicha Comunidad y que se comenta en la Revista a la que hacemos referencia, y de donde hemos extraído parte de la información, es que el Departamento de Atención a la Diversidad colaborando con otros Servicios de la Consejería de Educación y Cultura apoya un sistema telemático para mejorar y completar la atención a niños y jóvenes hospitalizados y convalecientes en domicilios, llegando a todos ellos a través de internet mediante los equipos y conexiones necesarios que ponen a su disposición así como contenidos educativos para estar en contacto con sus centros educativos, compañeros y profesores (Del Pino, 2013).

Así pues, objetamos las aportaciones ofrecidas por el Jefe de Servicio de Unidad de Programas Educativos de Badajoz:

“Las AAHH del Complejo Universitario de Badajoz son las únicas de nuestra Provincia. En el resto de Hospitales las estancias de niños y jóvenes son muy cortas.” (Cuestionario pasado el 26.03.2015).

Por otra parte, señalamos lo indicado por la maestra del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz:

“En Extremadura el Hospital de referencia regional es el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, es donde están nuestras AAHH”. “Existe otra unidad educativa en el Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres y es atendido por otra profesora de un colegio.” “El proyecto de Atención Telemática consiste en utilizar una plataforma virtual para conectar los chicos con su grupo aula” (Cuestionario pasado el 22.03.2015).

Finalmente volvemos a aportar las consideraciones aportadas por el Jefe de Servicio Unidad de Programas Educativo de Badajoz:

“El proyecto de atención telemática que se está llevando a cabo consiste en mantener en contacto al alumnado, por esta vía con su centro educativo, bien a través de la Plataformaescolarium(<http://www.educarex.es/edutechologías/escolarium.html>). Si el centro del alumno ya se ha

incorporado a la primera fase de este proyecto, o en caso contrario, a través de la Plataforma Educativa Rayuela. En aquellos casos en los que el domicilio del alumnado no haya ordenador, carezcan de acceso a internet, o ambas cosas a la vez, nosotros se lo proporcionaremos ya que disponemos de Stock de ordenadores y conexiones inalámbricas disponibles a este efecto exclusivamente, en los nuevos CPRs de la Provincia (...).” (Cuestionario pasado el 26.03.2015).

Según el Plan de Anual 2012-2013 los recursos materiales que se emplean en dichas aulas son (Casas et al., 2014):

- Los que abarcan todos los niveles y modelos educativos.
- Los que faciliten información necesaria.
- Actividades variadas respecto a materias instrumentales.
- Contar con una biblioteca para los distintos niveles educativos.
- Amplia gama de juegos que favorezcan la socialización.
- Trabajos manuales con alumnos de estancias cortas cuyo objetivo es que la vean finalizada cuando se marchen.
- El material que se utiliza en el Aula Hospitalaria deberá guardar las condiciones sanitarias adecuadas para evitar posibles contagios.

Como hemos señalado anteriormente, los materiales que se encuentran en las Aulas Hospitalarias son proporcionados por la Consejería de Educación de Badajoz. Como apreciamos hay diversidad tanto lúdica como educativa, así como para alumnado de larga estancia como de corta estancia. Pero sí que es cierto, y coincide con el resto de AA.HH. de España que el Espacio para ubicar el aula lo proporciona el Hospital, y el Equipamiento la Consejería de Educación. Asimismo, sí que existe Ciberaula “La Caixa” en dichos Hospitales. Normalmente el espacio lo proporciona el Hospital y el Equipamiento lo proporciona la Fundación la Caixa con su Proyecto “El Alma” de la Caixa.

Finalmente, los modelos organizativos que se establecen en estas actuaciones están caracterizados por la flexibilidad y adaptación a las necesidades del alumno hospitalizado y la posibilidad de emplear *Espacios* y *Equipamientos* del centro

hospitalario. Por esta razón, las actividades se efectúan en el aula (espacio dedicado exclusivamente a actividades educativas), en Salas de Hospitalización (para atender al alumnado que está encamado) u otro espacio del centro sanitario destinado para actividades educativas (Instrucción 10.10.2001).

4.3.1.6.- Equipo Docente.

El Personal Docente dedicado a desarrollar estos Servicios del Aula Hospitalaria de estos dos Hospitales Públicos cuenta con los siguientes recursos personales organizados de la siguiente manera:

- Una maestra de Pedagogía Terapéutica (PT) en el Hospital Infanta Cristina.
- Una maestra de Pedagogía Terapéutica (PT) en el Hospital Materno Infantil.
- Una maestra de Audición y Lenguaje(AL) en el Hospital Materno Infantil.

Las maestras de Pedagogía Terapéutica según su antigüedad, eligen el centro hospitalario en el que desempeñan su labor. Sin embargo, la maestra de Audición y Lenguaje permanece normalmente en el Materno Infantil excepto cuando se requieren intervenciones puntuales en el Infanta Cristina. Respecto a la Atención Educativa Domiciliaria se establece el siguiente turno de rotaciones: la primera atención que surja la realizará la PT del Hospital Infanta Cristina, la siguiente en rotar sería la AL del Hospital Materno y por último la PT del Materno. A su vez, cuando la maestra del Aula del Infanta Cristina atienda en ella a menos alumnos, teniendo una mayor disponibilidad horaria, atenderá Apoyos Domiciliarios hasta un máximo de dos simultáneamente (Casas et al., 2014).

Respecto al Servicio de Atención Educativa Domiciliaria volvemos a subrayar que no nos parece adecuado que las propias maestras de las Aulas Hospitalarias se hagan cargo de la Atención Educativa Domiciliaria. Primeramente, son Servicios educativos diferentes, seguidamente, sólo pueden atender al alumnado convaleciente de Badajoz capital y por último, el tiempo de permanencia en el domicilio del escolar por parte de la maestra supone no dedicación a la Atención Hospitalaria.

Otra crítica hacia el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria establecido en la Provincia de Badajoz es sobre las rotaciones por parte de las maestras del Servicio de Atención Educativa Hospitalaria. Es evidente que un escolar que solicita Atención Educativa Domiciliaria primeramente habrá sido atendido escolarmente por las maestras

de alguna de las Aulas Hospitalarias de esta Autonomía. Sin embargo, es evidente que son dos Servicios diferentes en situaciones diferentes, y circunstancias diferentes. Por consiguiente, no nos parece oportuno que las docentes de un Servicio Educativo presten la Atención Educativa mencionada.

Sí que es cierto, como aspecto beneficioso respecto a esta manera de actuar resaltamos el tema de la Conexión. Al prestar ambos Servicios, el mismo personal docente tendrá una muy buena coordinación, así como conocimiento respecto al paciente pediátrico. Pero otro aspecto que destaca, es que son atendidos únicamente el alumnado de la capital. Fuera de la misma por el Programa telemático.

A continuación, consideramos pertinente señalar lo aportado por el Jefe de Servicio de Unidad de Programas Educativos de Badajoz quien indica:

“Actualmente hay dos maestras de Pedagogía Terapéutica y una de Audición y Lenguaje. Las tres acceden al puesto por Comisión de Servicios. Además, contamos con la colaboración desinteresada de profesores de la ESO y Bachillerato de un Centro de Secundaria también muy cercano al Hospital, el IES “Ciudad Jardín.” (Cuestionario pasado el 26.03.2015).

Bajo nuestra opinión, el tema de las rotaciones con la Atención Educativa Domiciliaria no es lo más adecuado. Un niño es un sujeto vulnerable y si está enfermo o recuperándose, más todavía por ello necesita a un profesional de su confianza a su lado. Posiblemente cambiar de profesor o profesora no es lo más adecuado.

4.3.1.7.- Perfil Profesional y Formación Permanente.

Primeramente, con el siguiente *Indicador* al que hemos denominado *Perfil Profesional y Formación Permanente* nos hemos basado en las aportaciones obtenidas gracias a los cuestionarios pasados. Como ocurre en el resto de CC.AA. la normativa o documentos oficiales no refleja el *Perfil Profesional básico* que se demanda para ejercer en dichos puestos ni el *Perfil Profesional específico*. Por ello, hemos obtenido dicha información mediante las entrevistas realizadas.

Comenzamos señalando las consideraciones indicadas por la maestra del Complejo Hospital Universitario de Badajoz quien dice:

“Independientemente de las demás titulaciones académicas, el perfil para acceder a esas plazas es el de especialista de Pedagogía Terapéutica y Audición y lenguaje” (Cuestionario pasado el 22.03.2015).

Como hemos señalado en apartados anteriores, en la Comunidad de Extremadura un alumno enfermo está incluido dentro del alumnado con Necesidades de Apoyo Educativo. En esta Autonomía se demanda la especialidad docente de Pedagogía Terapéutica. Por otra parte, no está cubierto el nivel de Secundaria por docentes del Hospital sino por profesionales voluntarios de un centro de Secundaria. Esta manera de actuar será posteriormente comentada cuando se realice la comparación entre Comunidades.

Por otra parte, mostramos de nuevo lo aportado por la maestra del Hospital Complejo Universitario de Badajoz indicando lo realizado respecto a la *Formación Permanente*:

“Formación permanente:

• Seminario sobre Aulas Hospitalarias. Del Centro de Profesores y Recursos Badajoz 2013. Coordinación (...).”

A continuación, nos indicó algunos cursos relacionados con las TIC que, aunque no son específicos de Aulas Hospitalarias, sí les han servido porque los han aplicado a su trabajo. Entre ellos se encuentran:

“-Cursos sobre LINEX, procesador de textos, herramientas colaborativas, herramientas de autor como Atenex, Squik. 2010.

- **Curso la Web 2.0. Redes Sociales. Centro de Profesores y Recursos de Badajoz. 2010.**
- **Grupo de Trabajo “La PDI aplicada al aula de Secundaria”. Centro de Profesores y Recursos de Badajoz. 2012.**
- **Grupo de Trabajo “La Integración de una plataforma Moodle en la Web del Centro.” CPR de Badajoz. 2012.**
- **Grupo de trabajo” las Tic aplicadas a la revista digital”. Centro de Profesores y Recursos de Badajoz. 2014. Coordinación.**
- **Cursos sobre Joomla.”**

Actualmente están diseñando y trabajando sobre su propia WEB corporativa de las AAHH. Centro de Profesores y Recursos de Badajoz. 2015.

Continúan señalando los cursos realizados:

- **Coordinación y desarrollo del Proyecto de Innovación Educativa “¿Qué tal Hospital?” Es un proyecto que estamos finalizando ya que se ha desarrollado durante los cursos 2013-2014 y 2014- 2015. Aún no tenemos el material terminado, lo presentaremos en mayo. Se trata de un proyecto colaborativo con en el que participamos diferentes profesionales del Hospital y de los centros educativos de referencia de los alumnos ingresados. En él se trabajan las emociones de los chicos hospitalizados” (Cuestionario pasado el 29.03.2015).**

Se observa que dedican parte de su *Formación Permanente* a las TIC, como herramientas fundamentales del presente y el futuro.

A continuación, se hemos considerado incluir lo señalado por el Jefe de Servicio de Unidad de Programas Educativos de Badajoz indicando:

“Actualmente hay dos maestras de Pedagogía Terapéutica y una de Audición y Lenguaje. Las tres acceden al puesto por Comisión de Servicios. Además, contamos con la colaboración desinteresada de profesores de la ESO y Bachillerato de un Centro de Secundaria también muy cercano al Hospital, el IES “Ciudad Jardín.” (Cuestionario pasado el 26.03.2015).

Con esta aportación queda patente que el nivel de Secundaria en las Aulas Hospitalarias está cubierto por docentes voluntarios dependientes de un IES cercano al Hospital de referencia de esta Comunidad.

“A parte de la formación individual de cada una de las maestras, se está desarrollando un proyecto de innovación educativa específico, actualmente en 2º año.” (Cuestionario pasado el 26.03.2015).

Como se ha mencionado anteriormente se está desarrollando un proyecto de innovación colaborando profesionales de las respectivas AA.HH., así como los respectivos Centros de referencia de los alumnos ingresados. Con esto llegamos a una conclusión acerca de las inquietudes que comporta esta profesión de docente hospitalario elaborando y llevando a cabo sus propios proyectos como trabajar las emociones de los escolares hospitalizados.

4.3.1.8.- Horario y Calendario Escolar.

El apoyo educativo del Aula Hospitalaria del Infanta Cristina se realizará en el Aula, en *Horario* de 10:00 a 13:30, o si las condiciones de salud del alumnado lo impiden, el apoyo se efectuará en sus respectivas habitaciones. En el Aula del Materno Infantil, el apoyo se efectuará en la 5ª y 7ª planta en *Horario* de 10:00 a 13:30 o si las condiciones de salud del alumnado Oncológico lo impiden, el apoyo se realizará en sus respectivas habitaciones. Por otra parte, la Atención Educativa Domiciliaria está fundamentada en que el apoyo educativo se realiza en *Horario* de 12 a 14 horas dos días a la semana.

Para ello aportamos las consideraciones tomadas por una de las maestras del AA.HH. señalando:

“El horario habitual de entrada al aula hospitalaria es a las 10:00. El aula hospitalaria cierra a las 13:30 si bien en numerosas ocasiones el aula debe cerrarse en torno a las 12:00 del mediodía por necesidades de horario del profesional para la Atención Educativa Domiciliaria.” (Cuestionario pasado el 25.03.2015).

Hemos comprobado que la Comunidad Extremeña es la Autonomía que menos horas tiene el Aula Hospitalaria abierta. Sí que es cierto que las maestras de las Aulas Hospitalarias se hacen cargo de la Atención Educativa Domiciliaria, así como han de

estar coordinadas con el centro escolar que supone asistir a reuniones, Claustros, etcétera.

4.3.1.9.- Coordinación y Seguimiento con el Equipo Multidisciplinar y con el Centro de referencia³¹.

4.3.1.9.1.- Con el Equipo Multidisciplinar.

Es importante informar a las familias sobre la evolución escolar de sus hijos, así como las dificultades que existen por el menor número de horas que se les atiende. Se les atenderá mediante Planes de Trabajo Individualizados en base a las necesidades que detecten los docentes. Por esta razón, para las familias es un alivio saber que sus hijos no se desconectan del proceso de enseñanza-aprendizaje.

El niño hospitalizado cambia su vida diaria a vivirla toda ella dentro del Hospital donde: come, duerme, juega, sufre, aprende y a todas estas facetas hay que darle respuesta. Para ello, hay que darle una respuesta multidisciplinar exigiendo una *Coordinación* e interacción de los distintos profesionales, tanto de salud como educación aportándole todos los medios materiales, humanos y científicos. Por consiguiente, los Equipos Multidisciplinares habrán de realizar tres tareas fundamentales:

- Procurar una atención global, con organización interna de horarios, distribución de espacios, proporcionando los recursos imprescindibles.
- Aunar criterios de acción: Supone que todo el personal que atiende al niño transmita los mismos mensajes respecto a hábitos, disciplina, etcétera.
- Ser canal de información: No hay coordinación sin información. Para ello hay que transmitir el funcionamiento de las estructuras, enfermedades de riesgo, proyectos de trabajo y detalles sobre alimentación, medicación...

Con los alumnos de Atención Educativa Domiciliaria, se realizará una reunión inicial donde se elaborará un acta firmada por todos los asistentes y que se archivará en el expediente del alumno que existe en el Aula Hospitalaria. En este documento se incluirán también acuerdos tomados en coordinaciones posteriores. En la reunión inicial con las familias se tratarán los siguientes temas (Casas et al., 2014):

- Información sobre el Aula Hospitalaria y la Atención Educativa Domiciliaria.

³¹ Nota: Consultar Anexos IV, V, VI, VII, VIII, IX, XII, XIII, XV de la Comunidad extremeña.

- Objetivos, funciones y horarios de atención educativa.
- Contexto familiar y rutinas relacionadas con la enfermedad: Visitas médicas
- Preparación de materiales.
- Tutoría de padres
- Implicación de la familia en el proceso educativo de su hijo.

Para resaltar la importancia de esta actuación resaltamos las objeciones señaladas por Corchero (2014) que indica:

“(…) Coordinación con los Psicólogos de la ONG “AOEX” que trabajan en este servicio para comentar la actitud de alguno de estos alumnos que están pasando por momentos duros y que en la mayoría de los casos influye en su estado de ánimo y en su comportamiento.” (p.54).

Por otra parte, indica:

“(…) Coordinaciones con la ONG “Fundación Ícaro” (...) con la Trabajadora Social para intentar resolver algunas dificultades encontradas por temas de becas, escolarización irregular (...)” (p. 54).

“(…) Coordinación semanal con el voluntariado de la ONG “Dando Calor” con el objetivo de informar acerca de los contenidos que debían reforzar los voluntarios en horario de tarde. Para ello hemos utilizado el correo electrónico, así como las libretas viajeras individualizadas de cada alumno.” (p.54).

Asimismo, aportamos lo señalado por el Aula de la 7ª planta Materno Infantil (Casas et al., 2013):

“Con respecto a los alumnos de media y larga estancia han sido atendidos en coordinación con los colegios e institutos a los que pertenecían (...) han sido los padres de los niños hospitalizados los cuales han hecho de nexo o unión entre el centro educativo y nosotras.” Por otra parte indica:

“Además de trabajar las asignaturas instrumentales (lengua y matemáticas) hemos realizado actividades lúdicas y motivadoras (...) el otoño, Halloween, Navidad, Carnaval (...).” **“(…) la coordinación diaria con el personal sanitario de la planta (supervisora, enfermeras y médicos), fundamental para conocer las condiciones de salud en las que se encuentra cada niño/a.”** (p.8).

Seguidamente las consideraciones del Aula de la 5ª planta del Hospital Materno Infantil:

“(...) alumnado de media y larga estancia ha sido necesaria la coordinación con los siguientes centros educativos (...)”

“(...) la mayoría de alumnos atendidos han sido de infantil y primaria (...) en el caso de las cortas estancias, se han realizado actividades programadas en la PGA del centro.”

(p.16).

Finalmente hemos considerado oportuno señalar las consideraciones objetadas por el Jefe de Servicio de UPE de Badajoz quien indica:

“Las atenciones domiciliarias del alumnado convaleciente en su domicilio por prescripción facultativa reciben atención educativa que garantiza la continuidad del proceso educativo y se realiza por parte de las maestras del AA.HH. cuando se trata de alumnado escolarizado en centros de Badajoz ciudad. Mientras que para el resto de Atención Educativa Domiciliaria de alumnado escolarizado en centros de otras localidades (al no contar con las AA.HH., se destinan unas ayudas de conformidad con lo establecido en la Orden 11 de abril de 2014 (DOE 28 abril 2014).”

(Cuestionario pasado el 26.03.2015).

Por esta razón, la coordinación diaria con el personal sanitario de la planta de Pediatría (supervisora, enfermeras y médicos) es importante y fundamental para conocer las condiciones de salud en las que está cada alumno y sus posibilidades para realizar actividades educativas ese día, así como prever la duración de las estancias para poder contactar con los centros educativos en caso necesario (Casas et al., 2013).

4.3.1.9.2.- Con el Centro de referencia.

El alumnado que por prescripción facultativa permanezca durante un periodo prolongado de tiempo en su domicilio o se encuentre hospitalizado, mantendrá su escolarización en el centro educativo donde esté matriculado recibiendo una atención educativa garantizando su continuidad del proceso educativo favoreciendo su reincorporación a su grupo de referencia. En caso de urgencia personal se podrá llevar a cabo escolarizaciones iniciales o modificaciones actuales fuera del proceso ordinario en cualquier momento de la escolarización (Decreto 228/2014).

Uno de los objetivos en la Coordinación y Seguimiento del Plan de Actuación es estar siempre en contacto con el centro educativo de referencia del alumnado enfermo para seguir un ritmo académico que el estado de salud permita y que el vínculo con los profesores sea fuerte (Del Pino, 2013).

La actuación de dichos profesionales y dicho Servicio está centrada en el niño y sus intereses, adecuándose a su ritmo personal en un ambiente seguro, cálido y afectivo. Trabajando, eso sí, de manera coordinada con todas las organizaciones implicadas, así como respondiendo a diferentes necesidades educativas (Casas et al., 2013).

Centrándonos en la Coordinación se priorizarán aspectos como el educativo donde habrá una coordinación con los Centros de referencia para garantizar la continuidad de dicho proceso y facilitar la incorporación al centro escolar.

Por otro lado, con los niños de Atención Educativa Domiciliaria se realiza una reunión con el centro educativo de referencia del niño donde deben estar presentes un miembro del Equipo Directivo, el Tutor y el *Equipo Docente* del alumno y una de las profesoras del Aula Hospitalaria. Con ello tratarán temas como (Casas et al., 2014):

- Información sobre el Aula Hospitalaria.
- Recogida de información sobre datos personales, familiares, escolares del alumno.
- Elaboración del Plan de Trabajo Individualizado.
- Implicación de compañeros de clase en tareas educativas.
- Organizar una coordinación periódica, vía email o telefónica, entre el profesorado del Aula Hospitalaria.

Por consiguiente, las consideraciones tomadas del Plan de Actuación 2012-2013 (Casas et al., 2014) señalan:

“Para reducir el aislamiento empleamos los siguientes recursos:

Intercambio de cartas, mensajes, correos electrónicos...

Propuesta de trabajos en equipo con su grupo clase.

Propuesta de visitas personales por parte de compañeros y profesores. Coordinación con algunos centros educativos en proyectos o grupos de trabajo sobre el Plan de Lectura.

Actividades en coordinación con la biblioteca municipal y escolar” (p.25).

➤ Los alumnos de Oncología:

Se ha creído conveniente dedicar un pequeño espacio a los alumnos de Oncología puesto que están presentes en los documentos recogidos en esta Autonomía, como la Memoria de Actuación, la Revista Sana Sana, etcétera.

Estos alumnos suelen tener reingresos frecuentes de media y larga estancia para seguir sus tratamientos médicos. Por ello es fundamental la tarea de *Coordinación* con sus centros educativos. Es necesario dar explicaciones sobre el *Funcionamiento* de las aulas, ya que muchos centros no conocen su existencia, así como realizar una tarea de *Seguimiento* utilizando por ello los correos del Aula Hospitalaria.

Para puntuar dichas actuaciones mostramos lo señalado en la Memoria de Actuación 2012-2013 (Casas et al., 2013) reafirman:

“Se envían los exámenes del centro educativo, se realizan en el aula y posteriormente se envían de nuevo al centro de referencia para que sean sus profesores los que llevan el control de la evaluación del alumno.” Así pues **“La coordinación con el Supervisor de la planta y con las enfermeras ha sido constante puesto que informan del tiempo de ingreso de los alumnos, el estado del enfermo diariamente. En algunas ocasiones hay coordinación con la psicóloga de la planta”** (p.19).

Asimismo, se da una *Coordinación* semanal desde el Aula Hospitalaria con la ONG “Dando Calor” para asesorar a los voluntarios sobre los contenidos que deben reforzar.

Por ello de nuevo aportamos lo señalado por Casas et al. (2013) señalando dichas actuaciones:

“Para ello hemos utilizado el correo electrónico, así como las libretas viajeras individualizadas de cada alumno.” (p.20).

Al finalizar las estancias hospitalarias de estos alumnos se envía un informe final de la Actuación del Aula Hospitalaria.

Según la Memoria de Actuación 2012-2013 (Casas et al., 2013) aporta las indicaciones de las actuaciones realizadas en el Aula del Hospital Infanta Cristina:

“El alumnado ingresado en este hospital ha sido mayoritariamente de Secundaria y Bachillerato cuyo trabajo fundamental se ha basado en tutorizar y proporcionarles material en sus habitaciones y en algunos casos han acudido al Aula y Ciberaula del Hospital. Respecto a la Atención Educativa Domiciliaria se mantiene contacto con los profesores y tutor del centro a través del correo electrónico como correo ordinario para el envío de materiales y teléfono.” (p.20).

Por consiguiente, hemos considerado oportuno señalar los pasos a seguir por los centros educativos para que la Coordinación se lleve a cabo:

- Tras pedir la autorización a los padres, se contacta con el colegio o Instituto para informar al centro de la existencia de las Aulas Hospitalarias. Se concierta una reunión inicial sobre todo con Jefatura de Estudios y/o Orientadores.
- Primera reunión con dichos profesionales con el objetivo es la organización del proceso educativo. Este es el momento de informar sobre el *Funcionamiento* de las Aulas y se establecen los criterios fundamentales para la intervención.
 - Reunión para la toma de decisiones sobre:
- La programación a seguir. Si se da el caso se realizarán Adaptaciones Curriculares.
- La *Organización* respecto al seguimiento se realiza a través de la dirección de correos Aulas Hospitalarias aulahospitalariaba@edu.gobex.es y es una tarea con un seguimiento semanal o quincenal.

Se elaborarán informes trimestrales individualizados que son enviados al centro educativo en el que están escolarizados, indicando el trabajo realizado por el alumno (Corchero, 2014).

Según la Ley 7.03.2011, para garantizar la continuidad del proceso educativo del alumnado de media y larga hospitalización, la familia expondrá la situación al tutor y solicitará los Servicios de Atención Hospitalaria. El tutor elaborará un informe para el profesorado de la unidad hospitalaria, facilitando información respecto al nivel de competencia curricular del alumno en las distintas áreas, la Programación General Anual del aula en la que esté escolarizado y toda la información adicional necesaria para ajustar la respuesta educativa a las necesidades del alumno. Cuando el tutor desconozca la situación y condiciones de hospitalización, el profesorado de Atención Hospitalaria deberá establecer contacto con el centro, solicitando dicho informe. Al finalizar dicho proceso de hospitalización, el profesorado hospitalario remitirá al centro un informe de evaluación del Plan de Trabajo Individual desarrollado por el alumno.

Como se ha comprobado toda Atención Educativa que requiere alguna medida de Educación Compensatoria o Apoyo Educativo supone solicitar unos Servicios a través de unos trámites administrativos o burocráticos.

Por otra parte, los modelos organizativos que se establecen en estas actuaciones están caracterizados por la flexibilidad y adaptación a las necesidades del alumno hospitalizado y la posibilidad de emplear *Espacios y Equipamientos* del centro hospitalario. Por ello, las actividades se efectúan en el Aula (espacio dedicado exclusivamente a actividades educativas), en Salas de Hospitalización (para atender al alumnado que está encamado) u otro espacio del centro sanitario destinado para actividades educativas. (Ley 7.03.2011).

Es evidente que un Aula Hospitalaria está caracterizada por la flexibilidad, pero a su vez por la heterogeneidad de niveles educativos, edades, enfermedades y esto se llevará muchas veces con la improvisación y el empleo de la espontaneidad. Habrá ocasiones que un alumno enfermo no tendrá ánimo para soportar una sesión de estudio. Habrá días que le apetecerá más hablar de sus miedos, inseguridades transmitirlo a un confidente como puede ser el docente. El maestro del Aula Hospitalaria debe estar preparado para ello.

Una vez el alta médica está prevista por los profesionales del Aula Hospitalaria se comienza a preparar su reincorporación. Momento importante para el alumnado puesto que supone una primera etapa de superación de su enfermedad. Por supuesto se teme por cómo puede ser la acogida, especialmente si la enfermedad ha dejado secuelas

físicas o emocionales (falta de pelo en alumnos Oncológicos, silla de ruedas de manera temporal, etcétera). Los profesores del Aula Hospitalaria informan a sus maestros del centro educativo orientando sobre su reincorporación. La tarea de éstos será informar a los compañeros del alumno con una información clara y rigurosa siempre con el consentimiento de la familia. Se aconseja que la bienvenida sea con una pancarta de recibimiento para que el alumno se sienta acogido y acompañado (Casas et al., 2014).

Finalmente, señalar que uno de los momentos fundamentales para el niño es el momento de reincorporación a su centro escolar. Para ello, es fundamental preparar al tutor y a su grupo de clase, sobre todo si ha sido enfermedad larga y han quedado secuelas físicas visibles. Un aspecto que mencionaremos en esta Tesis planteado como propuesta, llevado a cabo ya en otros países, es el acompañamiento a niños que han estado un periodo largo hospitalizados o en casa convalecientes, al colegio.

4.3.1.10.- Evaluación³².

Según el Decreto 228/2014, la *Evaluación* del alumnado con Necesidad Específica de Apoyo Educativo se llevará a cabo según lo que determine la normativa que establece el currículo y regula la ordenación de las enseñanzas, así como las órdenes de evaluación.

Con el alumnado con necesidades específicas a condiciones personales o de historia escolar tendrá como referente los objetivos y criterios de *Evaluación* de la etapa educativa. Si se considera necesario ajustar la respuesta educativa de este alumnado en el ámbito de *Evaluación* podrán implementar las medidas ordinarias que se consideren necesarias con la finalidad de que el alumnado alcance los objetivos de la etapa.

Con los alumnos se realizan los exámenes de todas las áreas que envían desde el Centro de referencia. Los docentes suelen elaborar Adaptaciones Curriculares no Significativas, ya que se suelen trabajar los contenidos mínimos en cada área; supone dar más tiempo para realizar el mismo trabajo que sus compañeros. Normalmente, la evaluación se centra en los contenidos programados y trabajados por el alumno. Pero son los profesores de cada centro los que evalúan y puntúan los exámenes, a la hora de valorar la promoción del alumno ya que muchas veces la enfermedad se prolonga más allá del curso escolar (Corchero, 2014).

³² Nota: Consultar Anexo IX de la Comunidad extremeña.

En este sentido debemos señalar que la *Evaluación*, es un proceso fundamental que regula los elementos que integran la acción educativa. En el caso de las Aulas Hospitalarias, ésta se ve interferida por factores como (Casas et al., 2014):

- El período de duración de la hospitalización.
- La interferencia con la atención médica.
- Las características de los contenidos.
- La propia situación individual del niño hospitalizado.
- La evaluación será flexible, permanente, sistemática, procesal, continua e individualizada.

Capítulo 5. Las Aulas Hospitalarias en la Comunidad de Madrid

5.1.-Introducción.

Las Aulas Hospitalarias en España están situadas dentro de los Programas de Compensación Educativa del Sistema Educativo Español. La Comunidad de Madrid se caracteriza por disponer, dentro del Área de Atención Educativa al Alumnado Enfermo, las Unidades Escolares de Apoyo o Aulas Hospitalarias, los Servicios de Apoyo Educativo Domiciliario (SAED), ambos desarrollados en apartados posteriores, y el Centro Educativo-Terapéutico, que no profundizaremos en nuestra investigación por situarnos en las AA.HH. y SAED de las Comunidades Autónomas seleccionadas. Los *Destinatarios* de dichas unidades son niños y adolescentes hospitalizados en edad de Escolaridad Obligatoria (6 a 16 años), o que por convalecencia prolongada precisan de una respuesta educativa adecuada a sus necesidades.

Antes de comenzar a desarrollar nuestro estudio en cuestión haremos referencia a los datos Políticos, Socioeconómicos y Educativos de esta Comunidad Autónoma. Están reflejados en las Tablas mostradas en la parte introductoria de este bloque y, son considerados relevantes puesto que servirán de referente para el posterior estudio y parte comparativa de las cinco CC.AA. vistas en esta investigación.

A continuación, seguiremos presentando las características de las unidades escolares hospitalarias y, del SAED de la Comunidad de Madrid realizando un estudio de la normativa vigente completado con las prácticas docentes en base a una serie de Indicadores como son, *Tipología*, *Destinatarios* de las AA.HH., *Objetivos y Finalidad*, *Organización*, *Funcionamiento y Dependencia*, *Espacios y Equipamiento*, *Equipo Docente*, *Perfil Profesional y Formación Permanente*, *Horario y Calendario Escolar*, *Coordinación y Seguimiento*, *Evaluación* de las Aulas Hospitalarias.

5.2.-Contexto Político, Socioeconómico y Educativo.

Como se ha comentado anteriormente, en este apartado vamos a señalar los datos indicados en el capítulo 2, centrándonos en el **Contexto Ideológico** que ha predominado en la Comunidad de Madrid. Continuaremos con aspectos significativos respecto a su **Peso Demográfico, Presupuesto total** que recibe, **Gasto en Educación y Sanidad**, etcétera.

La ideología predominante en la Comunidad de Madrid, como muestra la Tabla 8, ha sido la conservadora gobernando el PP en las últimas legislaturas. Actualmente, está gobernando Cristina Cifuentes mediante un pacto con C,s.

Continuando con los **Datos Demográficos**, Tabla 11, la Comunidad madrileña es la segunda Autonomía con mayor peso poblacional de las estudiadas, con 6.464.078 de población por detrás de Andalucía.

Por tanto, justificaría que sea la segunda Autonomía que mayor Presupuesto recibe (Tabla 12) con 20.852.589 euros por detrás de Andalucía. Sin embargo, muestra unos **Ingresos per Cápita** de 3.239 euros ocupando el quinto lugar de las cinco Autonomías estudiadas con unos datos significativos de -15% respecto a la Media del país.

Presentando los datos relativos al **Presupuesto** que dedica por habitante y la diferencia que hay respecto a la Media del país, Tabla 12, se observa que la Provincia de Madrid es la que menor **Presupuesto por Persona** dedica del resto de Autonomías estudiadas.

Otro aspecto importante a resaltar son los datos relativos al Presupuesto que destina Madrid a la **Financiación Sanitaria**. Como se aprecia en la Tabla 13, la Comunidad de Madrid ocupa el segundo lugar tener un mayor **Presupuesto Sanitario** de las Comunidades estudiadas, con 6.980.824 euros por detrás de Andalucía. Asimismo, destina un 33,72% de su **Presupuesto Total** a dicho sector ocupando el primer lugar, pese a haber tenido un 2,67% de reducción respecto a años anteriores. Con ello queda reflejado que dicha Comunidad dispone de unos elevados Ingresos Sanitarios mostrando su preocupación por su Sistema Sanitario Público, pues dedica un alto porcentaje de su Presupuesto Total a dicho ámbito. La reducción, posiblemente producida por los años de crisis ha podido perjudicar, no en su eficacia sanitaria, puesto

que Madrid es una de las Autonomías que mayor calidad sanitaria tiene, pero ha podido afectar en sus instalaciones, personal, listas de espera, salarios, perjudicando el bienestar de su población en general.

A continuación, en la Tabla 14 se muestra el **Gasto** que Madrid destina a **Educación** y la diferencia que hay respecto a la Media de España. Como se aprecia dispone de un **Gasto Educativo** o Presupuesto en Educación de 4.256,58 euros, situándose en el segundo lugar de las cinco CC.AA. estudiadas precedida por Andalucía. Respecto a la Media española, la Comunidad de Madrid presenta una notable diferencia con +2.411.32 euros de Presupuesto en este sector.

Este último dato quedaría justificado con los datos mostrados en la Tabla 15, ya que es la segunda Autonomía objeto de estudio, que mayor número de alumnado escolarizado presenta, especialmente en Primaria y Secundaria. Por tanto, relacionando el **Gasto Educativo** con el alumnado matriculado, la Autonomía madrileña estaría por detrás en inversión educativa respecto al País Vasco y Extremadura.

5.3.-Características de las Aulas Hospitalarias en la Comunidad de Madrid.

Haciendo un poco de historia, las primeras escuelas de los Hospitales Madrileños aparecen más allá de los años 50, debido a la epidemia de poliomelitis en la población infantil española donde se empezó a plantear la ayuda a nivel médico, escolar y educativo de esta población. Se comenzaron a abrir las primeras aulas en diversos Hospitales Madrileños como en el Hospital Niño Jesús, Hospital Clínico, Hospital Gregorio Marañón, Hospital del Rey dependientes anteriormente del INSALUD (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social). Ya en 1966, el Hospital Niño Jesús de Madrid crea 10 Unidades de Educación Especial³³.

Actualmente, las Aulas Hospitalarias Españolas se encuentran situadas dentro de los Programas de Compensación Educativa del Sistema Educativo Español. Particularmente, en la Comunidad de Madrid se denominan Unidades Escolares de Apoyo situadas dentro del Área Atención Educativa al Alumnado Enfermo. Son unidades destinadas a niños y adolescentes hospitalizados en edad de escolaridad obligatoria (6 a 16 años) o que por convalecencia prolongada precisan una respuesta

³³Ministerio de Educación y Cultura (2006). Atención Hospitalaria. Recuperada de http://ntic.educacion.es/w3/recursos2/atencion_diversidad/05_06.htm el 15 de julio de 2014.

educativa adecuada a las necesidades que manifiestan. Dentro de esta área se encuentran³⁴:

Las Unidades Escolares de Apoyo [Aulas Hospitalarias] funcionan en los Hospitales de la Comunidad de Madrid donde tienen camas pediátricas de media y larga hospitalización. Dentro de sus objetivos [aunque posteriormente los desarrollaremos con la descripción de la normativa pertinente], se encuentran:

- Proporcionar atención educativa al alumno hospitalizado asegurando así su continuidad del proceso educativo.
- Seguir una coordinación entre los diferentes profesionales que intervienen con el alumno enfermo, es decir con su Centro educativo de referencia y con el Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario.
- Favorecer la integración socioafectiva previniendo los momentos de angustia y aislamiento.
- Fomentar la utilización formativa del tiempo libre en el Hospital

SAED, cuyos objetivos son:

- Garantizar la continuidad del proceso educativo del alumno enfermo con convalecencia prolongada en el hogar evitando así el retraso escolar.
- Permitir una continuidad del proceso de enseñanza-aprendizaje coordinándose los diferentes profesionales siempre en contacto con el alumno convaleciente y sus padres: El centro docente, las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias y Servicio de Apoyo Domiciliario.
- Facilitar la incorporación del alumnado enfermo a su centro educativo, una vez transcurrido el período de convalecencia.
- En estos dos Servicios vamos a centrar nuestro estudio. En la Comunidad de Madrid están bastante relacionados facilitando los trámites burocráticos que detallaremos posteriormente.

Centro Educativo-Terapéutico: No vamos a profundizar en este tipo de centros por centrarnos en las Aulas Hospitalarias y lo más relacionado a ellas como es la

³⁴Comunidad de Madrid (n.d.). Aulas Hospitalarias. Recuperada de <http://www.madrid.org/promocion/diver/aulashospitalarias.htm> el 15 de marzo de 2014.

Atención Educativa Domiciliaria. Para futuras investigaciones queda relegado esta atención educativa, así como el análisis de la metodología seguida.

5.3.1.- Marco Normativo de las Aulas Hospitalarias de la Comunidad de Madrid.

Para comenzar nuestro estudio hemos considerado relevante hacer una revisión de la normativa madrileña y analizar la regulación del Servicio de sus AA.HH., así como la Atención Educativa Domiciliaria de dicha Comunidad. Para ello hemos tomado como referencia el Hospital Ramón y Cajal de Madrid capital realizando una serie de entrevistas a través de un cuestionario pasado a sus docentes y a la Coordinadora de área Hospital 12 de Octubre, Hospital La Paz y Hospital Ramón y Cajal.

La regulación legislativa en dicho ámbito queda reflejada de la siguiente manera:

- Orden 2316/1999 del 15 de octubre, de la Consejería de Educación, donde se regula el *Funcionamiento* de las actuaciones de Compensación Educativa.
- Resolución de 11 de junio de 2001, por la que se dictan Instrucciones de la Dirección General de Promoción Educativa, relativas al seguimiento y evaluación del alumnado hospitalizado o con convalecencia prolongada. En esta Resolución se especifica claramente la puesta en marcha del S.A.E.D por la Dirección General de Promoción Educativa. El SAED es un servicio de acciones de Compensación Educativa para los alumnos que, por prescripción facultativa, no pueden asistir a su colegio, siempre que su periodo de convalecencia sea superior a 30 días.
- Orden 992/2002, de 11 de diciembre, de las Consejerías de Educación y Sanidad por la que se establece la colaboración entre ambas Consejerías, para la atención educativa de la población hospitalizada en edad de escolaridad obligatoria.
- Resolución de 21 de julio de 2006, de la Viceconsejería de Educación, por la que se dictan Instrucciones para la *Organización* de las actuaciones de Compensación Educativa modificada por la Resolución de 10 de julio de 2008 y 26 de marzo de 2012.
- Circular de las Direcciones Generales de Educación Infantil y Primaria y de Educación Secundaria y Enseñanza de Régimen Especial de 27 de julio de 2012 para la *Organización* de la atención educativa de los alumnos con Necesidad Específica de Apoyo Educativo con NEE y alumnos de Compensación

Educativa en Infantil y Primaria e Institutos de Educación Secundaria de la Comunidad de Madrid.

A continuación, señalamos las Instrucciones por las que la Comunidad de Madrid, regula la Atención Hospitalaria y Domiciliaria:

- Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria para el funcionamiento de las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias de la Comunidad de Madrid, de 9 de diciembre del 2010 donde se regula el funcionamiento de las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias.
- Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria de 8 de septiembre de 2014 para el funcionamiento del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario en la Comunidad de Madrid, modificadas por las Instrucciones de 12 de marzo de 2015 de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria.

5.3.1.1.- Tipología.

La Comunidad de Madrid se caracteriza por disponer dentro del Área de Atención Educativa al Niño Enfermo tres Programas. El Servicio de Atención Educativa Hospitalaria, el de Atención educativa Domiciliaria e incluye a su vez los Centros Educativo Terapéuticos u Hospitales de Día. Actualmente, también se ha incluido el alumnado de psiquiatría pero que vamos a mencionar tímidamente.

Mediante esta peculiaridad caracteriza a dicha Comunidad por destacar cierto avance por incluir estos últimos Centros dentro de su Atención Educativa Sanitaria, aspecto que destacaremos con notoriedad en la parte comparativa de nuestro estudio.

5.3.1.2.- Destinatarios.

Por lo que se refiere a la Resolución de 11 de junio de 2001 (Resolución, 11.06.2001), por la que se dictan Instrucciones de la Dirección General de Promoción Educativa, relativas al seguimiento y evaluación del alumnado hospitalizado o con convalecencia prolongada, señala que, los *Destinatarios* de dichos Servicios son alumnado de Primaria y Secundaria Obligatoria escolarizados en centros sostenidos con fondos públicos que por prescripción facultativa no pueden asistir con regularidad a clase y su periodo de convalecencia es superior a 30 días.

Como regula la Resolución de 21 de julio de 2006 (Resolución, 21.07.2006) de la Viceconsejería de Educación, por la que se dictan Instrucciones para la *Organización* de las actuaciones de Compensación Educativa señala que, los *Destinatarios* de Compensación Educativa son alumnos de Primaria y Secundaria Obligatoria en desventaja socioeducativa por minorías étnicas, culturales, factores sociales, económicos, geográficos y/o desfase escolar significativo con dos o más cursos de diferencia o dificultades de inserción educativa, y Necesidades de Apoyo Específico por incorporación tardía al sistema educativo o escolarización irregular [Por ejemplo, por “situación de enfermedad”].

Los Centros de Compensación Educativa serán aquellos que escolaricen al alumnado con desigualdades en educación e integración tardía. Un centro escolar que tenga escolarizado alumnado enfermo, que no disponga de una escolarización regular en su Centro de referencia, por hospitalización o convalecencia en domicilio, dispondrá de Programas Compensatorios como los Programas de Atención Educativa Hospitalaria y/o Domiciliaria.

Siguiendo con las Instrucciones de las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias de 9 de diciembre del 2010 de la Comunidad de Madrid (Instrucciones 09.12.2010), donde se regula el funcionamiento de las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias, los *Destinatarios* de estos Servicios son alumnado de Primaria y Secundaria Obligatoria que se encuentren hospitalizados. También se dará apoyo a alumnos de Enseñanzas no Obligatorias.

Por otra parte, los alumnos con Trastornos Graves de Conducta o Personalidad que son derivados de Salud Mental recibirán atención educativa en las Unidades de Hospitalización Breve de Psiquiatría, en Centros Educativo-Terapéuticos u Hospital de Día [Como ya hemos señalado, el aspecto de Salud Mental va a quedar relegado a segundo plano en nuestra investigación, aunque sí que lo señalaremos a nivel normativo].

Siguiendo con las Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria (Instrucciones de 22.09.2014) para el *Funcionamiento* del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario, modificada parcialmente por Instrucciones de 12 de marzo de 2015 los *Destinatarios* son los alumnos de 2º Ciclo de Educación Infantil, Educación Primaria y Educación Secundaria Obligatoria escolarizados en centros sostenidos con

fondos públicos y los alumnos de Bachillerato escolarizados en centros públicos y en los centros privados concertados que tengan concierto para estos estudios que, por prescripción facultativa, no pueden continuar con su asistencia regular al centro, siempre que su periodo de convalecencia sea superior a un mes.

Los alumnos que manifiesten Trastornos de Salud Mental, de Personalidad y de Conducta así como alumnos con Necesidades Educativas Especiales escolarizados en Centros de Educación Especial que por accidente o por enfermedad común sobrevenida deban permanecer en su domicilio transitoriamente dependerán de la valoración de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria. Como se ha citado anteriormente no profundizaremos en este tipo de alumnado puesto que en la Comunidad de Madrid estos escolares dependen de los Centros Educativo-Terapéuticos. Por ello volviendo a enfatizar, nuestra Tesis Doctoral se ha centrado en el análisis de las Aulas Hospitalarias y la Atención Educativa Domiciliaria.

Por consiguiente, tras apreciar lo descrito por la normativa respecto a los *Destinatarios* tanto de Compensación Educativa como de Servicios adscritos a dicho ámbito (Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria) queda reflejado que el receptor es el alumnado de 2º Ciclo de Infantil, Primaria, Secundaria y Bachillerato, en caso de estar convalecientes por un periodo superior a 1 mes, y alumnado de Primaria y Secundaria en caso de alumnado hospitalizado.

Asimismo, las versiones ofrecidas por los profesores del Hospital Ramón y Cajal señalan que, en la práctica se atiende en dichas Unidades Escolares alumnado desde el nivel de Infantil hasta Bachillerato, pero aparte sí que se aprecia la necesidad de ampliar el Servicio de Atención Infantil de 0 a 3 años.

En la consideración de los profesionales que trabajan en el Hospital Ramón y Cajal señalan que: **“La mayoría de Hospitales atienden desde alumnado de Infantil hasta Bachiller. Vemos la necesidad de ampliar el servicio para poder atender a niños más pequeños de 0 a 3 años.”** (Cuestionario pasado el 08.05.2014).

5.3.1.3.- Objetivos y Finalidad.

Primeramente, con la Resolución 11.06.2001, se presentan una serie de objetivos, como son:

- Garantizar la continuidad del proceso educativo del alumnado enfermo que tiene una convalecencia prolongada en el hogar, evitando el retraso escolar que pudiera derivarse de su situación. Se tiene constancia, que en esta Comunidad el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria suele ser rápido, demorándose como máximo 2 semanas permitiendo una efectiva continuidad educativa.
- Asegurar la continuidad del proceso de enseñanza y aprendizaje, mediante una coordinación adecuada entre los distintos profesionales que entran en contacto con el alumno convaleciente: centro Docente, Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias y Servicio de Apoyo Domiciliario.
- Facilitar la incorporación del alumnado enfermo a su centro educativo, una vez transcurrido el período de convalecencia, tarea de gran importancia, sobre todo para aquel alumnado que ha tenido un periodo de convalecencia prolongado.

A continuación, la Orden 992/2002, de 11 de diciembre (Orden 11.12.2002) de las Consejerías de Educación y Sanidad de la Comunidad de Madrid establece la colaboración entre ambas Consejerías, para la atención educativa de la población hospitalaria en edad de escolaridad obligatoria. Su objetivo principal queda condicionado por el hecho de que ambas Consejerías de la Comunidad de Madrid son conscientes de que la hospitalización de un alumno en edad escolar puede convertirse en un obstáculo para el desarrollo de su proceso educativo. Por ello, el objetivo principal de la misma es desarrollar un Programa de Atención Educativa. En esta Orden quedan definidas las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias.

En la Resolución de 21 de julio de 2006 (Resolución, 21.07.2006) donde se dictan Instrucciones para la *Organización* de las actuaciones de Compensación Educativa, modificadas por la Resolución de 10 de julio de 2008 y 26 de marzo de 2012, se determina que el objetivo general es formar alumnos como futuros ciudadanos donde optimicen sus capacidades, por ello se llevan a cabo medidas educativas específicas que atienden a la Compensación de desigualdades en educación y práctica de igualdad de oportunidades. Se respetará el principio de autonomía pedagógica y organización de los

centros, así como ayudar a orientar a los que desarrollen dichas actuaciones. Sí que es cierto y debemos hacer un pequeño inciso al respecto, que se aprecia que actualmente hay falta de personal respecto a Atención a la Diversidad imprescindible para llevar a cabo esas compensaciones en desigualdades educativas.

El objetivo de dichas Instrucciones es llevar a cabo actuaciones de Compensación Educativa para prevenir y compensar las desigualdades de acceso, permanencia y promoción del alumnado en el sistema educativo. Por esta razón, como objetivos prioritarios a conseguir mencionan:

- Garantizar la igualdad de oportunidades de acceso, permanencia, independencia de condiciones sociales, económicas, procedencia, cultura, etcétera.
- Facilitar la integración social y educativa del alumno.
- Proporcionar una respuesta educativa adecuada y de calidad a este alumnado mediante Medidas de Compensación Educativa cuya finalidad es obtener los objetivos básicos de la enseñanza básica.

Con estas dos Resoluciones se ve claramente que el *Objetivo* y la *Finalidad* fundamental que esta normativa quiere dejar patente es compensar esas desigualdades educativas que a un alumno le puede ocasionar una hospitalización. A su vez, exponen que, gracias a servicios como las Aulas Hospitalarias o Atención Educativa Domiciliaria, pueden permitir que ese alumno enfermo mantenga una continuidad con su proceso educativo. Por consiguiente, hemos de reflejar que un estudiante hospitalizado es un sujeto vulnerable que ante ciertas circunstancias tiene que romper con su vida cotidiana. Por ello, la legislación vigente pretende que esta circunstancia no le suponga una barrera u obstáculo en su proceso de aprendizaje.

Asimismo, con las Instrucciones 09.12.2010 se insiste en que los objetivos de dicho servicio son:

- Garantizar la continuidad del proceso educativo para evitar el desfase escolar, aspecto que nos consta puesto que nos lo verifican los docentes. A su vez, establecer cauces de coordinación entre los diferentes profesionales que intervienen en la atención de los alumnos enfermos, del centro docente y del SAED. Este aspecto es más subjetivo puesto que dependerá de los profesionales

que intervienen directamente y de las Direcciones de los respectivos organismos de dichos servicios.

Finalmente, de nuevo con carácter general, a través de la Circular de las Direcciones Generales de Educación Infantil y Primaria y de Educación Secundaria y Enseñanza de Régimen Especial (Circular de 27.07.2012), para la organización de la atención educativa de los alumnos con Necesidad Específica de Apoyo Educativo que presentan Necesidades Educativas Especiales y de los alumnos con Necesidad de Compensación Educativa en centros de Educación Infantil y Primaria e Institutos de Educación Secundaria de la Comunidad de Madrid presenta como *Objetivos*:

- La máxima integración y el mejor rendimiento académico de alumnos con Necesidades Educativas Especiales y Compensación Educativa en centros educativos públicos de la Comunidad de Madrid. En dicha Circular se concreta la organización de los apoyos específicos hacia estos alumnos.

Mediante esta normativa queda reflejada la importancia que el sistema escolar tiene respecto a la integración escolar y el buen rendimiento académico del alumnado de Compensación Educativa entre ellos nuestro alumnado, el niño o adolescente enfermo.

Siguiendo con las Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria para el *Funcionamiento* del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario (Instrucciones para el Funcionamiento del SAED de 25.09.2014, modificadas por las Instrucciones 12.03.2015) aportan como *Objetivos* a conseguir dicho Servicio:

- a) Proporcionar la atención educativa adecuada en el domicilio de los alumnos con convalecencia prolongada para evitar el desfase escolar que pudiera derivarse de esta situación. Por supuesto, si esa atención no se demora en el tiempo no tiene por qué darse un desfase ni pérdida escolar.
- b) Establecer los cauces de coordinación entre los distintos profesionales que intervienen en la atención de los alumnos enfermos, centro docente y SAED. Este principio es fundamental para obtener uno de los *Objetivos* de estos Servicios, y es que no se produzca retraso escolar. Para ello, es primordial que haya coordinación entre los diferentes profesionales que atienden al niño, así como coordinación entre las respectivas Direcciones que regulan dichos

Servicios para que la puesta en marcha de los mismos se produzca sin demora alguna. Este es un problema que deberemos debatir.

c) Favorecer el proceso de comunicación entre los alumnos con sus Centros de referencia, sus tutores y sus compañeros de aula, mediante el uso entre otros, de las Tecnologías de la Información y la Comunicación. Somos conscientes que las tecnologías existen, pero no por ello hay que dejar de invertir en dichos recursos y estar actualizados al respecto. Así como motivar y en cierta manera obligar a los tutores de los Centros de referencia a que se involucren en dicho proceso de comunicación.

d) Facilitar la incorporación de los alumnos enfermos en sus centros educativos una vez transcurrido el periodo de convalecencia. Este aspecto lo hemos resaltado como relevante y aunque queda plasmado que hay involucración en el Plan de Acogida es un aspecto que deberemos abordar en esta investigación en apartados posteriores.

Con estas Instrucciones se hace evidente que la finalidad primordial de estos Servicios Educativos es evitar el desfase escolar. Gracias a estas medidas educativas la coordinación con el Equipo Multidisciplinar y mediante comunicación y empleo de las Tecnologías de la Información evitar la situación de vulnerabilidad que produce una hospitalización en la adolescencia o niñez.

Por ello hemos creído conveniente realizar una breve síntesis sobre los objetivos más significativos que se han compartido en las diferentes resoluciones. El principal y más sobresaliente es evitar el retraso escolar y poder continuar el proceso educativo. A continuación, facilitar la integración del alumno enfermo y la coordinación de todos los profesionales que intervienen en dicho ámbito.

5.3.1.4.- Organización, Funcionamiento y Dependencia de las Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria.

5.3.1.4.1.-Organización y Funcionamiento de las Aulas Hospitalarias.

A.-Organización.

Con la Orden 11.12.2002, se establece la creación y dotación de Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias de la Comunidad de Madrid, así como los Hospitales de Día donde se establecerán de acuerdo con el número de camas pediátricas exceptuando las camas destinadas al Servicio de Neonatología y Unidades de Cuidados Intensivos. Para ello se determinan en dicha Orden siete módulos donde se relaciona camas pediátricas con personal docente:

- Módulo A, donde habrá menos de 30 camas pediátricas. Por ello se asignarán 2 Unidades de Educación Infantil y Primaria con un funcionario docente del cuerpo de profesorado de esta Comunidad.
- Módulo B, tendrá entre 30 y 60 camas pediátricas donde asignará 4 Unidades de Educación Infantil y Primaria con 2 funcionarios docentes.
- Módulo C, que cuenta entre 60 y 90 camas, asignándole 6 unidades de Educación Infantil y Primaria y 3 funcionarios del cuerpo docente.
- Módulo D, entre 90 y 120 camas con una asignación de 8 unidades de Educación Infantil y Primaria y 4 funcionarios docentes.
- Módulo E, con 120 camas asignándole 10 unidades y 5 docentes.
- Módulo F, perteneciente a Unidades de Psiquiatría Infanto-Juvenil con un número de camas entre 20 y 30, asignándole 2 unidades y entre 2 ó 3 funcionarios docentes según las características del alumnado.
- Módulo G, correspondiente a los centros de Hospital Parcial como los Centros de Día y Centros Educativo Terapéuticos, donde el número de ingresos es inferior a 30 correspondiendo 2 unidades y 2 funcionarios docentes.

Cada módulo aplicable en cada centro hospitalario tendrá en cuenta aspectos como:

- Nivel de ocupación de puestos pediátricos.
- Tiempo medio de estancia del enfermo.
- Número de alumnos en edad obligatoria diariamente atendidos.
- Tipo de patologías que se atienden, así como el ámbito geográfico de influencia.

Esta Orden justifica cómo quedan establecidas las unidades escolares de las Instituciones Hospitalarias. Como hemos apreciado se establecen de acuerdo a un número de camas pediátricas, diferenciando a su vez, una serie de módulos. Claramente se observa que se tienen en cuenta otros aspectos relevantes como: el periodo de tiempo de la estancia del enfermo, la patología, etcétera, como elementos a considerar para la puesta en marcha de dichas unidades. De las cinco Comunidades estudiadas, la Comunidad de Madrid es la única que sigue estos criterios mostrando una gran *Organización* respecto a la creación de dichas unidades escolares.

Un ejemplo de la *Organización* también lo podemos mostrar en el Hospital Ramón y Cajal con las versiones de sus docentes:

“Hay dos Unidades Escolares, con dos maestros para Infantil y Primaria, dos profesores de Secundaria y Bachillerato a tiempo parcial compartidos con el Hospital “La Paz” y el Hospital “12 de Octubre”, así como una Coordinadora de los tres Hospitales y un profesor del SAED”. “En estas unidades se presta atención educativa a niños ingresados tanto en la clase, como en las habitaciones, y en UCI a los que se pueden. El aula escolar sirve para Infantil y Primaria, la Ciberaula para Secundaria y Bachillerato” (Cuestionario pasado el 08.05.2014).

Por otra parte, las Instrucciones de 9.12.2010 señalan que la *Organización* está estructurada en una reunión diaria donde los profesores recibirán información por parte del Hospital sobre el número de ingresos que se ha realizado. Por esta razón, la *Organización* de las aulas quedará distribuida según estos criterios:

Alumnos escolarizados en la enseñanza obligatoria, distribuidos en:

- Alumnado de larga estancia: Aquellos que estén más de 3 semanas hospitalizados.
- Alumnado de media estancia: Aquellos que se encuentren entre 1 y 3 semanas ingresados.
- Alumnado de corta estancia: Aquellos que estén menos de 1 semana en el centro hospitalario.
- Alumnos escolarizados en Enseñanzas no Obligatorias, clasificados en larga, media y corta estancia con los mismos criterios de duración temporal de la estancia que en el caso de los alumnos del nivel de Enseñanza Obligatoria.
- Alumnado de larga estancia: Aquellos que se encuentren más de tres semanas ingresados en el recinto hospitalario.
- Alumnado de media estancia: Están hospitalizados entre una a tres semanas.
- Alumnado de corta estancia: Aquellos que están menos de una semana hospitalizados.

Por medio de dichas Instrucciones queda patente que en la Comunidad de Madrid y en sus Servicios Educativos Hospitalarios se diferencian dos tipos de Enseñanza (Obligatoria y no Obligatoria), así como diferentes tipos de estancias o ingresos (larga-media-corta). Mediante este tipo de distribución hay una metodología organizativa de actuación, así como de Coordinación en dichos Servicios y Centros de referencia. Por consiguiente, en esta Comunidad se muestra una clase de metodología organizativa respecto a dichos Servicios.

Desde la realidad organizativa diaria que desarrollan los docentes del Hospital Ramón y Cajal, su *Organización y Funcionamiento* se desarrolla así: **“a las 9 de la mañana se llega al despacho y se prepara el material de las clases. A las 10 se recoge a los niños y se les lleva al aula o se les atiende en su habitación hasta las 12,30 que es la hora de su comida. A las 13.30 vuelven a clase hasta las 15 horas”** **“Se atiende sólo a los que están ingresados, bien en clase o en sus habitaciones y cuando el niño puede, en UCI”** (Cuestionario pasado el 08.05.2014).

B.- Funcionamiento.

Según la Resolución 21.07.2006, se elaborará un Plan Anual donde se determinarán las necesidades del alumno, la propuesta de intervención, los modelos organizativos adoptados para la atención al alumnado *Destinatario* y los criterios y procedimientos de *Evaluación*. Dicho Plan estará recogido en la Programación General Anual del Centro de referencia del alumnado. Siempre se dará una *Coordinación* con el profesor de apoyo del Programa de Educación Compensatoria, Equipos de Ciclo, Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica en centros docentes de Primaria, así como con los Departamentos de Orientación y Coordinación Didáctica de centros de Secundaria. Al finalizar el curso se elaborará una Memoria de Compensación Educativa para la Regulación Anual del Centro.

Queda reflejada así la importancia de una constante coordinación de todo el *Equipo Docente*, según queda reflejado en la normativa, para realizar un seguimiento de evaluación lo más normalizado posible para todo escolar hospitalizado. Todo ello quedará recogido a nivel administrativo en el Plan del Centro y, consecuentemente, en la Memoria Anual de dicha Institución.

5.3.1.4.2.- Organización y Funcionamiento de la Atención Educativa Domiciliaria.

A.- Organización.

Por lo que respecta a la Atención Educativa Domiciliaria del alumnado enfermo o convaleciente, según las Instrucciones de *Funcionamiento* del SAED de 25.09.2014, la *Organización* respecto al seguimiento y evaluación de Aulas Hospitalarias o en convalecencia prolongada, se atenderán, en todo momento, según la etapa educativa en la que se encuentre escolarizado el alumno.

B.- Funcionamiento.

Siguiendo con las Instrucciones de *Funcionamiento* del SAED de 25.09.2014, modificada por Instrucciones 12.03.2015, respecto al procedimiento de solicitud y documentación de dichas acciones de Compensación Educativa, en ellas se prevén las siguientes pautas:

- Los padres del alumno convaleciente presentarán la solicitud de atención del SAED en el Centro donde se encuentre escolarizado (Consultar Anexo I). Dicha

solicitud irá acompañada de un Informe Médico reglamentado por los Servicios de Salud de la Comunidad de Madrid.

- Por otra parte, los alumnos de Salud Mental [aunque nuestra investigación no ha hecho referencia a dicho servicio y a su alumnado] adjuntarán junto con el Informe Médico un documento con orientaciones de los Departamentos de Psiquiatría. Asimismo, los alumnos con enfermedades infectocontagiosas junto con el Informe Médico deben adjuntar un documento con medidas de tipo preventivo para los profesores de este servicio. Finalmente, los alumnos de Salud Mental más los alumnos con Necesidades Educativas Especiales con atención de larga duración renovarán cada tres meses el Informe Médico.
- El Director del centro donde esté escolarizado el alumnado deberá adjuntar a la solicitud de atención del SAED un Informe del tutor y del resto de *Equipo Docente* (Consultar Anexo III). Esta documentación se enviará al Servicio de la Unidad de Programas Educativos de la Dirección de Área Territorial que le corresponda.
- Respecto a la adjudicación del SAED, la Dirección del Área Territorial cuando reciba la documentación de solicitud de dicho Servicio abrirá seguidamente un expediente del alumno y comunicará su concesión a los profesores de dicho Servicio (Consultar Anexo IV) a la Dirección del centro de referencia del alumno (Consultar Anexo V) y a los padres o tutor legal del niño (Consultar Anexo VI). La Dirección del Área Territorial enviará una copia del Anexo V al Servicio de Inspección Educativa para el *Seguimiento* de la atención educativa del alumno. A continuación, dicha Dirección remitirá la solicitud de atención del SAED a la Dirección General de Infantil y Primaria para determinar la necesidad de adjudicación de este Servicio. Para finalizar con este apartado señalar que la Dirección del Área Territorial valorará el SAED para alumnos con bajas intermitentes inferiores a un mes (Consultar Anexo VII).
- Los profesores de esta asistencia deberán presentar un control diario de sus actuaciones los días que asistan a una reunión de coordinación y, (Consultar Anexo IX) cuando atiendan a un alumnado en su domicilio. Al finalizar cada mes estos profesores enviarán una copia de todos los Anexos cumplimentados a

la Dirección del Área Territorial, así como a la Dirección del centro Educativo o Aula Hospitalaria donde esté adscrito dicho alumnado.

- Los profesores del SAED entregarán al responsable de dicho Servicio de la Dirección de Área Territorial correspondiente un informe sobre la prestación del Servicio, una vez haya finalizado el apoyo educativo del alumno convaliente (Consultar Anexo X).
- Finalmente, las actuaciones acerca del *Seguimiento y Evaluación* del alumnado hospitalizado y/o convaliente de manera prolongada se atenderán según la etapa educativa en la que se encuentre escolarizado el alumno regulada por normativa aplicable en Educación Primaria, en Educación Secundaria Obligatoria y en Bachillerato.

En consideración a lo expresado por los docentes del Hospital Ramón y Cajal: **“La Atención Educativa Domiciliaria depende del Programa SAED que pertenece a las Aulas Hospitalarias” Un ejemplo de ello es en el Hospital Ramón y Cajal donde hay un profesor de Atención Educativa Domiciliaria. “Las actividades del SAED son de 6 a 9 horas semanales”.** (Cuestionario pasado el 08.05.2014).

Respecto a la solicitud del Servicio de Atención Educativa Domiciliaria, al igual que el resto de CC.AA., consta de mucha tramitación burocrática que demora el proceso. Sí que es cierto que el Programa del SAED en Madrid depende del Programa de Aulas Hospitalarias, aspecto muy beneficioso. Normalmente, en la plantilla docente de la unidad escolar hay un maestro del SAED. Esto conlleva una conexión más estrecha entre ambos Servicios y profesionales. Normalmente, un escolar con Atención Educativa Domiciliaria obligatoriamente ha tenido Atención Educativa Hospitalaria. Si estos Servicios están interconectados y/o los profesionales trabajan juntos, los Servicios prestados serán más efectivos y eficaces.

5.3.1.4.3.-Dependencia administrativo-institucional de las Aulas Hospitalarias y su personal.

Pasando a mencionar la parte dedicada a la *Dependencia*, señalar que según lo recogido en las Instrucciones reguladas por Resolución 21.07.2001, el profesorado de dicha atención educativa depende de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte.

Tras haber visto la normativa queda reflejado que la *Dependencia* del personal de las Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria es de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte, así como todo el material que hay en ellas, ordenadores, mesas, sillas, etcétera. Sin embargo, el espacio físico donde se ubica el aula depende del Hospital en cuestión y por supuesto de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Sí que hay que aclarar que en la mayoría de Hospitales que disponen de Aula Hospitalaria se ubica una Ciberaula de “La Caixa” llevando a cabo el Programa “El Alma” de La Caixa. Los espacios físicos que ocupan son, o cedidos por el Hospital o comprados por la propia institución Bancaria. Las AA.HH. y el SAED dependen del Área de Atención Educativa al Alumnado Enfermo de cada Área Territorial de Madrid capital.

5.3.1.5.- Espacios y Equipamiento.

Es evidente que las Aulas Hospitalarias como Espacios educativos de la Comunidad de Madrid, deben disponer de un lugar habilitado en el Hospital, así como de un Equipamiento para desarrollar las actuaciones educativas pertinentes. Así la Orden 11.12.2002, señala que todo centro con unidad escolar deberá disponer de un despacho para sala de profesores con mesas, sillas, armario, estanterías, fotocopiadora, teléfono, fax, ordenador con línea digital. Normalmente el Espacio físico donde se ubica el Aula lo cede el Hospital dependiente de la Consejería de Sanidad sin embargo, el material educativo y el personal docente lo proporcionan y depende de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte.

En la práctica, los profesionales del Hospital Ramón y Cajal señalan: **“El aula escolar sirve para Infantil y Primaria, y la Ciberaula para Secundaria y Bachillerato”** (Cuestionario pasado el 08.05.2014).

5.3.1.6.- Equipo Docente.

El *Equipo Docente* de dichas aulas, a su vez cuenta, con profesores adscritos al SAED. Asimismo, los docentes que no tengan Atenciones Domiciliarias prestarán servicios en el Aula Hospitalaria (Instrucciones, 09.12.2010). Respecto a este apartado, se considera de gran relevancia que los docentes de Apoyo Educativo Domiciliario forman parte del *Equipo Docente* del Aula para su mayor coordinación sin proceder a demora cuando la atención educativa pasa de un Servicio a otro.

En el caso concreto del Hospital Ramón y Cajal sus profesores aportan:

“(…) hay dos unidades escolares con dos maestros para Infantil y Primaria, dos profesores de Secundaria y Bachillerato a tiempo parcial compartidos con el Hospital “La Paz” y el Hospital “12 de Octubre”, así como una Coordinadora y un profesor del SAED”. “En estas unidades se presta atención educativa a niños ingresados tanto en clase, como en las habitaciones, y en UCI a los que se pueda”
(Cuestionario pasado el 08.05.2014).

Sí que es cierto que en la Comunidad de Madrid el Programa de Atención Hospitalaria está muy vinculado con el de Domiciliaria. Normalmente, el docente del Servicio Domiciliario forma parte de la plantilla del Aula Hospitalaria y depende del Programa. Al mostrar la estrecha relación entre profesionales deja por supuesto una mayor facilidad respecto a los Servicios a tramitar, siendo de una manera más inmediata que si éstos trabajaran de manera independiente como ocurre en otras CC.AA. Es uno de los aspectos, bajo nuestro punto de vista fundamental, debido a que muchos de los alumnos que pasan por el Aula Hospitalaria, posteriormente reciben Atención Educativa Domiciliaria. Por consiguiente, un aspecto relevante que hemos de tener en cuenta es que ambos Servicios estén relacionados y sean dependientes. Aspecto que no se aprecia en todas las CC.AA. donde funcionan de manera independiente demorando el proceso de atención educativa.

5.3.1.7.- Perfil Profesional y Formación Permanente.

En las Instrucciones de 09.12.2010, se obtiene la formación de los profesores remitiendo a la Orden 2883/2008, de 6 de junio, que regula la *Formación Permanente* del profesorado. Este aspecto lo hemos analizado a través de la información aportada por los docentes del Hospital tomado de referencia de la Comunidad de Madrid. Por consiguiente, la oferta específica de dicha Formación depende de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte.

En lo referente al Perfil Profesional, los docentes del Hospital Ramón y Cajal apuntan que: **“Los requisitos del Perfil Profesional para acceder a estos puestos es ser profesores funcionarios y por comisión de servicios mediante una selección de currículum se puede optar a estos puestos ya que no se ofertan como plazas. Se requieren maestros con distintas especialidades como Primaria, Infantil, Educación Especial, Audición y Lenguaje, etcétera, según la necesidad con motivación ya que son puestos voluntarios.”**

Respecto a la formación señalan que: **“No hay formación inicial, se accede mediante selección de currículum. La formación permanente y/o inicial que hay para profesores nóveles se basa en que todos los años en septiembre hay unas Jornadas de Formación para profesores de Aulas Hospitalarias y SAED donde intervienen ponentes y comunicadores”.**

A propósito de las Tecnologías, los docentes del Ramón y Cajal indican que:

“Están presentes en las aulas, utilizamos los ordenadores a diario. Una de las aulas es la Ciberaula de la Caixa donde dispone de una pizarra digital y en la otra hay ordenadores fijos y portátiles. Es un recurso imprescindible en este ambiente” (Cuestionario realizado el 08.05.2014).

Mediante esta normativa, se expresa de manera clara y concisa que la *Formación Permanente* de los profesionales que desarrollan la Atención Educativa Hospitalaria depende de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte. Sin embargo, como ocurre en el resto de Comunidades Autónomas, no queda reflejado el *Perfil Profesional específico* demandado en dicha Comunidad. Sí que es cierto que gracias a la información recogida con las entrevistas realizadas en el Hospital Ramón y Cajal

sabemos que se demanda Diplomados en Magisterio con plaza en propiedad y que acceden al puesto por Comisión de Servicios.

Es evidente que cada CC.AA. tiene competencias en Educación y queda reflejado en las aportaciones señaladas que cada Autonomía demanda un tipo de *Perfil Profesional específico* para ocupar el puesto docente en los Servicios señalados, pero un aspecto fundamental a demandar en la normativa madrileña y española es, especificar qué Formación tanto Inicial como Permanente debe poseer dicho profesional para ocupar este puesto. A su vez, también se demanda que sea uniforme en todas las Autonomías españolas, puesto que los niños enfermos son escolares con las mismas características y necesidades en todo el territorio español.

Finalmente, los docentes del Hospital Ramón y Cajal indican que tanto la Formación Inicial como Permanente está basada en la existencia de unas jornadas anuales sobre Aulas Hospitalarias organizadas por los propios profesionales que imparten docencia en dichas Unidades. Otro aspecto a considerar es la poca Formación en este ámbito que se ofrece a los docentes cuando ya han ocupado el puesto. Unas jornadas anuales son consideradas insuficientes para cubrir todas las inquietudes que en las unidades se puedan encontrar. Por consiguiente, se demanda al organismo pertinente que ofrezca a lo largo del curso formación relevante en este Sector tan desconocido por muchos docentes, así como interactuar dichos profesionales de diferentes Comunidades en seminarios, congresos, jornadas a nivel nacional.

5.3.1.8.- Horario y Calendario Escolar.

Con las Instrucciones 09.12.2010, el *Calendario Escolar* en dichos profesionales de la educación es el mismo establecido para otros funcionarios docentes. A nivel normativo corresponde 25 horas semanales de actividades lectivas y 5 horas para actividades con alumnos encamados. Sí que es cierto que habrá un *Horario* complementario donde se realizan actividades de coordinación con los Centros de referencia y con el Equipo de profesores del Aula Hospitalaria en cuestión. Abarcará a los profesores adscritos al Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario que comparten *Horario* con el Aula Hospitalaria.

En la práctica, los profesionales docentes del Ramón y Cajal nos informan que su **“(...) Horario laboral es Jornada Intensiva de 9 a 15 horas”**.

“La Atención Educativa Domiciliaria depende del Programa SAED que pertenece a las Aulas Hospitalarias” Un ejemplo de ello está en dicho Hospital donde hay un profesor de Atención Educativa Domiciliaria “Las actividades del SAED son de 6 a 9 horas semanales” “El Horario de las actividades en el domicilio del alumno será de 6 a 9 horas semanales, donde siempre estará presente un adulto, familiar del alumnado”. Finalmente, señalan que una de las características más peculiares de este Servicio es su amplia flexibilidad (Cuestionario realizado el 08.05.2014).

Según las Instrucciones 12.03.2015 que modifican las Instrucciones 22.09.2014, el *Horario* semanal dedicado al SAED quedará establecido de la siguiente manera:

- El *Horario* para la atención educativa en el 2º Ciclo de Educación Infantil será de 4 horas semanales.
- En Educación Primaria:
 - 1º y 2º: 6 horas semanales.
 - 3º y 4º: 7 horas semanales.
 - 5º y 6º: 8 horas semanales.

- En Educación Secundaria: 9 horas semanales distribuidas en 2, 3 ó 4 días repartidas entre profesores de ámbito Socio-Lingüístico y Científico-Tecnológico.
- Bachillerato: 4 horas semanales destinadas a la orientación y seguimiento de su enseñanza. Se repartirá entre profesores de ámbito socio-lingüístico y científico-tecnológico.

5.3.1.9.-Coordinación y Seguimiento con el Equipo Multidisciplinar y con el Centro de referencia.

Respecto a la Coordinación y Seguimiento de la actividad Hospitalaria y Domiciliaria vamos a hacer referencia a dos ámbitos: El Equipo Multidisciplinar y el Centro de referencia.

5.3.1.9.1.-Con el Equipo Multidisciplinar.

Las Instrucciones de 09.12.2010, señalan que, de la Coordinación, Seguimiento y la Supervisión se hará cargo la Dirección General de Educación Infantil y Primaria. A su vez, la Dirección del Área Territorial que tenga Aulas Hospitalarias dentro de sus funciones nombrará una persona responsable para su Seguimiento, así como de sus profesores adscritos. Finalmente, la Inspección Educativa supervisará y aprobará los horarios de los profesores, así como la *Organización y Funcionamiento* de dichas Unidades de Apoyo.

La Coordinadora responsable del ámbito territorial al que pertenece el Hospital Ramón y Cajal también realiza el Seguimiento del Hospital Clínico y el Hospital “La Paz”. Dicha responsable está en contacto con el Inspector Educativo de la zona territorial y ambos profesionales son dependientes de la Dirección del Área Territorial de Madrid capital.

En la práctica diaria desde el Hospital Ramón y Cajal revelan que:

“Nosotros los maestros/as tenemos coordinación con los Centros de referencia, con todo el equipo docente, con las familias, con Asociaciones, con equipos sanitarios, otros servicios del Hospital, con instituciones educativas (Coordinación con la Unidad de Programas, Servicio de Inspección Técnica en Educación...) y otras como ASION, AECC, Fundación Pequeño Deseo” (Cuestionario pasado el 08.05.2014).

5.3.1.9.2.- Con el Centro de referencia.

La Resolución de 21.07.2006, señala que, para establecer un alumnado dentro del grupo de Compensación Educativa, el centro deberá solicitarlo a la Dirección del Área Territorial con una propuesta. La finalidad es prevenir el abandono prematuro del sistema educativo y favorecer la integración en el centro de estos alumnos que no pueden ser atendidos con otras modalidades. Asimismo, se crearán las adaptaciones pertinentes con arreglo a las necesidades e intereses de los alumnos.

Por otra parte, las Instrucciones de 09.12.2010, señalan respecto a la Coordinación y directrices seguidas por los Centros de referencia de los alumnos que los centros que escolaricen alumnado que reciban atención educativa en Aulas Hospitalarias deberán (Consultar Anexos):

- Remitir documentación escolar imprescindible para el profesorado del Aula Hospitalaria (Consultar Anexo I).
- Facilitar la coordinación con los profesores del Aula Hospitalaria para el seguimiento, así como la evaluación de estos alumnos (Consultar Anexos II y III).
- Colaborar en el Plan de Acogida.

Como se puede observar acceder a dichos Servicios, tanto de Atención Educativa Hospitalaria como Domiciliaria, supone seguir unos trámites administrativos y burocráticos controlados tanto por el Centro de referencia del estudiante en cuestión como por las Direcciones pertinentes. Ello supone tener un alto grado de Coordinación por parte de los Organismos responsables. Sí que tenemos constancia que en diversas CC.AA., debido a la tramitación burocrática, hay mayor demora a la hora de conceder el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria, ocasionando hasta 2 meses de retraso.

En la práctica del Ramón y Cajal se indica:

“Cuando el ingreso es de más de 10 días, se llama a los tutores del centro de referencia para ponerse de acuerdo en el trabajo a seguir para que no se retrasen en clase, incluso los de larga duración realizan aquí los exámenes”
(Cuestionario pasado el 08.05.2013).

5.3.1.10.- Evaluación.

Como se ha mencionado anteriormente, la *Evaluación* la llevará a cabo el Centro de referencia del alumno enfermo o convaleciente. Por ello es indispensable una buena *Coordinación* entre los Servicios de Atención Educativa Domiciliaria, Atención Hospitalaria y el centro escolar del alumnado enfermo.

Para que haya *Coordinación* por parte de todas las partes implicadas pensamos que, tanto los Coordinadores de las AA.HH., y los Inspectores Educativos de dichos Servicios como de los centros escolares, deben tener un papel relevante para que dicha coordinación se lleve a cabo.

El alumnado de larga y media hospitalización mantendrá su escolarización en sus respectivos centros para garantizar la continuidad del proceso de educación, así como para mantener su Evaluación y promoción. El profesorado de las Aulas Hospitalarias, establecerá contacto con el centro de cada escolar para solicitar información respecto a su nivel de competencia curricular y sobre la programación general del aula en que esté escolarizado. Mediante este proceso se diseñará y desarrollará el Plan de Trabajo Individual del alumnado en el período de hospitalización. Finalmente, se emitirá un informe de evaluación al centro escolar sobre el trabajo desarrollado por el alumnado durante su estancia hospitalaria (Orden, 15.10.1999).

Normalmente, el alumnado evaluado es el que tiene una permanencia de ingreso larga, es decir su hospitalización supera las 3 semanas. El tutor de su Centro de referencia envía el examen al docente del Aula Hospitalaria. El alumnado lo realiza en el aula o en su habitación y éste será devuelto a su tutor junto con un informe elaborado por el profesorado hospitalario. Queda claramente reflejado que la calificación la lleva a cabo el tutor del centro escolar del alumno en cuestión.

Por consiguiente, La normativa reguladora refleja con claridad que, pese a que el alumnado enfermo u hospitalizado desarrolle su proceso educativo en una unidad escolar fuera del ámbito formal, siempre habrá una vinculación con su Centro de referencia. Esta metodología deja evidente que se pretende seguir con la mayor normalidad posible, la vida cotidiana de los niños, pese a que su contexto más inmediato sea el Hospital.

Por otra parte, con La Resolución de 11.06.2001, queda reflejado que cuando el alumnado por situación de enfermedad no puede asistir a su centro educativo por un

periodo superior a 1 mes, habrá un vacío en el proceso de Evaluación de dicho escolar, aunque se haya dado atención educativa en las Unidades de Apoyo de Instituciones Hospitalarias o Atención Educativa Domiciliaria. Por ello para que se dé un *Seguimiento* y una *Evaluación* adecuada habrá que seguir una serie de Instrucciones. Esta Orden prevé las siguientes pautas de actuación:

- El alumnado hospitalizado o convaleciente que permanezca en Unidad Hospitalaria o en el SAED mantendrá la escolarización con efectos de Evaluación y promoción en su centro de origen.
- Para permitir esa continuidad del proceso educativo de este tipo de alumnado, dicho profesorado tanto de Unidades Hospitalarias como del SAED tendrá contacto con el centro de origen.
- La unidad hospitalaria o el Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario solicitará al centro escolar un informe elaborado por el tutor del alumnado, así como la documentación sobre contenidos que deben ser trabajados durante el periodo de hospitalización o convalecencia. Se utilizarán dichos documentos para realizar la Evaluación inicial del alumnado.
- Las unidades hospitalarias o el Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario harán un expediente para cada estudiante donde incorporarán la documentación pertinente, así como una ficha individualizada con una serie de observaciones para el seguimiento del mismo.
- Cuando el alumnado tiene el alta médica y se incorpora al centro educativo, se elabora un Informe de estimación individualizado con la información necesaria para la continuidad del proceso de aprendizaje. Un informe donde se establecerán elementos básicos de informes de valoración, de la enseñanza de régimen general del sistema educativo, así como requisitos del proceso de Evaluación para garantizar la movilidad de los alumnos.
- Del Informe de estimación individualizado elaborado por el profesorado de la unidad hospitalaria o profesorado de SAED, se enviará una copia al centro de origen que se adjuntará al expediente académico.
- Cuando el alumnado tiene el alta médica y se incorpora al centro, la unidad hospitalaria o SAED remite un Plan de Acogida al Centro de referencia

fundamentado en orientaciones para trabajar con compañeros de clase y *Equipo Docente* del centro para abordar la situación de enfermedad y vuelta al colegio del alumno enfermo. Este aspecto, es un elemento de suma importancia a considerar, puesto que todo el proceso se centra en el alumnado enfermo o convaleciente sin embargo, no nos debemos olvidar, la vuelta a la vida escolar de los niños que han estado mucho tiempo ingresados o convalecientes en su domicilio. Este tema será debatido como una propuesta de mejora.

Siguiendo con el comentario anterior, esta Resolución de 2001 deja evidente que tanto el seguimiento curricular como evaluativo del alumnado enfermo se realizará mediante unos trámites burocráticos administrativos que permitirán garantizar esa coordinación entre el Servicio educativo hospitalario y el centro de origen.

Con respecto a las Instrucciones de *Seguimiento y Evaluación* reguladas por esta Resolución, los profesores de este Servicio deberán tener un control diario de sus actuaciones que cumplimentarán cuando atiendan alumnos en su domicilio. Al finalizar cada mes, los profesores enviarán una copia de todos los Anexos cumplimentados a la Dirección del Área Territorial, así como a la Dirección del centro educativo o Aula Hospitalaria donde esté adscrito dicho escolar. Asimismo, al finalizar todos los meses, los profesores de dicho Servicio entregarán a la Dirección del Área Territorial correspondiente un informe sobre dicha atención cuando finalice el apoyo educativo del alumnado en cuestión.

Sintetizando y concluyendo con la parte evaluativa, tanto de Aulas Hospitalarias como del Servicio de Atención Educativa Domiciliaria, se aprecia unos trámites administrativos regulados por la normativa para que la *Coordinación y Seguimiento* de la evaluación sea la adecuada. Es evidente que un *Seguimiento* supone burocracia administrativa, siempre eso sí, que no demore el proceso atencional en cuestión.

Capítulo 6. Las Aulas Hospitalarias en el País Vasco

6.1.-Introducción.

Las Aulas Hospitalarias y la Atención Educativa Domiciliaria en el País Vasco se encuentran dentro de los Servicios de Apoyo hacia el alumnado enfermo y/o convaleciente. Lo más característico de esta Autonomía son los Centros Territoriales para la Atención Educativa Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativo regulados y creados por el Decreto 266/2006, de 26 de diciembre. Su finalidad es el apoyo educativo y terapéutico hacia el alumnado que no asiste de manera regular a su Centro de referencia, por encontrarse enfermo, en situación de convalecencia con o encontrarse en un Programa Terapéutico Educativo.

Como estamos realizando en el resto de CC.AA., antes de comenzar a desarrollar el estudio en cuestión, hemos hecho referencia a los datos Políticos, Socioeconómicos y Educativos relevantes para la elección de la Comunidad Vasca y, que nos servirán de referente para el posterior estudio y parte comparativa de dicha Comunidad. Seguidamente, se ha continuado con la presentación de las características de las Aulas Hospitalarias y de la Atención Educativa Domiciliaria del País Vasco realizando el estudio de la normativa, junto con las prácticas docentes en base a una serie de Indicadores Comparativos como son, *Tipología, Destinatarios de las AA.HH., Objetivos y Finalidad, Organización, Funcionamiento y Dependencia, Espacios y Equipamiento, Equipo Docente, Perfil Profesional y Formación Permanente, Horario y Calendario Escolar, Coordinación y Seguimiento, Evaluación* de dichos Servicios.

6.2.- Contexto Político, Socioeconómico y Educativo.

Comenzando como con el resto de Autonomías objeto de estudio vamos a presentar una serie de datos reflejados en el capítulo 2 que nos van a mostrar el contexto Político, Socioeconómico y Educativo de dicha Autonomía.

Comenzando con los datos Políticos, como bien muestra la Tabla 9 en la Comunidad vasca, ha predominado una ideología nacionalista en la mayoría de legislaturas gobernando el PNV.

Continuando con los datos Socioeconómicos y remitiendo a la Tabla 11 indica que el País Vasco muestra un **Peso Demográfico** de 2.189.093 de población siendo la cuarta Autonomía en cuanto a población se refiere. El **Presupuesto por Habitante** del País Vasco es un 70% superior de las dos CC.AA. españolas menos dotadas económicamente. Esto es debido al Mecanismo de Cupo que hay en el País Vasco y Navarra. El País Vasco junto con Navarra es una de las Regiones que más gasta por habitante. Por consiguiente, es la Comunidad más rica de España.

Para entender de forma más clara la parte de cómo se financia la Comunidad Vasca hemos tenido en cuenta algunas aportaciones recogidas sobre lo que supone el Cupo Vasco en nuestro País. Por ello, comenzamos señalando que dentro del Sistema Territorial Español coexisten modelos regionales diferenciados como son, el Sistema de Régimen Común englobando la mayoría de Comunidades Autónomas y, el Sistema Foral al que pertenecen País Vasco y Navarra. La financiación de estas dos últimas Autonomías no tiene nada que ver con la del resto.

El Régimen Común se caracteriza porque el Estado se encarga de recaudar impuestos a nivel nacional, excepto País Vasco y Navarra, y reparte parte de este dinero entre las distintas Comunidades según una serie de criterios como población, dispersión demográfica, PIB Regional, etcétera. Sin embargo, el País Vasco y Navarra disfrutan de un sistema especial de financiación, bajo los “Conciertos Económicos”, por el cual sus respectivas haciendas (cuatro, una por Provincia) recaudan todos los impuestos y, posteriormente pagan al Estado una determinada cuantía anual por los servicios públicos que presta en dichos territorios. En el caso del País Vasco ese pago al gobierno central se llama “Cupo”. El problema de este sistema es que la cuantía del Cupo, aunque se paga anualmente, se revisa cada 5 años y su negociación siempre se ha movido por criterios políticos. El Gobierno Central y los ejecutivos negocian de forma unilateral el

Cupo, la transferencia a pagar al Estado por los servicios que ofrece en ambos territorios, pero no cobra (Infraestructuras, Defensa, Seguridad...).

Para la negociación del Cupo se ha convertido en un instrumento de presión política de los nacionalistas vascos contra el Estado, concediendo o no su apoyo al partido en el gobierno a cambio de nuevas competencias y también una rebaja en la cuantía del Cupo. Numerosos expertos coinciden en que el Cupo es muy inferior a lo que debería. Como resultado, el Estado recibe menos recursos del País Vasco y Navarra de lo que corresponde a su gasto o de otro modo, las instituciones vascas y navarras han logrado una sobrefinanciación a costa del Estado.

El País Vasco y Navarra son dos de las Comunidades más ricas de España. Al aportar menos de lo que deberían se resiente la financiación del resto de Autonomías puesto que el Estado cuenta con menos recursos para su posterior reparto, y se comenta que el Cupo está “amañado” para que los gobiernos de ambos territorios posean el doble de recursos por habitante que todos los demás de España. Hay autores que aclaran que el Cupo se ha acabado convirtiendo en un “Sistema de Privilegio” puesto que supone una transferencia de recursos desde el resto de España hacia las Regiones Forales, sobre todo el País Vasco.³⁵

Habiendo aclarado la financiación del País Vasco y, como se ha realizado en otras Comunidades vamos a continuar mostrando los datos reflejado en el capítulo 2 respecto a factores económicos generales y los relacionados a Educación y Sanidad.

Como queda reflejado con los datos mostrados en la Tabla 12, **Presupuestos por Comunidades Autónomas**, el País Vasco es la segunda Comunidad por la cola que menos ingresos obtiene con 10.657.730 euros, pero con una diferencia respecto a la Media de España es de +859.763 euros. Este dato no es significativo ni relevante para nuestro estudio, puesto que como se ha comentado es un territorio con poco **Peso Demográfico**. Sin embargo, y debido al Mecanismo de Cupo antes señalado, el País Vasco es uno de los territorios más ricos de España y una de las Comunidades que más invierte. Continuando con la Tabla 12 es la segunda Autonomía de las cinco estudiadas

³⁵Libertad Digital (Octubre, 2015). ¿Qué es el Cupo vasco? Recuperado de <http://www.libremercado.com/2015-10-08/que-es-el-cupo.vasco-12766558772> el 21 de diciembre de 2015.

que mayor **Presupuesto por habitante** obtiene con 4.887 euros situándose por detrás de Extremadura, y con un +29% superior a la Media española.

Respecto al **Presupuesto Sanitario** como queda reflejado en la Tabla 13, el País Vasco presenta un **Gasto en Sanidad** de 3.437.225 euros, situándose por encima de la Media española. Es el segundo territorio por detrás de Madrid, que mayor porcentaje de su **Presupuesto Total** destina a Sanidad con 33,59%, aunque ha obtenido una **Reducción en Gasto** de 5,32%, con notable diferencia de la Autonomía extremeña con una reducción de 22,89%.

Situándonos en el **Gasto en Educación** en 2015 (Tabla 14), el País Vasco se sitúa a la cola con un Gasto en Educación de 2.798,85 euros sólo por delante de la Comunidad Extremeña, pero situándose por encima de la Media española con 1.845,26 euros. A su vez, nos gustaría subrayar de nuevo, que el País Vasco es una de las Comunidades que menos **Peso Demográfico** refleja de las cinco Autonomías objeto de estudio y, según nos consta, es la Comunidad que cuenta con menor población de menos de 30 años. Este **Gasto en Educación** estaría justificada con los datos mostrados en la Tabla 15, que indica que la Comunidad vasca es la segunda Autonomía por la cola que menos **Población escolar** presenta en todos sus niveles educativos. Por tanto, en proporción con el índice de alumnado matriculado, el País Vasco sería la Autonomía que más **Gasto en Educación** muestra por escolar matriculado.

6.3.-Características de las Aulas Hospitalarias en el País Vasco.

Las Aulas Hospitalarias, así como la Atención Educativa Domiciliaria en el País Vasco se encuentran dentro de los Servicios de Apoyo que se desarrollan hacia el alumno enfermo o convaleciente. Para su regulación, *Coordinación y Dirección* se crearon a partir del 2006 los Centros Territoriales para la Atención Educativa Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa (CAHDTE).

La finalidad de estos Centros es el apoyo educativo y terapéutico del alumno que no puede asistir de una manera habitual a su centro escolar por prescripción facultativa, ya sea por encontrarse hospitalizado en una Institución Sanitaria, en Hospitalización Domiciliaria o por encontrarse en un Programa Terapéutico Educativo. Las funciones de dichos Centros y sus ámbitos de actuación siguiendo el Decreto 266/2006, del 26 de diciembre, (Decreto, 26.12.2006) que regula la creación de los Centros Territoriales de Atención Hospitalaria, Domiciliaria y Educativo-Terapéutica, son:

- En el ámbito de Apoyo Hospitalario: Son las Aulas de Apoyo Educativo ubicadas en determinados Hospitales de la Comunidad.
- En el ámbito de Apoyo Domiciliario: Supone la actuación de profesores en los domicilios de los alumnos que por prescripción facultativa no pueden acudir a los centros escolares.
- En el ámbito Terapéutico-Educativo: Desarrollan su intervención en colaboración con la Red de Salud Mental Infanto-Juvenil de Osakidetza y el Departamento de Educación.³⁶

Como en el resto de territorios estudiados, nuestra investigación se va a centrar en los Servicios de Apoyo Hospitalario y de Apoyo Domiciliario.

El aspecto más característico de la Comunidad Vasca se encuentra en dicho Decreto (Decreto, 26.12.2006) regulando la creación de los Centros Territoriales de Atención Hospitalaria, Domiciliaria y Educativo-Terapéutica, para este tipo de atención. Su finalidad es el apoyo educativo hacia el alumno que no puede asistir de manera habitual a su centro escolar por prescripción facultativa por encontrarse hospitalizado en una Institución Hospitalaria, Domiciliaria o incluida en un Programa Terapéutico-Educativo. De las cinco Comunidades estudiadas es la única Autonomía que dispone de un Centro exclusivo para llevar a cabo la Dirección de los tres Servicios, Hospitalario, Domiciliario y Terapéutico-Educativo. Esta gran diferencia respecto al resto de CC.AA., marcará la parte comparativa del País Vasco respecto al resto de Comunidades.

Por consiguiente, estos Centros se crean como Servicios de Apoyo a la Educación cuyo marco de actuación es el alumnado de todos los centros docentes no universitarios de la Comunidad sostenidos con fondos públicos. Dependerán orgánicamente de las correspondientes Delegaciones Territoriales de Educación y funcionalmente de la Dirección de Innovación Educativa del Departamento de Educación, Universidad e Investigación. Sus funciones son:

³⁶Gobierno Vasco. Departamento de Educación (n.d.). Servicios de apoyo > Centros Territoriales para la Atención Educativa Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa. Recuperada de www.hezkuntza.ejgv.euskadi.eus/r43573/es/contenidos/informacion/did/es_5486/d_c.html el 17 de junio de 2014.

- Apoyar el desarrollo del proceso educativo del alumno en edad escolar durante el periodo de escolarización.
- Posibilitar el aprendizaje escolar y la socialización con acciones de apoyo educativo del alumno que no asiste a su centro habitual porque debe permanecer en su domicilio por prescripción facultativa.
- Facilitar la inclusión educativa y social del alumno con enfermedad.
- Implementar Programas de Apoyo Terapéutico-Educativo colaborando con profesionales de salud y servicios sociales en proyectos multiprofesionales.
- Realizar acciones de apoyo y mediaciones para el alumno relacionadas más con adultos del nuevo entorno y el alumnado de su centro escolar.
- Colaborar con el personal sanitario y coordinar con él la actuación para el tratamiento del escolar hospitalizado.

Por otra parte para el logro de los objetivos que proponen estos Centros facilitan³⁷:

- Impulsar el desarrollo integral del alumno atendido, social, afectivo, emocional, académico. El aspecto emocional que tiene por la enfermedad es de gran relevancia. El alumno es el eje central de trabajo del Centro y el hecho de dar respuesta.
- Impulsar la cohesión de Centro. Importante el trabajo conjunto entre los tres ámbitos.
- Impulsar redes de trabajo (centros educativos, inspección, innovación educativa...) servicios sociales, así como con instituciones relacionadas en este campo.
- Cuidar la convivencia, el ámbito de trabajo, relaciones personales, situaciones emocionales de profesionales del centro.

³⁷ Gobierno Vasco. Departamento de Educación, Universidades e Investigación (n.d.). Centro Territorial para Atención Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico- Educativa de Guipúzcoa. Recuperada de www.oethgipuzkoa.org el 30 de junio de 2014.

- Formación de profesionales del centro. Impulsar el uso de las nuevas tecnologías en tres ámbitos y que ayuden a reforzar las relaciones de los alumnos con sus centros de referencia.

Evidentemente, el estar centralizada toda la función Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa en un mismo Centro se fomenta el impulso y el trabajo conjunto entre los tres ámbitos para la calidad educativa del escolar enfermo, como así aportan los respectivos documentos y la normativa.

A su vez, el *Funcionamiento* de estos Centros Territoriales se organiza, como se ha señalado en tres ámbitos interrelacionados entre sí³⁸:

- El ámbito de Apoyo Hospitalario entendiéndose como tal, el que agrupa las distintas actuaciones de apoyo educativo que se desarrollan en determinados Hospitales de la Comunidad Autónoma.
- El ámbito de Apoyo Domiciliario, cuyo objetivo es la atención al alumno que por prescripción facultativa está en régimen de hospitalización en domicilio o en periodo de convalecencia por una enfermedad que le impide acudir regularmente al centro escolar.
- El ámbito de Atención Terapéutico Educativo que desarrolla su intervención en Unidades de Día en contextos de colaboración entre la red de Salud Mental Infanto-Juvenil del País Vasco y el Sistema Educativo.

Tras haber mostrado las funciones, objetivos y el funcionamiento de estos Centros consideramos relevante volver a señalar como aspecto de gran importancia el Decreto 26.12.2006, ya que ha supuesto la regulación legal para la creación de estos Centros Territoriales de Atención Educativa Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativas hacia el alumnado, tan significativos para regular estos Servicios de una manera centralizada, coordinada y supervisada por un Equipo Multidisciplinar.

Haciendo una revisión histórica, los Centros comenzaron a crearse en cada territorio incorporando la Atención Hospitalaria que se ofrece desde hace más de quince años, la Atención Educativa Domiciliaria que se generalizó posteriormente y la Atención Terapéutico-Educativa que se había implantado experimentalmente en Vizcaya que ahora es habitual en las tres Provincias. Estos últimos Servicios ahora se

³⁸ Ídem.

extienden a Guipúzcoa y Álava y son Unidades de Día que atienden a alumnos con alguna Psicopatología o Trastorno de la Personalidad necesitando una Atención Terapéutica Intensiva y Educación Individualizada. Se resalta una filosofía inclusiva de estos Centros porque todo el alumnado está escolarizado en centros ordinarios, con un Servicio complementario de Atención Educativo-Terapéutico o son atendidos en Hospitales y en sus hogares.

Garmendia (1999), señala que en la Provincia de Álava la unidad escolar está levantada en el Hospital de Santiago. Ésta empezó a funcionar en el año 79-80 y en el Hospital de Txagorritxu cuya puesta en funcionamiento fue en los años 90-91.

En Vizcaya hay dos Unidades, una en el Hospital de Basurto y otras dos en la Residencia Sanitaria de Cruces. Empezaron a funcionar el curso 83-84 pero cuando se crearon sólo funcionaba una en cada Hospital.

Finalmente, en Guipúzcoa hay dos Unidades Escolares en Residencia Sanitaria Ntra. Sra. De Aránzazu que se pusieron en funcionamiento el curso 86-87.

Como queda reflejado las Aulas Hospitalarias del País Vasco comenzaron a funcionar en los años 80. En un principio, según aportaciones actuales ofrecidas por Coordinadores de los distintos CAHTDE, los Servicios estaban muy descentralizados dependiendo del colegio más cercano. Posteriormente, con la elaboración del Decreto del 2006 se constituyeron los Centros Territoriales centralizando los tres Servicios.

Continuando con nuestro estudio y utilizando una metodología similar al resto de Regiones estudiadas, hemos comenzado haciendo una revisión de la normativa vasca, aquella que regula el Servicio de Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria en dicha Comunidad aportando información de los Indicadores Comparativos comunes a todos los territorios estudiados. Como se ha apreciado y queremos destacar este territorio es característico en nuestro estudio por ser la única Autonomía que dispone de un Centro Territorial exclusivo para coordinar estos Servicios. Dentro de los Centros Territoriales que dispone la Comunidad Vasca, hemos tomado como referencia el Centro Territorial de Atención Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativo de Guipúzcoa. Durante años fue utilizado como edificio escolar por ello está rodeado de zonas verdes y su paisaje es montañoso. Asimismo, hemos realizado una entrevista a su Directora proporcionando información significativa que quedará plasmada en nuestra investigación. A su vez también hemos considerado relevante las versiones aportadas

por el Director del Centro Territorial de Vizcaya fundamentándonos en sus aportaciones ofrecidas, así como la maestra del Aula Hospitalaria de Álava (Hospital de Txagorritxu) que lleva desarrollando sus funciones desde hace 20 años.

6.3.1. Marco Normativo de las Aulas Hospitalarias en el País Vasco.

- Ley 1/1993, de 19 de febrero, de la Escuela Pública Vasca. En desarrollo de la presente ley, el Gobierno Vasco regulará por Decreto las estructuras básicas de apoyo al sistema educativo, contemplando cuantas iniciativas sean precisas para potenciar los mecanismos de apoyo y asistencia en la circunscripción escolar y del centro y para impulsar la colaboración interinstitucional en la consecución de los objetivos a que se refiere el artículo 3 de la presente ley.
- Ley 2/1993, de 19 de febrero, de cuerpos docentes de la enseñanza no universitaria de la Comunidad Autónoma del País vasco. Apartado 4 del artículo 33, de cuerpos docentes especificando que, transcurridos seis años de ejercicio continuado de funciones, así como la valoración del trabajo que permitirá el desempeño de estos puestos con carácter se pudieran reincorporar de manera voluntaria a puestos docentes mediante concursos ordinarios de provisión.
- Decreto 118/1998, de 23 de junio, del Departamento de Educación y Ordenación del Gobierno Vasco da la respuesta educativa al alumnado con Necesidades Educativas Especiales en el marco de una escuela comprensiva e integradora.
- Orden de 30 de julio de 1998 donde se establecen criterios de escolarización del alumno con Necesidades Educativas Especiales y dotación de recursos para la atención en diferentes etapas del sistema educativos.
- El Decreto 266/2006, de 26 de diciembre, por el que se crean los Centros Territoriales para la Atención Educativa Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa.
- Decreto 201/2008, de 2 de diciembre, sobre derechos y deberes de los alumnos y alumnas de los centros docentes no universitarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- Resolución de la Viceconsejería de Educación sobre la organización del curso 2014-2015 en los Institutos de Educación Secundaria (es igual para Primaria).

6.3.1.1.- Tipología.

La normativa vasca que regula los CAHDT-E incluye tres Programas Educativos dirigidos y coordinados dentro de un mismo Centro, que marca una notable diferencia respecto al resto de Autonomías objeto de estudio. Estos Servicios son las Aulas Hospitalarias, la Atención Educativa Domiciliaria y Terapéutico-Educativa.

Esta peculiaridad marca un avance respecto a los territorios que sólo incluyen los Programas Hospitalarios y Domiciliarios, ya que se incluye la atención Terapéutica como una educación significativa dentro de nuestro sistema educativo actual.

6.3.1.2.- Destinatarios.

Comenzando con el Decreto 118/1998, de 23 de junio, (Decreto, 23.06.1998) de ordenación de la respuesta educativa al alumnado con Necesidades Educativas Especiales, en el marco de una escuela comprensiva e integradora, en su artículo 25 prescribe la respuesta que un alumno con Necesidades Educativas Especiales (NEE) ,derivadas de hospitalización y enfermedades de larga duración en la escuela obligatoria que no asistan de manera habitual y continuada a su centro escolar, se realizará en el contexto hospitalario mediante Unidades Escolares creadas al efecto por medio de *Seguimiento* o Apoyo Domiciliario.

Respecto al marco de actuación de los Centros Territoriales Vascos, el Decreto, 26.12.2006, concreta que está destinado a alumnos de centros docentes no universitarios de la Comunidad Autónoma Vasca sostenidos con fondos públicos siendo su ámbito geográfico el que se señala en este Decreto.

Por consiguiente, las actividades realizadas en las Aulas Hospitalarias están dirigidas al alumnado en edad escolar que, por razones de enfermedad o accidente, no puede asistir a sus centros escolares y se pretende que dicho alumnado mantenga la relación con su proceso educativo.

Por esta razón, según la normativa vasca y según la documentación aportada por uno de los Centros Territoriales, el alumnado destinado a ser partícipe de dichas unidades escolares son todos los niños ingresados en Pediatría donde tienen la posibilidad de asistir al Aula Hospitalaria. Se atienden alumnos de 3 a 16 años de etapas

como 2º Ciclo de Educación Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria, tanto de escuelas públicas como de escuelas concertadas³⁹.

La confirmación de esta aportación la encontramos en las consideraciones señaladas por la maestra del Hospital de Txagorritxu: **“Los niveles educativos que atendemos son, Infantil-Primaria y Eso” “A los niños/as del Hospital de Día se les acercan diversos materiales educativos.” “Esporádicamente se realiza una atención educativa en la UCI.”** (Cuestionario pasado el 05.05.2014).

En relación a las aportaciones mencionadas por la normativa hemos de señalar que dentro de su contenido deberían de indicar y concretar los niveles educativos que son atendidos. En relación a lo mencionado por la información proporcionada por el Centro Territorial de Guipúzcoa señalando que se atiende a alumnado que se encuentra en la planta de Pediatría. Aunque posteriormente señalan desde los 3 a 16 años, y debemos aclarar que cuando un niño cumple 14 años pasa a planta de adultos y no permanece en Pediatría, es un aspecto que tendrían que tener en cuenta.

6.3.1.3.- Objetivos y Finalidad.

Comenzando con los objetivos que pretende alcanzar un CAHDTE tomando como referencia las consideraciones aportadas por el Centro Territorial de Guipúzcoa, resaltamos:

- Apoyar el desarrollo del proceso educativo del alumno en edad escolar durante el periodo de escolarización.
- Posibilitar el aprendizaje escolar y la socialización con acciones de apoyo educativo del alumno que no asiste a su centro habitual porque debe permanecer en su domicilio por prescripción facultativa.
- Facilitar la inclusión educativa y social del alumno con enfermedad.
- Implementar Programas de Apoyo Terapéutico-Educativo colaborando con profesionales de Salud y Servicios Sociales en Proyectos Multiprofesionales.
- Realizar acciones de apoyo y mediaciones para el alumno relacionadas más con adultos del nuevo entorno y el alumnado de su centro escolar.

³⁹Ídem.

- Colaborar con el personal sanitario y coordinar con él la actuación para el tratamiento del escolar hospitalizado⁴⁰.

Con estas últimas aportaciones hacemos una pequeña síntesis resaltando que en esta Autonomía se da la existencia de un Centro donde se coordinan los dos Servicios que estamos estudiando. Este aspecto será muy significativo para nuestro estudio puesto que puede influir en la parte comparativa de nuestro estudio.

Por otra parte, y centrándonos en las Aulas Hospitalarias cuyo objetivo principal es educar en un entorno tan especial como es el Hospital, se adecúa la educación del niño al entorno hospitalario ya que según su experiencia no es lo mismo educar en la escuela como en el Hospital. Por ello, desde estas unidades escolares se pretende aportar normalidad a la vida del niño enfermo, teniendo en cuenta sus necesidades educativas y tratando de darle una respuesta lo más adecuada a dichas necesidades.

Tomamos como ejemplo, los *Objetivos* planteados por las Aulas de Pediatría Materno-Infantil del Hospital Donostia que acoge el Centro Territorial de Guipúzcoa⁴¹:

- Dar continuidad a los contenidos escolares. Una de las finalidades primordiales a estos servicios es prevenir el fracaso escolar, por ello el objetivo primordial es la normalización y continuidad del proceso de enseñanza y aprendizaje.
- Ayudar al alumnado en la normalización de la vida diaria.
- Impulsar la integración socio-afectiva del alumnado con enfermedad a través de la interacción y la participación.
- Tratar de evitar las alteraciones emocionales.
- Realizar actividades artísticas y lúdico-pedagógicas.
- Emplear tecnologías de la información. Otro objetivo fundamental puesto que gracias a estas mantiene contacto con sus compañeros, profesores, amigos....
- Coordinación entre profesores, tanto con Aulas Hospitalarias, Atención Educativa Domiciliaria y centros de referencia para seguir una continuidad.

⁴⁰ Ídem.

⁴¹ Ídem.

- Ofrecer apoyo y asesoramiento pedagógico a las familias, haciéndoles partícipes en las actividades del aula. En todo momento hay que tener informado a la familia y que formen parte de todo lo relacionado a la Unidad escolar.
- Colaborar con profesionales sanitarios en el proceso de salud.

En la Ley 19.02.1993, en su Título I se recogen los principios generales y los fines de la Escuela Pública Vasca, definiéndose como plural, bilingüe, democrática, al servicio de la sociedad vasca, enraizada social y culturalmente con su entorno, participativa, compensadora de las desigualdades e integradora de la diversidad. Lo más significativo de esta ley respecto a lo que se refiere a nuestro ámbito es lo que respecta a los Servicios de Apoyo a la Educación, colaborando con los centros docentes en mejora a la calidad de la enseñanza. Estos servicios desarrollarán unas funciones para alcanzar los objetivos, como son:

- a) Llevar a cabo acciones de cobertura de necesidades de los centros y de asistencia, orientación y asesoramiento en la ejecución de sus proyectos y programas didácticos y en la implantación, en su caso, de las reformas y programas educativos propios, o de los propuestos por la Administración.
- b) Ubicar recursos estando a disposición de los centros que no pueden, por su naturaleza o dimensión, residir en los mismos.
- c) Colaborar en la elaboración y gestión de planes zonales de formación del profesorado y en la coordinación de los recursos humanos de la circunscripción, atendiendo los requerimientos de los centros.
- d) Promover intercambios de experiencias docentes.
- e) Actuar como centro de documentación y préstamo de recursos pedagógicos y materiales didácticos. Por ello estos centros prestan funciones tan primordiales como estas, la consulta de materiales y recursos, así como intercambio de experiencias con otros compañeros.
- f) Impulsar los planes de euskaldunización del profesorado de los centros.
- g) Las demás que reglamentariamente se determinen.

Otro ejemplo, lo recogemos con la Orden de 30 de julio de 1998 (Orden, 30.07.1998) donde se establecen criterios de escolarización del alumno con Necesidades Educativas Especiales y dotación de recursos para la atención en diferentes etapas del sistema educativo, en su capítulo V, recoge la Atención Escolar Hospitalaria y Domiciliaria, expresando concretamente en su artículo 3.1. la “Finalidad y Objetivos de la Atención Escolar Hospitalaria y Domiciliaria”:

- La Atención Escolar Hospitalaria y Domiciliaria tiene como finalidad prevenir y evitar la marginación del proceso educativo del alumnado en edad de escolarización obligatoria que no puede asistir al centro escolar por prescripción facultativa o por encontrarse hospitalizado ya sea de manera interna o por medio de Hospitalización de Día. Con esto muestra que todo niño independientemente de su estado de salud tiene derecho a seguir su proceso de aprendizaje, al menos en la enseñanza obligatoria.
 - Objetivos:
 - Evitar el aislamiento. Aspecto fundamental de la Unidad Escolar como aspecto de socialización y normalización de su vida diaria.
 - Facilitar la posterior integración escolar y disminuir el retraso escolar por la enfermedad. Es decir, evitar el fracaso escolar.
 - Procurar un desarrollo integral en todos sus aspectos, respondiendo a las necesidades afectivas, psicológicas y de aprendizaje que presentan los alumnos en esta situación; potenciar el desarrollo de los recursos necesarios para que tomen parte activa en su proceso de curación.

En relación al *Objetivo* principal del Programa de Atención Educativa Domiciliaria es que los alumnos en edad escolar mantengan una unión y que puedan desarrollarla con su proceso educativo, aunque no puedan acudir a sus centros escolares y deban permanecer en casa por enfermedad o accidente. Supone aportar una ayuda a los alumnos que se encuentran en situación vulnerable como es la enfermedad para seguir su ritmo de clase en las asignaturas principales diseñando un proceso flexible y dinámico adaptado a sus circunstancias, que servirá de enlace entre familia, alumno y centro escolar. Se tendrá en cuenta los aspectos afectivos, psicológicos y educativos así

como se promoverán los recursos importantes para que la recuperación del alumno sea lo más efectivo posible⁴².

Respecto al Decreto 26.12.2006, en su Capítulo II titulado “Finalidades y Funciones” concretan que la *Finalidad* de estos Servicios es el apoyo educativo al alumno que no pueda asistir de manera habitual a su centro escolar por encontrarse Hospitalizado en una Institución Sanitaria, Hospitalización Domiciliaria o incluido en el Programa Terapéutico Educativo. A su vez citando las funciones para llevar a cabo sus *Objetivos*, son:

- Apoyar el desarrollo del proceso educativo del alumno en edad escolar durante el período de hospitalización.
- Posibilitar el aprendizaje escolar y socialización mediante un apoyo educativo del alumno en edad escolar que no puede asistir a su centro habitual por tener que permanecer en su domicilio durante un tiempo determinado.
- Facilitar la inclusión educativa y social del alumno que ha padecido alguna enfermedad que le haya impedido acudir al centro escolar.
- Implantar Programas de Apoyo Terapéutico Educativo cuando el alumno lo precise colaborando con otros profesionales de salud y de servicios sociales en proyectos multiprofesionales.
- Desarrollar acciones de apoyo y mediaciones para que el alumnado enfermo establezca relaciones positivas con personas adultas del entorno y profesorado y alumno de su centro escolar.
- Colaborar con el personal sanitario y coordinar con él la actuación adecuada para el tratamiento integral del escolar hospitalizado.

⁴² Ídem.

Continuando con este Decreto, que es el que regula los CAHDTE o Centros Territoriales de las tres Provincias Vascas, señala como significativo que dichas Instituciones se han creado para coordinar dichos Servicios y tener como objetivos específicos los citados exclusivamente para el alumnado que no pueden asistir de manera habitual a su centro escolar, aspecto muy relevante en esta Comunidad.

Finalmente los *Objetivos y Finalidad* de estos Servicios siguiendo el Decreto 201/2008, de 2 de diciembre (Decreto, 2.12.2008), sobre derechos y deberes de los alumnos y alumnas de los centros docentes no universitarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco, señala en su artículo 19 “Derecho a la protección social” que, independientemente de los derechos que les asisten en virtud de la legislación en materia de Sanidad y de Seguridad Social, el Departamento de Educación e Investigación establecerá las condiciones académicas y económicas oportunas para que los alumnos y alumnas que sufran una adversidad familiar, un accidente o una enfermedad prolongada no se vean imposibilitados para continuar y finalizar los estudios que se encuentren cursando o para acceder a estudios superiores. A su vez, el alumnado que curse niveles obligatorios tiene derecho a recibir ayuda necesaria para asegurar su rendimiento escolar, mediante el propio centro docente, por medio de los Centros de Enseñanza Básica a Distancia, o mediante los recursos a disposición de los Centros Territoriales para la Atención Educativa Hospitalaria, Domiciliara y Terapéutico-Educativa. Nos consta, según las evidencias aportadas por los profesionales de los CAHDTE, que la Atención Educativa Domiciliaria está muy coordinada gracias a estos centros y su atención es inmediata en comparación con otras CC.AA. donde la demora es desorbitada.

Por otra parte, como se ha realizado con el resto de Comunidades, hemos realizado una breve síntesis sobre los objetivos más significativos a alcanzar, primeramente por los CAHDTE como son: Apoyar el desarrollo del proceso educativo; ofrecer apoyo hacia el aprendizaje escolar y la socialización; facilitar la inclusión educativa; fomentar las acciones de apoyo y mediaciones con personal sanitario, alumnado de su centro escolar; colaborar y coordinarse con el personal sanitario y por otra parte los objetivos de las Aulas Hospitalarias centrados en: Dar continuidad a los contenidos escolares de todo alumnado enfermo; conseguir una normalización de su vida diaria; interactuar para posibilitar una integración socioafectiva en dicho

alumnado; evitar alteraciones emocionales; desarrollar actividades lúdico-educativas; dar cabida a las TIC; coordinación entre el personal docente; asesoramiento pedagógico familiar; colaboración con el personal sanitario.

Con la normativa señalada y la documentación publicada por los Centros Territoriales queda reflejado claramente que los objetivos coincidentes en estos escritos, tanto legales como formales, son fundamentalmente apoyar ese desarrollo del alumno en su proceso educativo. A su vez exponen como otro objetivo primordial posibilitar el aprendizaje escolar de ese alumnado enfermo como uno de los aspectos fundamentales y el fomento de la inclusión educativa. Otro de los objetivos perseguidos está relacionado con el apoyo y las mediaciones, aportar normalidad en la vida de los escolares y niños enfermos y, finalmente, la importancia de colaborar con los profesionales sanitarios.

6.3.1.4.-Organización, Funcionamiento y Dependencia de las Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria.

El País Vasco es una Autonomía que funciona de manera diferente en la *Organización y Funcionamiento* a diferencia del resto de CC.AA. Este Indicador está fundamentado básicamente en describir la *Organización y Funcionamiento* de los Centros Territoriales de cada Provincia. Por esta razón, lo hemos distribuido de manera distinta al resto de Autonomías. Se han distinguido dos apartados, el primero basado en la *Organización* tanto de las AA.HH. como de la Atención Educativa Domiciliaria en los CAHDT-E y el segundo se centra en el *Funcionamiento* de ambos Servicios en los CAHDT-E.

6.3.1.4.-Organización y Funcionamiento de las Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria.

A.-Organización de las Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria en los CAHDT-E.

Los CAHDT-E son Centros creados como Servicios de Apoyo a la Educación cuyo marco de actuación es el alumnado de todos los centros docentes no universitarios de la Comunidad sostenidos con fondos públicos.

Comenzando con el Indicador *Organización* y siguiendo la normativa vasca subrayamos el Decreto 26.12.2006 el cual indica que los Centros Territoriales organizarán su *Funcionamiento* en base a tres ámbitos:

- El ámbito de Apoyo Hospitalario siendo el que agrupa las distintas actuaciones de apoyo educativo que se desarrollan en determinados Hospitales de la Comunidad Autónoma.

Por ello aportamos las consideraciones que nos señala la Maestra Aula Hospitalaria Txagorritxu: **“En realidad, esta aula está integrada dentro de un Centro dependiente del Departamento de Educación del Gobierno Vasco, cuyo nombre es HDT-E (Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa).”** (Cuestionario pasado el 09.05.2014).

- El ámbito de Apoyo Domiciliario, donde se atiende al alumno que por prescripción facultativa se encuentra en régimen de hospitalización en domicilio o periodo de convalecencia por enfermedad y que no puede asistir de manera regular al centro.
- El ámbito de Atención Terapéutico Educativo que desarrolla su intervención en la Unidad de Día en contextos de colaboración entre la red de Salud Mental Infante Juvenil del País Vasco y el Sistema Educativo. Como hemos advertido en otros apartados de la investigación en este apartado no vamos a profundizar y lo dejaremos para futuras investigaciones.

Respecto a los “Órganos de Gobierno” de dichos centros, en este Decreto se determinan los siguientes:

- Unipersonales: El Director y los Coordinadores de ámbito.
- Colectivos: Consejo de Centro, el Equipo Directivo y el Claustro.

Como se observa, queda reflejado que el Centro Territorial está organizado en una serie de ámbitos coordinados y supervisados por Coordinadores, Director, etcétera. Asimismo, el tener centralizadas las funciones de los dos ámbitos en el que basamos nuestro estudio, la Educación Hospitalaria y Domiciliaria, supone un avance, el poder disponer de un Centro que gestione, supervise, coordine y que dirija todas las funciones que en otras Comunidades están totalmente descentralizadas. Disponer de un Centro Territorial como dispone el País Vasco donde se realizan múltiples funciones en base a los tres Servicios con los que cuenta, es un privilegio. Los profesionales que llevan a cabo dichos servicios, como los maestros y profesores de Aulas Hospitalarias y Domiciliarias presentan mayor coordinación, relación más directa entre ellos, con el Director, Equipo Directivo, facilitando el trabajo y el enfrentamiento a la realidad diaria y al trato con los alumnos enfermos. Así tanto los trámites burocráticos como los educativos se solventan con mayor rapidez.

Otro aspecto muy positivo que también aporta, el poseer de un Centro exclusivo para dirigir estos Servicios, es el tener un Director, Coordinador, y Claustro, un Equipo Directivo, etcétera. Para atender las necesidades específicas y diferentes que pueden demandar estos Servicios. Por ello queremos incidir en que los niños que asisten a las Aulas Hospitalarias o Atención Educativa Domiciliaria son ante todo niños vulnerables, donde cada uno presenta una patología, dándose clases heterogéneas, diferentes culturas, familias, etcétera. Y con todo esto se tiene que enfrentar el maestro hospitalario que necesitará en algún momento ese apoyo que en el País Vasco lo encontrará en los Centros Territoriales.

El Capítulo IV, último de este Decreto denominado “Criterios Generales de *Organización* de los Centros” indica que dispondrán de un Proyecto Socioeducativo que ordene dichas actuaciones en los tres ámbitos de intervención como son los Centros Hospitalarios, Entorno Domiciliario, Unidades Terapéutico-Educativas.

Finalmente, en las disposiciones finales queda reflejado que en dichos centros se adscribirá de forma circunstancial profesorado completando el personal del centro en función de necesidades del curso, así como personal colaborador según condiciones por el Departamento de Educación, Universidades e Investigación. Con esto queda evidente que la mayoría de personal de los Centros es personal funcionario y normalmente el

personal contratado llamado de la bolsa de interinos es el docente de Atención Educativa Domiciliaria que según la demanda se van llamando.

Sintetizando y resaltando el aspecto más relevante en esta Comunidad es la creación de un Centro única y exclusivamente para estos Servicios educativos puesto que demuestra la importancia que tienen, y que de ellos dependen estos tres Servicios: las AA.HH., la Atención Educativa Domiciliaria y la Atención Terapéutico-Educativa. Gracias a ellos hay una gran coordinación considerada fundamental para un buen *Funcionamiento*. Dichos organismos están formados por un Director, coordinadores de los tres ámbitos educativos, maestros/as de Aulas Hospitalarias, maestros /as de Educación Domiciliaria, Claustro y Equipo Directivo (Consultar Anexo I).

Continuando con el tema, pero incidiendo de manera más concreta en el nivel de Secundaria, el Gobierno Vasco elabora la Resolución de la Viceconsejería de Educación sobre la *Organización* del curso 2015-2016 en los Institutos de Educación Secundaria (Resolución en Institutos de Educación Secundaria), la cual señala que los Servicios que se ofrecen gracias a la creación de los Centros Territoriales para la Atención Educativa Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa, son:

- El apoyo en el *Ámbito Hospitalario* que se ofrecen en las Aulas de Apoyo Educativo de determinados Hospitales de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La atención pedagógica será realizada por el profesorado del Aula Hospitalaria quién se coordinará con el tutor o tutora del alumnado enfermo.
- El apoyo en el *Ámbito Domiciliario*, realizado por profesorado en domicilios del alumnado convaleciente. Los Directores de los centros escolares para hacer posible el aprendizaje escolar y la socialización del alumnado seguirán el procedimiento del artículo 35 de la Orden 30.07.1998 donde se establecen los criterios de escolarización del alumnado con NEE y dotación de recursos para su escolarización.
- El apoyo en el *Ámbito Terapéutico-Educativo* que como hemos resaltado con anterioridad al ser un ámbito que no lo vamos a estudiar en dicha Tesis, lo postponemos para futuras investigaciones.

Con esta aportación a nivel normativo queda evidente que los tres servicios que se prestan en Secundaria son similares a los de Primaria.

Finalizando con las consideraciones respecto al Indicador *Organización* y situándonos en la realidad de un Centro Territorial, señalamos lo aportado mediante documentación del Centro de Guipúzcoa, OET-H. A parte de la Atención Educativa Domiciliaria y Terapéutico-Educativa, en él se acogen las Aulas Hospitalarias del Hospital de Donostia y éstas gozan de dos Unidades:

- El Aula Azul de la 4º planta del Edificio Materno Infantil de Pediatría.
- En el Edificio de Psiquiatría. El Aula Infanto Juvenil en la planta de Psiquiatría⁴³.

B.-Funcionamiento de las Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria en los CAHDTE.

El Capítulo IV del Decreto del 2006 señala que los CAHDTE dispondrán, como se ha comentado anteriormente, de un Proyecto Socioeducativo que ordene dichas actuaciones en los tres ámbitos de intervención. El alumno que esté sujeto a estas atenciones educativas estará matriculado en su centro ordinario y toda la plantilla desarrollará atención directa de apoyo escolar al alumnado excepto cuando haya tareas de gestión del Centro, labores de coordinación, preparación de materiales, etcétera. Así pues, el profesorado sólo intervendrá cuando no sea posible una atención educativa adecuada por parte de su Centro de referencia. Sin embargo, el alumno de larga y media estancia siempre será atendido por el personal docente del Hospital o del Servicio Domiciliario. Sí que es cierto que con los alumnos de corta estancia se hará más cargo el tutor de su centro escolar que mediante compañeros o a través de internet realizan así las tareas escolares. Este Centro tendrá colaboración, coordinación con los centros docentes del alumno y aportará una adecuada respuesta, cuyo objetivo será asegurar una intervención unificada. Finalmente, el Departamento de Educación, Universidades e Investigación será el encargado de dichas Unidades y con ellas todo lo que conlleva.

A su vez, en los artículos posteriores del Decreto 2006, se indican las funciones del Director, de los Coordinadores de Ámbito; del Consejo de Centro; del Equipo Directivo; del Claustro que señalamos a continuación:

Corresponde al Director, dirigir la actuación del Centro Territorial para la Atención Educativa Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa en base a los

⁴³ Ídem.

criterios de la Dirección de Innovación Educativa; Representar al Departamento de Educación dentro del CAHDT-E y ante instituciones que coordine o colabore; velar por cumplir la normativa vigente y ejercer la jefatura de personal; coordinar la elaboración del Proyecto Socioeducativo y el Plan de Acción Anual del Centro y garantizado su cumplimiento; Asignar al profesorado las actividades de apoyo educativo basándose en los criterios instaurados por el Equipo Directivo; cubrir las vacantes producidas por ausencias y bajas del profesorado de acuerdo a la Administración Educativa; convocar y presidir el Claustro y el Equipo Directivo; coordinar la actuación del Centro Territorial para el desarrollo de estos tres Servicios junto con otros o instituciones que actúen también en los procesos educativos; aprobar todos los gastos, velar por la actividad del edificio y equipamiento del Centro, elaborar el presupuesto anual, aprobar gastos, etcétera, coordinar el Plan de Acción del Centro con la Inspección Educativa, los Berritzegune⁴⁴ y los centros escolares.

Corresponde a los Coordinadores de ámbito, colaborar con el Director en desarrollar funciones del Centro; colaborar con el Director en la gestión del ámbito y su personal; Coordinación con los demás ámbitos siguiendo lo establecido por el Equipo Directivo.

Asimismo, el Consejo de Centro estará presidido por el Responsable Territorial de Renovación Pedagógica de cada Territorio, un representante de la Inspección Educativa, el Director, los tres coordinadores de ámbito, un/a representante de cada uno de los tres ámbitos de actuación, un Director de Berritzegune del territorio, dos representantes de los padres/madres del alumnado atendido y un representante de las instituciones sanitarias donde se lleva a cabo la intervención como Secretario del Consejo será uno de los coordinadores de ámbito. Así pues corresponde al Consejo de Centro, aprobar el Proyecto Socioeducativo del Centro; aprobar el Plan de Acción Anual del Centro presentado por el Equipo Directivo; valorar la actuación del Centro en su conjunto y en distintos ámbitos de actuación; presentar propuestas de mejora de actuación del

⁴⁴ Los Berritzegune, se configuran como Servicios de Apoyo de carácter zonal y/o territorial por la innovación y mejora de la educación en los niveles de enseñanza no universitaria. Está formado por personal docente de diferentes cuerpos y niveles educativos, asesores de diferentes etapas, de programas de normalización lingüística, tecnologías, de NEE, secretarios, documentalistas, etcétera. Su función es dinamizar las circunscripciones escolares, innovar y mejorar la intervención educativa, trabajar en formación permanente del profesorado, favorecer la respuesta educativa al alumnado con discapacidad y NEE. Dependen orgánicamente de la Delegación Territorial de Educación y funcionalmente de la Dirección de Innovación Educativa del Departamento de Educación, Universidades e Investigación.

CAHDT-E; aprobar el presupuesto económico presentado por la Dirección del CAHDT-E. Dicho Consejo se reunirá al inicio y finalización de curso escolar o lo convoque el Responsable Territorial de Renovación Pedagógica.

Por otra parte, el Equipo Directivo es un órgano ordinario de funcionamiento y gestión administrativa y pedagógica del CAHDT-E. Está formado por el Director/a y Coordinador/a de cada uno de los ámbitos en el que actúa el Centro. Le corresponde, colaborar en la gestión ordinaria de la actividad del Centro; elaborar el borrador del Proyecto Socioeducativo y el Plan de Acción Anual según lo marcado por la Dirección de Innovación Educativa y el diagnóstico de necesidades educativas detectadas y llevarlo al Consejo de Centro para su aprobación; supervisar con el Director/a los Planes Individuales del profesorado y la distribución del alumnado según desplazamientos y atenciones; coordinar las actividades de los distintos ámbitos del Centro con los Berritzegune y otros Servicios educativos que puedan colaborar con sus finalidades; aprobar la adquisición de materiales educativos y otros recursos didácticos y supervisar gastos; supervisar los gastos en función del presupuesto.

Finalmente, el Claustro está compuesto por toda la plantilla docente del Centro y presidido por el Director/a. Sus competencias son, formular propuestas al Equipo Directivo, para la elaboración del Proyecto Socioeducativo y Plan de Acción Anual; valorar las funciones asignadas al CAHDT-E; presentar propuestas de mejora; Aprobar el presupuesto económico de la Dirección previo al traslado al Consejo de Centro para su aprobación; promover iniciativas dentro de la investigación pedagógica en el campo de la intervención educativa específica en contextos terapéuticos; aprobar el calendario de trabajo para su presentación al Consejo de Centro; aprobar el calendario de trabajo para su presentación al Consejo de Centro; elegir a los representantes de cada ámbito entre el profesorado de apoyo de cada uno de ellos. El Claustro se reunirá al inicio y al final de curso y lo convocará la Dirección del Centro.

Dentro de la Plantilla de los Centros Territoriales para la Atención Educativa Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa cuentan con los siguientes profesionales:

- El Director.
- Profesores de apoyo de Atención Hospitalaria.

- Profesores de apoyo de Atención Educativa Domiciliaria.
- Profesores de apoyo de Unidades Terapéutico-Educativas.

6.3.1.4.1.- Dependencia administrativo-institucional de las Aulas Hospitalarias y su personal.

Según el Decreto de 26.12.2006 la Estructura Orgánica aprecia que los Centros Territoriales dependen orgánicamente de las Delegaciones Territoriales de Educación y funcionalmente de la Dirección de Innovación Educativa del Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco y supervisión de la Inspección Educativa.

Hemos considerado oportuno señalar las consideraciones realizadas por la maestra del Hospital Universitario Txagorritxu respecto a los Servicios Educativos tratados: **“Ambos Servicios, Atención Hospitalaria y Domiciliaria dependen del Departamento de Educación del Gobierno Vasco”** (Cuestionario pasado el 09.05.2014).

Por otra parte, contrastando las aportaciones tratadas con el Director del Centro Territorial de Vizcaya quien señala: **“Las Aulas Hospitalarias del País Vasco dependen del Centro Territorial Aulas Hospitalarias, Atención Educativa Domiciliaria y Educativo-Terapéuticas de su Provincia.”** A su vez nos señala que hay tres Centros en el País Vasco, uno en cada Provincia y que **“hasta el año 2006 que se elaboró el Decreto para construir los Centros Territoriales, las Aulas Hospitalarias dependían del Colegio de Zona. El profesorado de las AA.HH. ahí no pintaba nada ya que los alumnos cada uno eran de un lugar de la provincia y de un centro escolar diferente. A su vez son alumnos enfermos (Oncología, Accidentes, Salud Mental, etcétera.) que son problemas totalmente diferentes a los problemas que se suelen dar en un centro escolar. Asimismo, los servicios tanto de AA.HH. como de Atención Educativa Domiciliaria dependían del Servicio de Educación a Distancia, el Servicio Educativo-Terapéutico dependía del Gobierno y no estaban nada coordinados”**.

Por todo esto nos siguió indicando que se creó el Centro Territorial para aunar los servicios de los enfermos. Siguió su aportación señalando: **“A parte muchos alumnos enfermos**

repite servicio o compatibilizar itinerario-niño de Oncología que ingresa posiblemente luego demanda Atención Educativa Domiciliaria”. Finalmente matiza “El Centro Territorial se creó para que la atención hacia los chicos y chicas estuviera más centralizada, que hubiera coordinación entre los tres servicios. Aquí en el Centro hay Claustro, Coordinadores de Servicios, Director, etcétera. La atención está mucho más centralizada y menos dispersa. El Director al igual que los coordinadores se reúne de manera habitual con los profesores de las AA.HH. Con esta estructura todo el proceso de demanda se agiliza más” (Cuestionario pasado el 17.03.2015).

Con la última aportación realizada por uno de los Directores de un Centro Territorial, concretamente el CAHDT-E de Bilbao, resulta evidente la importancia de que los Servicios tratados estén centralizados, aspecto de gran relevancia para que estos servicios sean lo más eficaces posibles. La existencia de estos Centros Territoriales es un aspecto muy notable y positivo para el desempeño de los Servicios Educativos Hospitalarios y Domiciliarios que resaltaremos con notoriedad en la parte comparativa de nuestra investigación.

6.3.1.5.- Espacios y Equipamiento.

Respecto al apartado *Espacios y Equipamiento* debemos señalar que no hay nada reflejado a nivel normativo, por esta razón nos vamos a basar en lo recogido en el cuestionario pasado a los profesionales de los respectivos Centros Territoriales y del Aula Hospitalaria de Txagorritxu.

Primeramente, comenzamos con las aportaciones de la Directora del Centro Territorial de Guipúzcoa, quien nos señala:
“El Centro Territorial de Gipúzcoa, dentro del ámbito hospitalario, acoge sólo al Hospital Donostia. Pero dentro del Hospital tenemos dos aulas, una de ellas en Pediatría y otra en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. El resto de Hospitales de la Provincia no tienen atención educativa. Tanto en Bizcaia como en Araba, cuentan con atención educativa en dos Hospitales de cada provincia respectivamente, pero en Gipuzkoa sólo se atiende desde un Hospital, pero con dos aulas dentro del mismo Hospital.” (Cuestionario pasado el 11.05.2014).

Como queda reflejado tras las aportaciones ofrecidas, el País Vasco presenta dos tipos de espacios destinados a la Atención Educativa Hospitalaria. Y, por una parte, los Centros Territoriales de Atención Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativos ubicados uno en cada Provincia y destinados a la Dirección y Coordinación de dicho Servicio. Por otra parte, el *Espacio* o espacios destinados a las AA.HH. ubicadas en los Hospitales.

Respecto a la Atención Educativa Domiciliaria, como ya se ha comentado con anterioridad, también está Coordinado y Dirigido desde el Centro Territorial de cada Provincia. El Servicio directo con el alumno-paciente es en su residencia donde la familia del mismo deberá proporcionar un *Espacio* en el hogar para prestar dicha Atención Educativa Domiciliaria y el alumno convaleciente siempre debe de estar acompañado por un adulto de su familia.

Por otra parte, queda reflejado por parte del personal encuestado que el Equipamiento respecto al material de las Aulas del Centro Territorial de la Provincia y, el personal docente es proporcionado por el Departamento de Innovación del Gobierno Vasco. Asimismo, como el resto de Comunidades el espacio destinado al Aula Hospitalaria es proporcionado por el Hospital. Por otra parte, como muchos de los Hospitales españoles se encuentran las Ciberaulas Hospitalarias “La Caixa” como espacios educativos proporcionados por el Grupo Social “El Alma” de la Caixa.

Para ello reflejamos una de las consideraciones señaladas por la maestra del Hospital Txagorritxu (Álava) quien señala: **“En este Hospital hay una unidad escolar y también existe la Ciberaula de La Caixa.”** (Cuestionario pasado el 09.05.2014).

6.3.1.6.- Equipo Docente.

Como ha sucedido en el apartado anterior, el *Indicador Equipo Docente* no viene reflejado en la normativa referente a Aulas Hospitalarias y Domiciliarias del País Vasco.

Por consiguiente, hemos aprovechado las aportaciones ofrecidas por la maestra del Hospital de Txagorritxu quien señala:

“El equipo que forma esta aula hospitalaria en realidad no existe, lo que sí existe es un apoyo constante por parte del jefe de comunicación del Hospital, así como el personal sanitario y del Director del centro al que pertenece el aula.”

(Cuestionario pasado el 09.05.2014).

Con las aportaciones mostradas por dicha maestra que ofrece sus Servicios en una de las Aulas Hospitalarias desde hace más de dos décadas queda reflejado que no existe *Equipo Docente* en dicha aula puesto que, como mostraremos en el siguiente apartado “*Perfil Profesional y Formación Permanente*”, en dicha Comunidad dentro de este Servicio Educativo no existe la figura de Profesor de Secundaria, ni de Profesor de Primaria, ni de Infantil, puesto que el personal docente de las Aulas Hospitalarias vascas está cubierto por docentes de Pedagogía Terapéutica. Asimismo, como en esta Autonomía el *Equipo Docente* va más allá del aula, ya que forman parte también los profesionales que se encuentran en los CAHDT-E, como se observa en la plantilla adjuntada (Consultar Anexo I).

6.3.1.7.- Perfil Profesional y Formación Permanente.

Según la Ley 19.02.1993, transcurridos seis años de ejercicio continuado de funciones por parte del profesorado, así como la valoración del trabajo permitirá el desempeño de estos puestos con carácter indefinido pudiendo reincorporarse de manera voluntaria a puestos docentes mediante concursos ordinarios de provisión.

Siguiendo con la Orden del 30.07.1998 la cual señala que en los tres territorios que componen el País Vasco son los profesores de los centros educativos de los niños/adolescentes los que ofrecen la Atención Pedagógica Domiciliaria.

Como indica la Directora del Centro Territorial de Guipúzcoa:
“Se ha apreciado en la normativa que se pedirá Atención Educativa Domiciliaria si no se puede atender desde el centro escolar de referencia del alumno” (Cuestionario pasado el 9.03.2015).

En casos como Álava y Guipúzcoa, desde las Unidades de Personal de sus Delegaciones, nombran los profesionales que se precisen para atender este servicio teniendo en cuenta especialidades como, Inglés, Euskera, otras especialidades para la ESO. En Vizcaya según el Reglamento de 11 de julio de 1996 del Director de Gestión de Personal del Departamento de Educación, Universidades e Investigación se convocaron cuatro puestos de trabajo de Asistencia Pedagógica Domiciliaria en Régimen de Comisión de Servicios. Cuatro profesionales para esta labor más desde la Unidad Territorial de Personal se nombraron otros profesionales en caso de que se necesiten, según solicitudes o especialidades que se precisen.

Por otra parte, el Decreto.266/2006, señala respecto al personal adscrito con carácter definitivo a las plazas de los Centros y Unidades Hospitalarias que se integrarán a los puestos de los Centros Territoriales para la Atención Educativa Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa.

Como ocurre en el resto de Autonomías estudiadas, la normativa no recoge el *Perfil Profesional específico* demandado para realizar los Servicios estudiados, por ello recurrimos a las aportaciones ofrecidas por la maestra del Hospital de Txagorritxu quien señala que el perfil que se precisa es: **“Maestro /a con la especialidad en Pedagogía Terapéutica.”** **“Respecto a la Atención Educativa Domiciliaria en el centro HDT-E hay 2 profesores titulares y si hay más demanda los llama la Delegación Territorial de Educación de la bolsa.”** (Cuestionario pasado el 09.05.2014).

Asimismo, las aportaciones del Director del Centro Territorial de Vizcaya clarificaron que:

“Los maestros y maestras de las Aulas Hospitalarias de los Hospitales de la Comunidad del País Vasco, tienen la plaza en propiedad y por Comisión de Servicios acceden a dicho puesto” **“Todos los que trabajamos en los Centros Territoriales que prestan estos servicios tenemos plaza en propiedad excepto los maestros/as de Atención Educativa Domiciliaria que se llaman de bolsa”** (Cuestionario pasado el 17.03.2015).

Por otra parte, respecto a la Atención Educativa Domiciliaria y siguiendo las consideraciones de la Directora del Centro Territorial de Guipúzcoa, quien señala: **“Respecto a los profesores de Atención Educativa Domiciliaria, la normativa dice que se pedirá Atención Educativa Domiciliaria si no se puede atender desde el centro escolar de referencia del alumno.”** Sin embargo, sí que acredita: **“Si se decide pedir el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria, una vez que Inspección ha dado el visto bueno, se pide el profesorado necesario de la Delegación Territorial de Educación de Guipúzcoa. Este profesorado está con nosotros mientras que el alumno/a atendido continúa con el servicio. Una vez que el alumno/a vuelve a su centro escolar el profesor se reincorpora a la lista de interinos.”** Finalmente nos comenta que lo habitual es que un profesor tenga más de un alumno y continúa con los otros alumnos y lo que cambia es su jornada laboral, que es mayor o menor según el número de alumnos/as que tiene.” (Cuestionario pasado el 9.03.2015).

Tras las aportaciones proporcionadas y según la normativa del Gobierno Vasco está reflejada claramente que la Atención Educativa Domiciliaria debe ser proporcionada por los docentes del Centro de referencia. Realmente, tenemos constancia de que dicho Servicio se proporciona por el Centro Territorial de cada Provincia mediante profesorado funcionario o como en la mayoría de los casos, personal interino llamado de la bolsa de educación del Gobierno Vasco.

Uno de los aspectos a los que más crítica hemos realizado con respecto a este Indicador es la carencia en la normativa vasca respecto a la especificidad del *Perfil Profesional específico* necesario para desempeñar el puesto en las Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria. Lo más sobresaliente y característico en esta Comunidad es la presencia de los CAHDT-E dando importancia a la *Coordinación*, la centralización, la *Organización* de los tres Servicios. Es un aspecto de gran relevancia dentro del estudio entre las Comunidades, que resultará significativo en la parte comparativa de nuestro estudio. Sin embargo, como aspecto contradictorio a destacar, tanto en esta Autonomía como el resto de territorios vistos es la falta de especificidad del *Perfil Profesional específico* adecuado para desempeñar, tanto en el Servicio de Educación Hospitalaria como de aspecto considerado relevante y que debería estar presente en dicha legislación. El País Vasco es una de las tres Autonomías que demanda, para cubrir dichos puestos maestro con la especialidad en Pedagogía Terapéutica, aspecto que consideraremos y comentaremos en la parte comparativa. Educación Domiciliaria. Como se está viendo a lo largo del estudio, cada Comunidad demanda un tipo de especialidad docente para cubrir dicho puesto, debido a que no consta en ninguna normativa.

Respecto al *Perfil Profesional y Formación Permanente* aportamos las consideraciones comentadas por el Director del Centro Territorial de Vizcaya quien señala: **“No se les exige formación en el área hospitalaria porque en sí no existe y a parte se les pide la especialidad que es Pedagogía Terapéutica.”** (Cuestionario pasado el 17.03.2015).

Aprovechamos señalando lo comentado por la maestra del Hospital de Txagorrituxu: “De vez en cuando se nos ofrecen ciertos cursos de formación, pero fundamentalmente, en mi caso, la hago y la he hecho por mi propia cuenta.” (Cuestionario pasado el día 09.05.2014).

Comentando esta aportación hemos considerado oportuno señalar que, sí que es cierto que *Formación Permanente* en Educación Hospitalaria a nivel nacional como autonómico no existe, exceptuando las jornadas de Pedagogía Hospitalaria a nivel regional o nacional que organizan los propios maestros hospitalarios o Consejerías de las respectivas CC.AA. Es un aspecto demandado por los propios profesionales encuestados al cual haremos referencia en el apartado de recomendaciones.

6.3.1.8.- Horario y Calendario Escolar.

Respecto al *Horario* del alumnado, según la documentación aportada, se diferencian diferentes fases según el tipo de escolar al que se atienda. Según su nivel educativo se establecerán unas u otras horas de clase. En Infantil, las clases son más cortas que en Primaria, y estas más cortas que en la E.S.O⁴⁵. A su vez su situación física debido a su circunstancia personal como es el estar enfermo, condicionará que las clases sean más o menos reducidas en tiempo.

Finalmente, la metodología seguida por dicha atención educativa será similar a la del centro escolar de cada alumno. La *Evaluación* la valorará el Centro de referencia en el que está inscrito el escolar. Este *Servicio* está fundamentado básicamente en el enlace entre familia y el colegio.

Por ello teniendo en cuenta lo señalado por la maestra del Hospital de Txagorritxu quien concreta respecto al *Horario* establecido:

“El horario cumple las mismas horas que las de cualquier centro de referencia del alumno hospitalizado: 3 horas por la mañana y 2 horas por la tarde. En horario de mañana se trabajan las materias más importantes (Matemáticas, Lengua y Conocimiento del Medio). La tarde se dedica a Plástica y Manualidades”. (Cuestionario pasado el día 09.05.2014).

Tras apreciar lo aportado tanto por la maestra del Hospital de Txagorritxu como la información obtenida por la web citada a lo largo de nuestra investigación perteneciente a un CAHDT-E de Guipúzcoa, el *Horario* escolar en las Aulas Hospitalarias es de *Horario* mañana y tarde como el resto de centros escolares del Gobierno Vasco. Esta

⁴⁵ Gobierno Vasco. Departamento de Educación (n.d.). Servicios de apoyo > Centros Territoriales para la Atención Educativa Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa. Recuperada de www.hezkuntza.ejgv.euskadi.eus/r43573/es/contenidos/informacion/did/es_5486/d_c.html el 17de junio de 2014.

característica estará reflejada en la parte comparativa del estudio señalando que hay Autonomías con *Horario* intenso, de 9 a 15 horas, y otras entre ellas el País Vasco con *Horario* partido, tres horas de mañana y dos horas de tarde. Finalmente, tras las aportaciones ofrecidas por los profesionales que ejercen en estos Servicios vascos, a mayor nivel educativo mayor dedicación horaria habrá en la Atención Educativa Hospitalaria.

6.3.1.9.- Coordinación y Seguimiento con el Equipo Multidisciplinar y Centro de referencia.

6.3.1.9.1.- Con el Equipo Multidisciplinar.

En la normativa vasca no está reflejada la Coordinación y Seguimiento respecto a estos Servicios, aunque sí que es cierto que dicha Autonomía funciona diferente puesto que dichas funciones las llevan a cabo los CAHDT-E.

Tras conocer el *Funcionamiento* de estos Centros Territoriales podemos justificar que la Coordinación con el Equipo Multidisciplinar es muy buena ya que dentro de estos centros conviven muchos profesionales. Residen tres Servicios diferentes relacionados entre sí, con sus respectivos Coordinadores, Claustro, Equipo Directivo y los respectivos profesionales de Apoyo Hospitalario, Domiciliario y Terapéutico-Educativo. Todo ello conlleva una gran *Coordinación* que se debe dar con este gran equipo. Asimismo, parte de este conjunto, como maestros Hospitalarios, Coordinador, Director, etcétera, deben de coordinarse a su vez con el propio personal sanitario de los Hospitales.

El objetivo y finalidad de la creación de estos Centros Territoriales, como señaló una de las aportaciones reflejadas en este apartado, es que todo estuviera más coordinado y centralizado.

Por ello volvemos hacer uso de dichas consideraciones proviniendo del Director del Centro Territorial de Bilbao quien comenta:

“El Centro Territorial se creó para que la atención hacia chicos y chicas estuviera más centralizada, que hubiera coordinación entre los tres Servicios. Aquí en el Centro hay Claustro, Coordinadores de Servicios, Director, etcétera. La atención está más centralizada y menos dispersa. El director al igual que los coordinadores se reúnen de manera habitual con los profesores de Aulas Hospitalarias...” (Cuestionario pasado el 17.03.2015).

Por otra parte, hemos tenido en cuenta mostrar algunas aportaciones de la maestra del Hospital de Txagorritxu quien señala: **“A los niños/as del Hospital de Día se le acercan diversos materiales educativos. Esporádicamente se realiza una atención educativa en la UCI.”** (Cuestionario pasado el 09.05.2014).

En todos los Hospitales que hemos tomado de referencia en esta investigación, los docentes atienden a los alumnos en sus habitaciones cuando no pueden asistir al Aula Hospitalaria. Como apreciamos en el Hospital de Álava se atiende a los niños del Hospital de Día, pero sí que se ha observado que con este tipo de paciente, que van variando diariamente puesto que son pacientes de un solo día, la atención deriva más a nivel lúdico. Por otra parte, como advierte la maestra de este Hospital, los alumnos de UCI son atendidos esporádicamente. El campo de Unidad de Cuidados Intensivos es un ámbito muy delicado, el paciente posiblemente no se encuentra ni en buenas condiciones físicas ni anímicas, así como la sobreprotección que se le da por parte de la familia tiene su entendimiento. Pero sí es cierto, que cierta distracción con este tipo de pacientes, siempre dentro de permisibilidad médica, sería positiva puesto que son niños aislados en general de familia, amigos, etcétera. Que pasan largos días, semanas y, donde cierta distracción lúdico-educativa, mediante tecnología, por ejemplo mejoraría su estado de ánimo. Finalmente, la atención educativa de los escolares que se encuentran en Intensivos, dependerá también del personal docente disponible en dicho Hospital como se ha hecho referencia en otras CC.AA.

Continuando con la Orden 30.07.1998, mostramos tres características para seguir una intervención educativa organizada y coordinada, las cuales son:

- Principio de individualización: Necesidad de respetar cada ritmo de aprendizaje, entender las dificultades físicas, anímicas, académicas, etcétera.
- Principio de la adaptación o la flexibilidad de la que debe gozar la intervención docente para adecuarse a aquello que el menor hospitalizado necesita en cada momento.
- La empatía: Capacidad de sentir con la otra persona cuyo significado es que nada de lo que está ocurriendo nos deja indiferentes.

Respecto a la valoración de este Servicio debemos mencionar que su aspecto más relevante es la atención a menores atendidos y sus familias. Por ello, es de gran notoriedad la disposición que muestra el mismo por ser un elemento “normalizado” para el niño dentro del contexto hospitalario. Por supuesto, en estas situaciones la educación es individualizada. Lo más importante es el estado de salud del niño-paciente y a partir de ahí vienen las actuaciones posteriores como las educativas. La individualización es una característica primordial de este Servicio, tanto el Hospitalario como el Domiciliario. Se tendrá muy en cuenta el estado de salud y/o anímico del escolar antes de impartirle la clase y siempre se respetará su propio ritmo de aprendizaje. Por supuesto que hemos de tener presente el principio de flexibilidad puesto que el Servicio de Atención Educativa Hospitalaria es ante todo flexible. El docente se ha de adaptar en todo momento al niño y a sus necesidades. Es decir, habrá momentos en los que el niño demande actuaciones educativas y otros momentos que sus necesidades sean emotivas encontrándose la figura docente ante cualquier demanda. Y otro de los principios primordiales de los que debe poseer cualquier profesional en la Atención Educativa Hospitalaria es, la empatía. En varias ocasiones diversos docentes de diversos Hospitales españoles nos señalaron **“No todos los docentes sirven para desempeñar este puesto”**. El puesto de docente en un Aula Hospitalaria se caracteriza porque la persona que lo ocupa ha de ser profesional en muchos ámbitos. Es un puesto que no sale como plaza en unas oposiciones de educación. Son ocupados por profesionales que tienen ya su plaza en propiedad y por diferentes méritos la ocupan siendo revisada anualmente. Este profesional ha de ser docente, amigo, compañero, mediador con el personal sanitario, consejero con la familia, ofrecer apoyo, consuelo, etcétera, se va a

enfrentar a situaciones que no habrá visto nunca a lo largo de su carrera académica, donde posiblemente al principio le resulten estresantes y angustiosas porque se va a enfrentar a niños vulnerables que están enfermos y que en algunas ocasiones no podrán ganarle a la enfermedad. Pensamos que para este tipo de situaciones nunca se está preparado donde el Docente Hospitalario se tendrá que enfrentar.

Para finalizar este punto y sintetizando el mismo, hemos creído conveniente señalar la importancia de la Coordinación entre todos los profesionales y Servicios que se mueven diariamente dentro de un Hospital y fuera de él para que todo se desarrolle de manera eficaz. Entre los Servicios prestados, evidentemente las Aulas Hospitalarias y la Coordinación que debe darse para que su atención sea adecuada, tanto personal sanitario como no sanitario. A su vez, el personal docente del Hospital como del Centro de referencia, y por la existencia en esta Comunidad de los CAHDT-E, la *Organización y Seguimiento* entre todos sus profesionales, así como la conexión y relación con los técnicos del Hospital, Centros de referencia, familiares de pacientes, hermanos, etcétera es muy importante. Por ello, las Aulas Hospitalarias y la Atención Educativa Domiciliaria se desarrollan dentro de un contexto movido por un *Equipo Multidisciplinar* que sólo funciona si está coordinado y organizado eficazmente, puesto que no sólo hablamos de Personal Docente sino también de Médicos, Enfermeras, Trabajadores Sociales, Directores de los CAHDT-E, Coordinadores, tutores de los Centros de referencia, Voluntarios, Asociaciones sin ánimo de lucro, etcétera. Sin este personal es muy difícil llevar a cabo un Servicio tan exclusivo y característico como es un Aula Escolar Hospitalaria.

6.3.1.9.2.- Con el Centro de referencia⁴⁶.

Comenzamos dicho apartado indicando el procedimiento para solicitar dicha Atención Educativa Domiciliaria proveniente de diferentes fuentes. Por una parte, la Orden 30.07.1998, señala el proceso siguiente como procedimiento para solicitar este Servicio:

- Los padres o representantes legales solicitarán la Asistencia Pedagógica Domiciliaria.
- A la solicitud se añadirá la Certificación o Informe Médico que recomiende dicha asistencia en el domicilio por razones médicas. Valor defendido por instancias sanitarias, familiares y educativas, etcétera. Y sólo cuando un médico certifique que no pueda acudir al centro escolar será cuando se ofrece la Asistencia Pedagógica Domiciliaria.
- La Solicitud de la familia más el Certificado Médico se entrega en la Dirección del Centro donde se encuentre matriculado el alumno. Dicha Dirección de Centro elaborará un informe sobre las posibilidades o dificultades de la Atención Educativa Domiciliaria por y para el profesorado del centro.
- Toda documentación se enviará a la Delegación Territorial correspondiente para su posterior valoración, siempre teniendo presente que, el derecho prioritario de un menor es estar escolarizado en una situación normalizada con sus iguales.

Por otra parte, el Centro Territorial de Guipúzcoa nos presenta de manera más concreta el procedimiento de solicitud para pedir dicha atención educativa:

- El Director del Centro de referencia realizará la solicitud presentando los siguientes documentos:
 - El Certificado Médico que muestra la imposibilidad de ir al colegio por motivos de salud con sello de Osakidetza o Certificado Oficial del Colegio de Médicos.
 - Informe del Centro escolar donde el alumno esté matriculado y que refleje su nivel educativo y las necesidades especiales.

⁴⁶ Nota: Consultar Anexos sobre solicitud de asistencia pedagógica domiciliaria del País Vasco.

- Impreso firmado por los padres comprometiéndose a respetar su *Horario* determinado y que haya siempre un adulto en casa.
- El Director del Centro deberá firmar y enviar estos documentos al Inspector de Educación de zona. Cuando el Inspector acepte la solicitud dará comienzo el trámite al servicio.

Sintetizando y bajo opinión crítica está claramente demostrado que los trámites burocráticos pueden demorar el proceso de Atención Educativa Domiciliaria. Sin embargo, con la existencia de los Centros Territoriales quedan centralizados los tres Servicios Hospitalarios agilizando mayormente la demanda en comparación con otras Comunidades Autónomas.

Por otra parte, subrayando la Orden de 30.07.1998 se muestra la gran sensibilización e importancia por acompañar durante el proceso de hospitalización tanto al niño como de la familia. Se colabora con el personal sanitario como con centros escolares donde están matriculados para ser un nexo entre la anterior situación y la actual. Por esta razón, se estudia un proyecto para conectar por internet las unidades hospitalarias con centros docentes donde están matriculados los niños hospitalizados, para que el contacto sea más directo y motivador en dichas Aulas.

Siguiendo con el Decreto 26.12.2006, señala que el alumnado que esté sujeto a estas atenciones educativas estará matriculado en su centro ordinario. Este Centro Territorial tendrá colaboración, así como coordinación con los centros escolares donde está matriculado el escolar, para aportar una adecuada y asegurar una intervención unificada. Sí que es cierto y debemos de aclarar que los docentes de Aulas Hospitalarias están coordinados y en contacto con el Centro de referencia del alumnado cuando la hospitalización es de media o larga estancia.

Por otra parte, dicho Decreto señala que el Departamento de Educación, Universidades e Investigación consignará la dotación presupuestaria necesaria para realizar las funciones de dichos Centros. El Gobierno Vasco regulará la relación de puestos de trabajo correspondiente a las plantillas de cada centro con la asignación de perfiles lingüísticos, titulación y experiencia exigida, así como el sistema de provisión y el complemento específico del puesto de trabajo.

Para verificar la *Coordinación y Seguimiento* con los respectivos Centros de referencia del alumnado hospitalizado señalamos las aportaciones de la maestra del Hospital de Txagorritxu quien comenta que su coordinación con los tutores de dichos Centros de referencia son: **“Dos o tres veces por semana en casos de hospitalización media (más de 15 días) y larga (más de un mes), aunque yo me suelo poner también en contacto en algunos casos, cuando veo que los niños /as van a estar hospitalizados dos semanas o menos.”**(Cuestionario pasado el 09.05.2014).

Por otra parte, volvemos a aportar lo señalado por la Directora O.E.T-H de Guipúzcoa quien comenta: **“Respecto a los profesores de Atención Educativa Domiciliaria, la normativa dice que se pedirá Atención Educativa Domiciliaria si no se puede atender desde el centro escolar de referencia del alumno. Si se decide pedir el servicio de Atención Educativa Domiciliaria, una vez que Inspección ha dado el visto bueno, se pide al profesorado necesario en la Delegación Territorial de Educación de Gipuzkoa”**. Según la Directora dicho profesorado está activo mientras el alumnado continúe enfermo o convaleciente.

Finalmente nos comenta: **“Una vez vuelva a su centro escolar, el profesor vuelve a la lista de interinos. Lo que pasa es que lo habitual es que un profe tenga más de un alumno, y aunque un alumno coja el alta normalmente continua con los otros alumnos, y lo que cambia es la jornada laboral, que es mayor o menor según el número de alumnos/as que tiene”** (Cuestionario pasado el 9.03.2015).

Uno de los aspectos que sobresalen dentro del Servicio vasco de Atención Educativa Domiciliaria es que, en ningún documento, ni a nivel legislativo ni a nivel procedimental se menciona el periodo de convalecencia mínimo para solicitar dicha atención

Respecto a los contactos que los maestros de dichas aulas mantienen con los tutores de los centros escolares, justificamos que hay relación especialmente con los escolares hospitalizados de media y larga estancia.

Por ello volvemos a mostrar la aportación de la maestra del Hospital Txagorritxu: **“Estoy en contacto con los tutores de los centros de referencia entre dos o tres veces por semana en casos de hospitalización media (más de 15 días) y larga (más de un mes), aunque yo me suelo poner también en contacto en algunos casos, cuando veo que los niños/as van a estar hospitalizados dos semanas o menos”** (Cuestionario pasado el 09.05.2014).

6.3.1.10.- Evaluación.

Según el Decreto 266/2006, en su Artículo 18 indica que “El alumnado sujeto de atenciones educativas por estos centros permanecerá matriculado en su centro ordinario. Se establecerá la coordinación debida al objeto de desarrollar de manera adecuada las labores educativas de apoyo y se establecerán las pautas de evaluación y se acordarán el procedimiento de evaluación adecuado a las circunstancias particulares de cada alumno o alumna”.

Como bien queda reflejado en esta Autonomía, la reglamentación legal que marca las directrices de estos Programas es el Decreto 266/2006 mencionado, y específicamente no hay ninguna normativa, Instrucciones, etcétera, que realicen dicho seguimiento. Por consiguiente, en base a este Indicador hacemos referencia a lo marcado en el Artículo 18 de dicho Decreto señalando que dicha función la realiza el Centro de referencia del alumnado enfermo o convaleciente, siempre interactuando coordinadamente con el docente hospitalario y /o domiciliario.

Para ello aportamos lo señalado por una de las maestras que más lleva ejerciendo su labor docente durante dos décadas en el Aula Hospitalaria de Txagorritxu: **“Respecto a la evaluación (...) los tutores suelen enviar los exámenes y se los volvemos a enviar**

Patricia Asensio Ramón

escaneados. Yo también además de enviarlos por correo electrónico, suelo enviarles los originales por correo ordinario” (Cuestionario pasado el 14.04.2015).

Capítulo 7. Las Aulas Hospitalarias en la Comunidad Valenciana

7.1.-Introducción.

Las Aulas Hospitalarias en la Comunidad Valenciana se denominan Unidades Pedagógicas Hospitalarias (UPH), siendo la única Autonomía objeto de estudio que las designa mediante el concepto “Pedagogía” considerado como un gran avance a nivel significativo. Las primeras unidades fueron creadas en 1965, en el Hospital Universitario y Politécnico “La Fe” de Valencia bajo la Hermandad de San Juan de Dios. Sin embargo, hasta 1988 no se firmó un Convenio entre la Consejería de Educación y Sanidad, y fue cuando los docentes ocuparon puestos en centros sanitarios y las autoridades facilitaron locales y presupuesto para poner en funcionamiento las Aulas Hospitalarias

Hemos comenzado realizando un estudio de manera similar al resto de Autonomías objeto de estudio. Hemos reflejado datos Políticos, Socioeconómicos y Educativos relevantes para conocer la situación contextual de dicha Comunidad.

Por otra parte, hemos hecho referencia a consideraciones aportadas por el personal docente de diversos Hospitales de Valencia capital como han sido, el Hospital Politécnico y Universitario “La Fe”, el Hospital Clínico Universitario y el Hospital Universitario “Doctor Pesset” haciendo alusión a las características de las Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria, así como realizando el estudio de la normativa basándonos en una serie de Indicadores como son, *Tipología, Destinatarios, Objetivos y Finalidad, Organización, Funcionamiento y Dependencia, Espacios y Equipamiento, Equipo Docente, Perfil Profesional y Formación Permanente, Horario y Calendario Escolar, Coordinación y Seguimiento, Evaluación.*

7.2.- Contexto Político, Socioeconómico y Educativo.

Como se ha realizado en otras CC.AA. vamos a señalar en dicho apartado los datos mostrados en el capítulo 2, reflejando los datos Políticos, Socioeconómicos y Educativos para conocer mejor el contexto de esta Autonomía.

Comenzando con lo reflejado en la Tabla 10, en la Comunidad Valenciana ha predominado en las últimas legislaturas, excepto la de 2015, una ideología conservadora gobernando el PP durante más de dos décadas. En las últimas Elecciones Autonómicas de 2015 el PP ganó, pero no por mayoría, así pues, hubo un pacto político entre el PSOE, COMPROMÍS Y PODEMOS presidiendo desde entonces un Gobierno progresista.

Continuando con los datos Socioeconómicos, nos situamos en la Tabla 11 referente al **Peso Demográfico**. La Comunidad Valenciana refleja un peso poblacional alto siendo la tercera Autonomía de las estudiadas que mayor población muestra con 4.953.482 habitantes.

Situándonos en la Tabla 12, es la tercera Autonomía de las estudiadas respecto a **Ingresos generales**, con 17.657.730 euros y sobrepasando la Media española situándose ésta con 9.799,676 euros. Sin embargo, la Comunidad Valenciana es una de las Comunidades con menor **Presupuesto por Persona** con 3.525 euros, siendo la segunda por la cola solo precedida por Madrid. El territorio valenciano presenta un -7% de presupuesto respecto a la Media del país.

Respecto al **Presupuesto Sanitario** mostrado en la Tabla 13, la Comunidad Valenciana presenta un **Gasto en Sanidad** de 5.374.512 euros, muy por encima de la Media española situándose en 3.120.723.53 euros. A su vez, es la tercera Autonomía objeto de estudio que más destina es este sector con un 33,07% de su **Presupuesto Total**.

Finalmente, situándonos en la Tabla 14, la Comunidad Valenciana presenta unos **Gastos** en el ámbito de la **Educación** de 4.120,91 euros siendo la tercera Comunidad objeto de estudio que mayor presupuesto tiene estando muy por encima de la Media española con 1.845,26 euros.

Sin embargo, situándonos en la Tabla 15 es la tercera Comunidad detrás de Madrid y Andalucía que más **Población Escolar** matriculada presenta en los niveles de

Infantil, Primaria y Secundaria. Por tanto, relacionando el **Gasto en Educación** por alumnado matriculado, la Comunidad Valenciana se situaría por detrás de Extremadura y el País Vasco respecto a la inversión en educación.

7.3.-Características de las Aulas Hospitalarias en la Comunidad Valenciana.

Antes de comenzar a profundizar en las UPH hemos considerado oportuno hacer reseña a esta aportación del Hospital Universitario y Politécnico de “La Fe” de Valencia como un aspecto introductorio, señalando:

“Después del desayuno y la limpieza, los “pacientes” del hospital pasan a ser “alumnos” de la escuela. En la habitación, en el aula, en el box de trasplantes, después de un análisis o durante la sesión de hemodiálisis hace olor a lápiz y goma de borrar, a pincel y pintura y la mochila del colegio cruza el pasillo del hospital devolviendo a los niños su cotidianeidad, el espacio que le es familiar y se conecta con su futuro, el colegio”.⁴⁷

Según las Instrucciones de 22.09.2015 (Instrucciones 22.09.2015) de la Dirección General de Política Educativa, por la que se regula el *Funcionamiento* de las Unidades Pedagógicas Hospitalarias ubicadas en Hospitales Públicos de la Comunidad Valenciana para el curso 2015/2016, en las dependencias de cada una de las instituciones hospitalarias públicas que han determinado las Consejerías de Educación, Investigación, Cultura , Deporte y, de Sanidad Universal y Pública de la Generalitat se constituyen las Unidades Pedagógicas Hospitalarias (UPH). Dichas Unidades proporcionan atención educativa al alumnado hospitalizado en todos los Hospitales Públicos de la Comunidad Valenciana.

Continuando con un poco de historia señalamos que, en 1965 se crearon las primeras aulas en el Hospital Universitario y Politécnico de “La Fe” de Valencia bajo la Hermandad de San Juan de Dios.

Pero no fue hasta 1988 cuando las autoridades sanitarias y educativas firman un Convenio entre ambas Consejerías destinando docentes especialistas a los centros sanitarios y la Consejería de Sanidad facilita locales y presupuesto para el

⁴⁷ Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (n.d.). La Fe. Departament de Salut. Unidad Pedagógica Hospitalaria- Escola La Fe. Recuperada de [http:// www.lafe.san.gva.es/ca/unidad-pedagogicahospitalaria](http://www.lafe.san.gva.es/ca/unidad-pedagogicahospitalaria) el 1 de abril de 2014.

Funcionamiento de las AA.HH. Desde ese momento, el Servicio de Inspección Educativa es conocedor del trabajo que se realiza en las aulas, puesto que se envía la Programación General Anual y la Memoria Final de Curso. Este Servicio es el responsable de la supervisión académica y normativa, así como de asesoramiento y coordinación con la Administración Sanitaria.⁴⁸

Como se ha realizado con el resto de Regiones, hemos seguido nuestro estudio haciendo una revisión de la normativa valenciana respecto a la regulación del Servicio de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria en dicha Comunidad. Asimismo, hemos tomado como referencia los tres Hospitales Públicos de la capital que disponen de UPH tomando sus aportaciones contrastando la normativa: El Hospital Politécnico Universitario “La Fe”, El Hospital “Doctor Pesset” y el Hospital Clínico Universitario. Para ello se han realizado las entrevistas oportunas a los docentes de dichas aulas y a un Inspector Educativo de Zona.

7.3.1. Marco Normativo de las Aulas Hospitalarias de la Comunidad Valenciana.

- Orden de 4 de julio de 2001, de la Consejería de Cultura y Educación, por la que se regula la atención al alumnado con necesidades de compensación educativa.
- Orden de 21 de noviembre de 2006, de la Consejería de Cultura, Educación y Deporte, por la que se determinan los criterios y procedimientos para la Atención Hospitalaria y Domiciliaria del alumno que requiera Compensación Educativa en Educación Primaria y ESO.
- Instrucción de 22 de septiembre de 2015 de la Dirección General de Política Educativa por la que se regula el *Funcionamiento* de las Unidades Pedagógicas Hospitalarias ubicadas en Hospitales Públicos de la Comunidad Valenciana para el curso 2015/2016, renovándose anualmente.

⁴⁸ Medina, R. & Mejías, V. (2008). C.P. Hospital La Fe. *V Jornadas “Aula y TIC”*-Hospital Lliurex (pp.1-4) Gandía.

7.3.1.1.- Tipología.

Los Programas de UPH y los Programas de Atención Educativa Domiciliaria de la Comunidad Valenciana pertenecen al Departamento de Innovación Educativa de la Consejería de Educación, Innovación, Cultura y Deporte.

Como va a quedar reflejado a lo largo del estudio, la normativa que regula estos Servicios sólo menciona las Unidades Pedagógicas Hospitalarias (AA.HH.) y, la Atención Educativa Domiciliaria sin hacer mención del alumnado de Salud Mental o Terapéutico-Educativo como se atiende en otras Autonomías objeto de estudio.

7.3.1.2.- Destinatarios.

Según la Orden de 4 de julio de 2001(Orden 4.07.2001), de la Consejería de Cultura y Educación por las que se regula la Atención al Alumnado con Necesidades de Compensación Educativa, el alumnado que rige esta normativa es aquel que tiene dificultades de inserción escolar por situación desfavorable debido a circunstancias sociales, económicas, culturales, étnicas o personales como internamiento en Hospitales u, Hospitalización Domiciliaria de larga duración por prescripción facultativa. Los responsables en determinar dichas necesidades son los Spess o Gabinetes Psicopedagógicos en Educación Infantil y Primaria, como el Departamento de Orientación en Educación Secundaria Obligatoria. Se aplicará tanto en Centros Públicos como en Concertados de Educación Infantil de Segundo Ciclo, como de Educación Primaria y Enseñanza Secundaria Obligatoria. La Atención Hospitalaria o Domiciliaria es una medida de Compensación Educativa destinada a la población hospitalizada y/o población convaleciente en su propio domicilio.

Con esta normativa queda reflejada que los Servicios de Atención Hospitalaria y Domiciliaria son actuaciones de Compensación Educativa para compensar las desigualdades que pueden suponer una hospitalización en escolares tanto en niveles de Infantil (2º Ciclo) como Primaria y Secundaria Obligatoria.

Por otra parte, la Instrucción de 22 de Septiembre de 2015 (Instrucción 22.09.2015) de la Dirección de Política Educativa por la que se regula el *Funcionamiento* de las Unidades Pedagógicas Hospitalarias ubicadas en Hospitales Públicos de la Comunidad Valenciana para el curso 2015/2016, señalan que la atención educativa es para el alumnado hospitalizado, es decir, aquel escolar que se encuentra en escolaridad obligatoria, así como alumnado del 2º Ciclo de Educación Infantil que

presente patología de larga duración o crónica. Señala que según la disponibilidad horaria del profesorado también se prestará apoyo educativo al alumnado de Enseñanza no Obligatoria. Finalmente, aporta que estos niños seguirán escolarizados en sus respectivos Centros de referencia.

Teniendo en cuenta las consideraciones de las Maestras Hospital Clínico Universitario indican: **“El Aula Hospitalaria de aquí se denomina Unidad Pedagógica Hospitalaria siendo un Colegio Público de Educación Especial. Hay una unidad escolar con 2 profesoras para Infantil y Primaria con jornada completa donde cada dos años rotan para ser coordinadoras de la unidad. Hay un profesor de Religión 3 horas semanales y un profesor de Secundaria de Ámbito Lingüístico y otro de Ámbito Científico 5 horas semanales compartidos con La Fe y adscritos a La Fe. El Equipo que forma parte del Aula Hospitalaria del Hospital Clínico a parte del personal docente es un Trabajador Social y Psicólogo de Aspanion para niños con cáncer y un Trabajador Social del Hospital.”** (Cuestionario pasado el 31.03.2014).

Por otra parte, el *Equipo Docente* del Hospital Politécnico Universitario “La Fe” señala: **“El Aula Hospitalaria de aquí no tiene nombre porque no es un aula que sólo atiende a niños, sino que se atienden todas las edades. No queremos que se refleje sólo como educación de niños puesto que, si hay alguien de nivel universitario se le atiende de la mejor manera posible. Por ello huimos de nombre. Sí que tenemos un Logo que es una cara de un niño con una tirita y un lápiz. El equipo de esta Unidad Pedagógica está compuesto por nueve docentes, seis maestros para Primaria a tiempo completo; dos maestros de Secundaria (Lingüística y Científico) y una profesora de Religión.”** (Cuestionario pasado el 03.04.2014).

Finalmente, las maestras del Hospital Dr. Pesset comentan: **“Esta Unidad se llama Unidad Pedagógica Hospitalaria Pesset. Compuesta por una unidad y formada por dos maestras de Pedagogía Terapéutica. No hay profesores de Secundaria puesto que no hay alumnado de media y larga estancia por ello la atención no es la misma.”** (Cuestionario pasado el 01.04.2014).

Por consiguiente, como queda reflejado en la normativa, los *Destinatarios* de dichas unidades escolares son el alumnado hospitalizado de escolaridad Obligatoria. Asimismo, según la disponibilidad del profesorado también se atenderá al alumnado de 2º ciclo de Educación Infantil [Aunque hemos podido comprobar por las consideraciones aportadas que también abarcan otros niveles no obligatorios, como indicamos a continuación]. Evidentemente estos alumnos seguirán escolarizados en sus respectivos Centros de referencia.

Volvemos a aportar las consideraciones de las Maestras Hospital Clínico Universitario señalando: **“Los niveles que atendemos son la Enseñanza Reglada más Infantil, Secundaria y Bachillerato.”** (Cuestionario pasado el 31.03.2014).

A continuación mostramos las versiones del Hospital Politécnico Universitario “La Fe”: **“Niveles educativos de 3 a 16 años, pero si hay niños de 2 años se le atiende, si hay niños de Educación Especial de 21 años también se le atiende, Bachillerato, PCPI, si hay chica de trastorno de conducta alimentaria también. Psiquiatría de 14 a 18 años. Alumna que hay ahora de Universidad también se le atiende. En la Ley Infantil es obligatorio proporcionar atención educativa a cualquier niño independientemente de su edad. En hemodiálisis hay niños con 2 años que también se trabajan puesto que cada dos días están en el hospital. En UCI se trabaja puntualmente y en el Hospital de Día los lunes y cuando avisan”** (Cuestionario pasado el 03.04.2014).

Finalmente, las maestras del Hospital Dr. Pesset indican: **“Los niveles educativos son Infantil-Primaria y ESO” “El alumnado que aquí hay son de corta estancia, 2 ó 3 días, quirúrgicos. No hay niños de oncología.”** (Cuestionario pasado el 01.04.2014).

Con estas aportaciones está claramente justificado que los *Destinatarios* de dichos Servicios son el alumnado de 2º Ciclo de Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria y, como señalan los docentes de dichas aulas, como El Hospital Universitario y Politécnico “La Fe”, hay alumnado fuera de esos niveles que también son atendidos, como 1º Ciclo de Infantil, Universidad, etcétera. Con ello, concluimos señalando que hay Hospitales de la Comunidad Valenciana que atienden a cualquier alumnado enfermo independientemente de su edad.

7.3.1.3.- Objetivos y Finalidad.

La Orden 4.06.2001, señala que los *Objetivos* referidos mediante una serie de actuaciones sirven para prevenir y compensar desigualdades educativas, así como hacer efectivo el principio de igualdad en el ejercicio al Derecho a la Educación.

Para alcanzar los objetivos de cada etapa se llevarán a cabo una serie de actuaciones, como son:

- Facilitar la integración social y educativa del alumnado; información y asesoramiento a familias o tutores sobre la escolarización.
- Garantizar la escolarización de este alumno en igualdad de oportunidades.
- Evitar el abandono escolar.
- Que los centros cuenten con recursos humanos y materiales necesarios. La escolarización de estos alumnos para que sea favorable se deberá proponer una actuación hospitalaria o domiciliaria siendo aquellos a los que tengan que permanecer internados en el Hospital como en el domicilio por accidentes, enfermedades o tratamientos ambulatorios de larga duración.

Los objetivos y funciones del Consejo Escolar de Centro serán:

- Detección y definición de Necesidades de Compensación Educativa.
- Reforzar apoyo escolar junto con la familia.
- El Equipo Directivo planificará la intervención de este alumnado.
- Centros que escolaricen alumnado hospitalizado o con Atención Educativa Domiciliaria tomarán medidas para progreso educativo, así como para su reincorporación.

- La planificación de la intervención educativa se incorporará al Proyecto Educativo y en el Proyecto Curricular se incorporarán las actuaciones de carácter general anual y las actuaciones específicas.

Por otra parte, en el Programa de Compensación Educativa se analiza la realidad social del entorno, las características del centro y necesidades del alumno. Las actuaciones irán hacia el Plan de Atención a la Diversidad y modificarán el Proyecto Curricular en:

- Programación docente.
- Colaboración con otras instituciones.
- Organización pedagógica y administrativa del centro.

Por consiguiente, la Atención Hospitalaria o Domiciliaria es una medida de Compensación Educativa destinada a la población hospitalizada y/o población convaleciente en su propio domicilio con unos *Objetivos*, como son:

- Prevenir el fracaso escolar por la no asistencia al centro. Se intenta evitar el retraso escolar.
- Continuidad del proceso educativo. Con esta medida se intenta llevar lo más normalizado posible el curso escolar.
- Promoción académica. Uno de los objetivos de alumnos de larga estancia es la promoción académica.
- Posterior integración escolar. La vuelta a su centro de referencia es un tema a tener en cuenta con el Plan de Acogida.
- Desarrollo integral en necesidades afectivas, psicológicas y de aprendizaje. Que esté cubierto su aspecto emocional, el papel del docente en este caso servirá de mediador entre alumno, familia y personal sanitario.

Por otra parte, con la Orden de 21 de noviembre de 2006 (Orden, 21.11.2006), por la que se determinan los criterios y procedimientos para la Atención Hospitalaria y Domiciliaria del alumno que requiera Compensación Educativa en Primaria y ESO, señala como objeto de estas unidades, facilitar la continuidad del proceso educativo de alumnado hospitalizado para posibilitar su desarrollo integral durante el periodo de tiempo que permanezca hospitalizado de forma continua o intermitente. Asimismo, señala como *Finalidad* del Servicio de Atención Educativa Domiciliaria para alumnado de larga duración, que cuando la permanencia continuada o alternancia entre Hospital y domicilio no sea inferior a 2 meses se adopten las medidas más adecuadas resaltando situaciones como:

- Duración menor de dos meses.
- Entre dos y seis meses.
- Más de seis meses. Equivalente al curso escolar, como hasta tres meses de alternancia con periodos de hospitalización, pruebas clínicas...

Finalmente, los *Objetivos* según la Instrucción 22.09.2015, que se marcan en estas unidades pedagógicas quedan enmarcados dentro de una atención educativa adecuada a las necesidades del alumno hospitalizado en coordinación con los centros educativos y con docentes de ámbito domiciliario, aportando una continuidad en su proceso educativo, así como prevención del desfase escolar. Se desarrolla una vinculación del alumno con su Centro de referencia mediante las Tecnologías de la Información y Comunicación. A su vez, se fomenta la comunicación entre diferentes profesionales del sector como personal sanitario, tutor del Centro de referencia, profesores de la Unidad Pedagógica Hospitalaria, y profesorado de ámbito domiciliario etcétera. Por otra parte, se dinamiza el tiempo libre con actividades de ocio siempre vinculadas a un carácter formativo y contribuir junto con profesorado del Centro de referencia y ámbito domiciliario su incorporación coordinándose con otros profesionales de asociaciones sin ánimo de lucro.

Mediante la síntesis de esta normativa queda reflejado que entre sus *Objetivos* prioritarios está la continuidad del proceso educativo y prevenir el desfase escolar. Tras haber realizado las visitas pertinentes a los respectivos Hospitales, visitar sus aulas y poder conversar con los docentes, ha quedado claro un *Objetivo* prioritario: Con el

alumnado de media estancia se pretende prevenir el desfase escolar producido por el ingreso. Sin embargo, para alumnado de larga estancia, como el caso de alumnado Oncológico, su *Finalidad* es finalizar de manera óptima el curso académico y poder promocionar.

7.3.1.4.- Organización, Funcionamiento y Dependencia de las Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria.

7.3.1.4.1.- Organización y Funcionamiento de las Aulas Hospitalarias.

La Instrucción 22.09.2015, señalan una serie de criterios que deben seguirse para la *Organización y Funcionamiento* de dichos Servicios como son, valorar primeramente la información del alumno de nuevo ingreso contrastando la edad, patología, el tiempo previsto de su hospitalización, etcétera. Se toma contacto con la familia y por supuesto con su Centro de referencia, para ello se cumplimentarán los datos básicos del alumno, familia y Centro educativo de referencia empleando el Anexo I.

A.- Organización.

Comenzando el apartado de Organización, según la Orden 4.07.2001, señala que estas actuaciones de Atención Educativa se realizarán teniendo en cuenta las circunstancias personales del alumnado de acuerdo con uno de los siguientes modelos:

- Atención Hospitalaria, se llevará a cabo cuando el periodo de hospitalización y las circunstancias médicas así lo aconsejen, por tratarse de enfermedades de larga duración.

Por otra parte, con la Instrucción 22.09.2015 queda reflejado que se dará una *Organización* de horarios de intervención con el alumnado hospitalizado siguiendo una serie de criterios:

- Alumnado en edad de escolarización obligatoria entre 6 y 16 años y alumnado en 2º Ciclo de Educación Infantil (3-5 años):
 - Cuya hospitalización se prevé por un período igual o superior a 3 semanas continuas o alternando con estancia domiciliaria por patología de larga duración o crónica.
 - Cuya hospitalización se prevé por período comprendido entre 1 a 3 semanas.
 - Cuyo periodo de hospitalización sea inferior a 1 semana.

- Alumnado de Bachillerato u otras Enseñanzas Postobligatorias. Se atenderá a dicho alumnado cuando esté cubierta la atención en Enseñanza obligatoria y 2º Ciclo de Infantil. Aquí se ofrecerá asesoramiento y apoyo al estudio, materiales de consulta, etcétera.

Con esta normativa queda reflejado que en la Comunidad Valenciana se define de manera concisa la *Organización* dentro del ambiente de Compensación Educativa, y dentro de ella, los Servicios de Atención Educativa Hospitalaria.

Por otra parte, queda establecido que la estancia hospitalaria está organizada en tres tipos: larga, media y corta estancia. Así mismo queda reflejado que en esta Comunidad todos los niveles educativos son atendidos. Aunque sí que es cierto y hay que resaltar bajo nuestro punto de vista y también reflejado en la normativa, que la Atención Educativa Hospitalaria y a su vez Domiciliaria se dedica fundamentalmente al alumnado de media y larga estancia.

Para justificar lo señalado hemos querido aportar las consideraciones ofrecidas por las maestras del Hospital Clínico Universitario quienes indican: **“Se trabaja mucho a nivel diario donde a primera hora se pone en contacto con control de enfermería. Siempre se atiende con permiso de los padres y médicos”** (Cuestionario pasado el 31.03.2014).

Por otra parte, hemos querido tener las aportaciones ofrecidas por las maestras del Hospital Dr. Passet puesto que en este Hospital los ingresos en Pediatría son de corta estancia:

“Pasamos por las habitaciones y apuntamos a primera hora los niños y niñas que hay, puesto que en este hospital al ser pacientes de corta estancia van cambiando constantemente”. Aprovechan para señalar que: “Elaboramos una ficha con el curso y edad del alumnado. La dotación de materiales es muy buena. Hay actividades de entretenimiento, manualidades. Por la tarde cuando finaliza el Horario escolar se emplea el aula como espacio de entretenimiento y destrozan el aula, por ello tenemos que cerrar todo el material bajo candado. Hay mucho descontrol de padres y niños por las tardes ya que no hay voluntarios” (Cuestionario pasado el 01.04.2014).

Finalmente, el *Equipo Docente* del Hospital Politécnico Universitario “La Fe” nos comenta: **“De 9 a 10 horas es hora no lectiva dedicada a la coordinación. De 10 a 13:30 los maestros y profesores de Secundaria se van a las habitaciones a trabajar con los niños. De 14:30 a 16 horas se trabaja con niños, puesto que después de comer éstos agradecen salir de sus habitaciones.”** Asimismo, nos quisieron mostrar que: **“El trato con los médicos es bueno pero cuando los profesores son estables y llevan más de un curso en el UPH, hay mayor trato. A la UPH se le hace caso puesto que es el único lugar del hospital más creativo, con movimiento.”** (Cuestionario pasado el 03.04.2014).

Por consiguiente, la *Organización* depende, a su vez, de la *Coordinación* que se da entre personal docente, personal médico, enfermería, etcétera. El personal médico es el que debe dar permiso como la familia para comenzar su proceso escolar.

Por otra parte, la intervención directa del docente con el alumnado se podrá realizar en la propia unidad o en la habitación cuando éste no pueda desplazarse.

Aportamos las consideraciones de los docentes del Hospital Politécnico Universitario “La Fe”: **“Se atiende a la mayoría de alumnos en sus habitaciones puesto que son de especialidades como: Oncología, trasplantes, hemodiálisis...”** (Cuestionario pasado el 03.04.2014).

Por otra parte, las maestras del Hospital Clínico Universitario señalan: **“Se atiende en la UPH y los que no pueden desplazarse o que se encuentran en aislamiento, una de las maestras se desplaza por las habitaciones y la otra se queda en la UPH”** (Cuestionario pasado el 31.03.2014).

B.- Funcionamiento.

Siguiendo con el apartado *Funcionamiento*, la Orden 4.07.2001, señala que la Atención Hospitalaria se desarrollará en las dependencias de las instituciones hospitalarias públicas o privadas que se determinen. Así, la Administración Educativa establecerá en estas dependencias hospitalarias unidades de carácter pedagógico, las Unidades Pedagógicas Hospitalarias, cuyo profesorado atenderá al alumnado en procesos de hospitalización de larga duración en base a las siguientes actuaciones:

a) Mediante programas educativos adaptados a la singular situación de cada uno de los alumnos o alumnas hospitalizados que se desarrollarán de manera coordinada con el centro docente en que se encuentre escolarizado el alumno o alumna.

b) Información a las familias, al centro docente de procedencia y al centro hospitalario, si procede, de todos aquellos aspectos de interés que se deriven del proceso de aprendizaje del alumnado objeto de Atención Hospitalaria.

7.3.1.4.2.- Organización y Funcionamiento de la Atención Educativa Domiciliaria.

La Instrucción 22.09.2015 señalan una serie de criterios que deben seguirse para la *Organización y Funcionamiento* de dichos Servicios como son, valorar primeramente la información del alumno de nuevo ingreso contrastando la edad, patología, el tiempo previsto de su hospitalización, etcétera. A su vez, se toma contacto con la familia y por supuesto con su Centro de referencia, para ello se cumplimentarán los datos básicos del alumno, familia y centro educativo de referencia.

A.- Organización.

Comenzando el apartado de *Organización*, según la Orden 4.07.2001 señalan que estas actuaciones de Atención Educativa se realizarán teniendo en cuenta las circunstancias personales del alumnado de acuerdo con el siguiente modelo:

a) Atención Educativa Domiciliaria, cuando el periodo de convalecencia o alternancia entre hospitalización y convalecencia domiciliaria sea de larga duración.

La Orden 21.11.2006, señala que en periodos inferiores a 2 meses el alumno se atenderá desde su centro educativo con adaptaciones curriculares, adaptación de tareas para la realización domiciliaria o individual o cualquier otro tipo de atención como telefónica, telemática, etcétera.

A su vez, se propone si hay necesidad desde el Centro y hay profesorado con *Horario* incompleto, que colabore de manera voluntaria con el Servicio.

Cuando la Atención Educativa Domiciliaria sea prolongada, entre 2 y 6 meses se atenderá al alumnado siguiendo unos criterios y teniendo en cuenta sus circunstancias específicas y localización geográfica de su domicilio:

- Por profesorado adicional que se adscriba a Atención Educativa Domiciliaria combinada a la correspondiente Unidad Hospitalaria por la Dirección General de Personal Docente.
- Recursos propios del Centro de referencia.

Cuando se prevea una hospitalización domiciliaria superior a 6 meses será atendido:

- Dotación de personal docente proporcionado por la Consejería de Cultura, Educación y Deporte.
- Recursos propios del centro docente.

Tras haber contrastado opiniones de personal docente, padres-madres o tutores de alumnado enfermo e incluso Inspección Educativa debemos subrayar que la Atención Educativa Domiciliaria es un Servicio que ha evolucionado mucho en los últimos años. Sí que es cierto que dependiendo de cada CC.AA. el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria se puede solicitar a partir de un tiempo determinado de convalecencia. Según la normativa valenciana es a partir de los 2 meses cuando se solicita dicho Servicio, aspecto que no es correcto con las versiones contrastadas. Será a partir de los 30 días cuando se podrá solicitar dicha atención, ocasionando una demora de entre 3 semanas y 2 meses en prestación de la asistencia. Sí que está establecido que los alumnos de Valencia capital son atendidos por personal docente del Centro Concertado “Auxilia” y, a partir de 20 km más allá de la capital, por personal docente de Consejería. Esto es un aspecto a criticar debido a la desigualdad que se da en este Servicio entre alumnado de capital y alumnado fuera de ella. El Servicio ofrecido por el Centro Concertado al alumnado de la ciudad puede ser más rápido sin ocasionar tanta demora como con el alumnado de Provincia, al igual que tener un mayor contacto con los docentes del AA.HH. etcétera.

B.- Funcionamiento.

La Atención Educativa Domiciliaria, según la Orden 4.07.2001, es una modalidad de asistencia educativa caracterizada por la alternancia de periodos de formación presencial en el centro docente en el que está escolarizado el alumnado y periodos de estudio y trabajo individual en su domicilio, atendido por un docente. Esta atención estará destinada para el periodo en que el alumnado permanezca hospitalizado en su propio domicilio. Para ello se requerirá:

- Un Plan de Trabajo Individual elaborado a partir de la situación educativa del alumno.
- El procedimiento para coordinar el Plan de Trabajo Individual con el Centro al que pertenece dicho Servicio.
- El procedimiento para informar a los padres, madres o tutores legales del contenido del Plan de Trabajo Individual y de todo aquello que les concierna en relación con sus hijos.
- El compromiso por parte de las familias para facilitar en el propio domicilio un espacio y unas condiciones físicas adecuadas para el normal desarrollo de las actividades presenciales.
- En el Proyecto Curricular se dará una adaptación del currículum con metodología propia y organización de contenidos en ámbitos de conocimientos diferentes, así como criterios de evaluación; criterios de alumnado con Necesidades Educativas Especiales sobre discapacidad psíquica, motora o sensorial; el Plan de Orientación Educativa, Psicopedagógica y Profesional y el Plan de Acción Tutorial.

A su vez, en la Programación General Anual del Centro de referencia se realizará una Memoria Administrativa donde se reflejará:

- Las necesidades para las actuaciones de Compensación Educativa.
- El Consejo Escolar, Claustro y el Equipo Directivo evaluarán actuaciones de Compensación Educativa, al final del curso académico.

Las conclusiones quedarán reflejadas en la Memoria Anual remitida a la Dirección Territorial de Cultura y Educación.

Por otra parte, según la Orden 21.11.2006, señala que el *Funcionamiento* de la Atención Educativa Domiciliaria se fundamenta en:

- Recabar del Centro de origen del alumno toda la información relevante para su situación.
- Recoger copia de la propuesta Curricular elaborada por el alumnado.
- Establecer el Plan de Trabajo Individual con: horario de atención, distribución por áreas, secuenciación de contenidos, registro de seguimiento.
- Intervenir y apoyar al alumnado en base al contenido de la propuesta curricular individual.
- Mantener reuniones periódicas coordinadas por el profesor-tutor.
- Proponer ayudas técnicas individuales.
- Informar al Centro de referencia de las dificultades encontradas.
- Elaborar una memoria mensual.
- Colaborar en el proceso de evaluación final del alumnado.

En el domicilio del alumnado se preparará el *Espacio* adecuado, se encontrará la presencia de un adulto durante el tiempo de permanencia del docente.

Tras haber mostrado cómo se organiza y funciona la Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, debemos acentuar como aspecto crítico en la Comunidad Valenciana señalado por las aportaciones ofrecidas por los profesionales docentes de AA.HH., la gran demora que existe cuando se pasa de la Atención Educativa Hospitalaria a la Domiciliaria, entre 3 semanas a 2 meses, aunque según nos consta cada vez es más rápido. Son dos Servicios independientes y el proceso burocrático del segundo ententece la atención educativa prestada. Una de las profesionales docentes de las UPH del Hospital “La Fe” demanda como Propuesta de Mejora que la Atención Educativa Domiciliaria dependa del Aula Hospitalaria para que el Servicio sea más rápido cuando el alumnado salga del Hospital y comience su periodo de convalecencia.

7.3.1.4.3.- Dependencia administrativo-institucional de las AA.HH. y su personal.

Respecto al Indicador *Dependencia* vamos a destacar lo más significativo de la Comunidad señalando las consideraciones aportadas por los docentes de los respectivos Hospitales tomados de referencia.

Comenzando con las maestras del Hospital Clínico Universitario quienes indican: **“La Atención Educativa Domiciliaria depende de la Consejería de Educación Cultura y Deporte a partir de 20 km a la redonda de Valencia capital. Se llama a personal de bolsa de educación que pasará a ser interino del centro educativo de referencia que ha solicitado el servicio. Pero hasta 20 km a la redonda de Valencia capital depende del centro educativo “Auxilia” que es un Colegio Concertado.”** **“Los profesores de las Aulas hospitalarias dependen como funcionarios con plaza en propiedad de la Consejería de Educación, Cultura y Deporte”** (Cuestionario pasado el 31.03.2014).

A su vez el Inspector Educativo nos señaló: **“La Atención Educativa Domiciliaria oficialmente depende de la Consejería de Educación y Cultura exceptuando Valencia capital. Posteriormente respecto a contactos y obligaciones dependerá o formará parte del Centro de referencia donde esté matriculado el niño en cuestión.”** Respecto al personal docente de las Aulas Hospitalarias, nos comenta que dependen de la Consejería de Educación, Cultura y Deporte. (Cuestionario pasado el 23.04.2014).

7.3.1.5.- Espacios y Equipamiento.

En la Comunidad Valenciana existe una normativa de gestión económica que proporcionará la asignación financiera conveniente. La Dirección General de Política Educativa, en coordinación con la Dirección General de Tecnologías de la Información, según el presupuesto, dotará de recursos TIC para estas unidades (Instrucción 22.09.2015).

Por otra parte, siguiendo con las consideraciones señaladas por los docentes del Hospital Politécnico Universitario “La Fe” comentan que existen dos espacios educativos en este Hospital:

“a) En Oncología-Trasplantes:

- **Unidad Pedagógica Hospitalaria más Ciberaula “La Caixa.”**

b) Entre el Edificio E-F:

- **Unidad Pedagógica Hospitalaria más Ciberaula “La Caixa.”**
- **Aula de docencia.”** (Cuestionario pasado el 03.04.2014).

La mayoría de Hospitales que disponen de Unidad Pedagógica Hospitalaria cuentan con el Programa “El Alma” de la Caixa ubicando una Ciberaula en el Hospital.

De los tres Hospitales de la Ciudad de Valencia que cuentan con planta de Pediatría siendo los tomados como referencia para nuestro estudio, sólo dos cuentan con Ciberaula, el Hospital “La Fe” y el Hospital Clínico, debido a que el Hospital Dr. Pesset cuenta con alumnado enfermo de corta estancia. La Ciberaula es un aula educativa destinada a alumnado enfermo, familiares, hermanos. Sí que es cierto que suelen frecuentarla alumnado de media y larga estancia.

7.3.1.6.- Equipo Docente.

La normativa de la Comunidad Valenciana, al igual que en el resto de Autonomías estudiadas, no hace mención respecto al personal que conforma el *Equipo Docente*. Por esta razón, para desarrollar este punto nos hemos basado en aportaciones ofrecidas por los miembros de las Unidades Pedagógicas Hospitalarias de los Hospitales tomados de referencia en esta Autonomía.

Las consideraciones aportadas por el *Equipo Docente* del Hospital Politécnico Universitario “La Fe” señalan que:

“El Equipo Docente está formado por 9 docentes:

Seis maestros/as a tiempo completo.

Dos maestros/as de Secundaria del área Lingüística y área Científica compartidos con otros Hospitales.

Sólo se quedan dos maestros/as en el aula, los demás se van a las habitaciones, o a Oncología, a Trasplantes o Hemodiálisis.” (Cuestionario pasado el 03.04.2014).

Por otra parte, las maestras del Hospital Clínico Universitario comentan: **“El Equipo Docente está formado por dos maestras de Educación Especial o PT a jornada completa. Un profesor de Secundaria del área de Lingüística y un profesor de Secundaria del área Ciencias dependientes de La Fe.”** (Cuestionario pasado el 31.03.2014).

Finalmente, las dos maestras del Hospital Dr. Pesset nos aportan: **“Somos dos maestras de Pedagogía Terapéutica (PT). No hay profesores de Secundaria porque es un Hospital donde no hay alumnado de larga estancia”** (Cuestionario pasado el 01.04.2014).

Como se observa, hay docentes para cubrir los niveles de Enseñanza Obligatoria. Sí que se aprecia que los Hospitales que cubren ingresos de larga y media estancia cuentan con profesorado de Secundaria, sin embargo los que cubren ingresos de corta estancia sólo cuentan con profesorado para cubrir la Enseñanza Obligatoria. Sí que debemos resaltar que la Comunidad Valenciana es una de las Comunidades que cuentan con maestros de la especialidad en Pedagogía Terapéutica hasta la actualidad, aunque sí que nos consta que, la última maestra que entró a formar parte del *Equipo Docente* de la UPH en “La Fe” durante el curso 2014-15, es maestra con la especialidad de Infantil y Primaria.

7.3.1.7.- Perfil del Docente y Formación Permanente.

Primeramente, resaltamos que en las instituciones hospitalarias públicas hay unidades educativas hospitalarias para facilitar la continuidad del proceso educativo del alumno hospitalizado. Por ello, los recursos personales en la Unidad docente serán funcionarios con la titulación de maestros y profesores de la ESO (Orden 21.11.2006).

Por otra parte, el número de puestos docentes se determinan en coordinación con la Dirección General de Centros Docentes, y Personal Docente desde la Dirección General de Política Lingüística a propuesta de las respectivas Direcciones Territoriales con competencias en materias de educación valorando el número de alumnado atendido en el Hospital, la existencia de unidad pediátrica en dicho Hospital, y la disponibilidad de un espacio físico adecuado para el ejercicio de sus funciones (Instrucción 22.09.2015).

Hemos podido observar que en la normativa valenciana como en el resto de Comunidades estudiadas, no se especifica nada respecto al *Perfil Profesional específico*, respecto a formación y/o especialidad demandada para ocupar dichos puestos. Por ello, hemos creído relevante indicar las versiones obtenidas de los diferentes Hospitales de referencia de la ciudad de Valencia para justificar qué *Perfil específico* se requiere en dichas UPH valencianas.

Teniendo en consideración las aportaciones de un Inspector Educativo quien confirma: **“Acceden a este Servicio [AA.HH. o UPHs] personal, más concretamente funcionarios con plaza propia por Comisión de Servicios, es decir, de manera voluntaria suelen acceder a estos puestos. Su perfil académico es Diplomado en Magisterio o Grado en Magisterio especializado en Pedagogía Terapéutica o Audición y Lenguaje, pero no necesariamente, puesto que los alumnos de las Aulas Hospitalarias no son necesariamente sujetos con Necesidades Educativas Especiales, por ello también podrían acceder los de Primaria. Aunque actualmente la mayoría de maestros son de Pedagogía Terapéutica”**. También nos señala que estas plazas no salen a concurso, por ello son cubiertas por Comisión de Servicios por personas interesadas y que administrativamente se aceptan. El Inspector suele renovar a las personas para que continúen en esa plaza (Cuestionario pasado el 23.04.2014).

Por otra parte, las consideraciones señaladas por las maestras del Hospital Clínico Universitario son:

“Optan a esta plaza [AA.HH.] funcionarios con plaza en propiedad, en Comisión de Servicio por libre elección cuyo Servicio se renueva anualmente. Se pide Diplomatura en Educación Especial, aunque ambas maestras tenemos también titulación en Psicopedagogía y una de nosotras Auxiliar de Clínica”. (Cuestionario pasado el 31.03.2014).

Finalmente, el *Equipo Docente* del Hospital Politécnico Universitario “La Fe” señala: **“Hasta ahora se exigía Magisterio en Educación Especial o Pedagogía Terapéutica pero la última maestra que ha entrado es maestra en Infantil y Primaria más titulación de Auxiliar de Clínica. Otra maestra es de Pedagogía Terapéutica más licenciada en Psicopedagogía. Y otra maestra es Diplomada en Pedagogía Terapéutica más Licenciada en Psicología.”** (Cuestionario pasado el 03.04.2014).

Respecto a la situación de los docentes de Atención Educativa Domiciliaria, queremos comentar ciertos aspectos que indiquen en cierta desigualdad atencional. Primeramente, señalar que mientras no hay demanda, no existe la figura de docente de Atención Educativa Domiciliaria, como sucede en algunas Autonomías. Pero cuando hay petición, cuando un escolar que vaya a tener periodo de convalecencia mayor de 30 días, la atención será de dos maneras: Si es alumnado de Valencia capital o 20 Km a la redonda, el puesto estará atendido por un docente del colegio concertado denominado “Auxilia” mientras tenga horas disponibles. Sin embargo, si el alumnado reside más allá de 20 km de Valencia capital se llamará a un profesor interino de la bolsa de trabajo docente de la Consejería de Educación, Innovación, Cultura y Deporte.

Tras mostrar todo lo referente al *Perfil Profesional* y ver que dicha Comunidad es similar al resto, respecto a que no menciona en su normativa el *Perfil Profesional específico* para estos puestos tan definidos. Hacemos crítica al respecto en base a que, primeramente debería de haber un acuerdo respecto a que, el *Perfil específico* demandado fuera uniforme en todas las CC.AA., ya que un alumnado enfermo es similar en cualquier territorio. Seguidamente, sería fundamental que quedara reflejado bajo normativa, especialmente, las cualidades formativas y profesionales que debería poseer cualquier docente que ocupe dicho puesto.

Respecto al tema *Formación* continuamos con la Instrucción de 22.09.2015, indicando que los docentes que desempeñan su labor en dichas unidades deben tener la formación suficiente en TIC, en Pizarra Digital interactiva y entorno Lliurex o, compromiso en formarse.

Por otra parte, respecto a la “Formación del Profesorado”, se aporta que el Servicio de Evaluación y Estudios trasladará al Servicio competente en materia de Formación del Profesorado, la propuesta de la Comisión que coordina las UPH para la realización de las diferentes acciones formativas sobre temas que les resulten de interés a los docentes que prestan Servicios en las Unidades Pedagógicas Hospitalarias.

Para contrastar lo mostrado en la normativa hemos recurrido a las consideraciones ofrecidas por el personal docente de los respectivos Hospitales.

Por ello, los docentes del Hospital Clínico Universitario aportan: **“La Formación Inicial por parte de Spes respecto a Pedagogía Terapéutica, es nulo. Hay cursos de Pedagogía Hospitalaria que programan otros profesores de otros Hospitales. Ejemplo de ello los cursos de Las Tacs durante el año pasado y éste, más cursos y Jornadas de la Asociación de Aspanion (Asociación de Padres de Niños con Cáncer). Respecto a la Formación Permanente, hay en los Cefires pero concretamente de Pedagogía Hospitalaria no, es formación en general”** (Cuestionario pasado el 31.03.2014).

Señalando las consideraciones de los docentes del Hospital Politécnico Universitario “La Fe” indican:

“La Formación Inicial son los compañeros. No hay cursos de Formación Inicial antes de ocupar la plaza en el Hospital.”. Una de las maestras opina que “El mejor curso de formación inicial es la experiencia anterior en centros de Educación Especial puesto que abarcan todos los niveles hasta los 21 años. La formación sanitaria no la considero tan importante”. Aprovecha para aportar que cuando el hospital se trasladó renovaron a los seis maestros que estaban a jornada completa, es decir cambió el equipo. En el nuevo hospital a los nuevos docentes se le dieron charlas sobre todo el personal pediátrico de Oncología (Cuestionario pasado el 03.04.2014).

Finalmente, las aportaciones de las maestras del Hospital Dr. Pesset señalan:

“Respecto a Formación Inicial no hay, y sobre Formación Permanente en Consejería algún curso pero insuficientes. Hay seminarios con la misma Provincia y una vez al año en la Comunidad. Respecto a la Formación Permanente pedimos según lo que necesitamos, sobre Tic o Jornadas de Aspanion. Esta unidad es diferente” (Cuestionario pasado el 01.04.2014).

Por tanto, respecto a la Formación Inicial, dicha normativa indica poseer ciertos conocimientos entorno a TIC, Pizarra Digital, pero sin especificar quién debe proporcionar esa formación. Sin embargo, sí que consta que habrá un Servicio que bajo propuesta de la Comisión de UPH ofrecerá formación respecto al ámbito en cuestión. Sin embargo, justificándolo con los propios docentes hospitalarios la *Formación Permanente* es “inexistente” en dicho campo.

7.3.1.8.- Horario y Calendario Escolar.

Comenzando con la Orden 21.11.2006, los módulos *Horarios* para la Atención Educativa Domiciliaria serán los siguientes:

- Educación Primaria: 1/3 del *Horario* lectivo semanal del alumno (7,30 horas semanales) con media hora semanal para la coordinación con el profesor/tutor del Centro.
- Educación Secundaria: 5 horas semanales de atención directa en ámbito Lingüístico-Humanístico y Científico-Técnico (1 hora diaria durante 5 días) más 1 hora semanal de coordinación con profesor/tutor del centro. Máximo 9 horas semanales más 1 hora de Coordinación semanal.

Siguiendo con el *Calendario Escolar* de estas unidades, según la Instrucción 22.09.2015, será el establecido para el resto de Centros docentes de Educación Infantil y Primaria de la localidad donde se ubique el centro hospitalario. A su vez, la “distribución horaria” será flexible teniendo siempre en consideración los *Horarios* y rutinas del centro hospitalario como pruebas, visitas médicas, *Horarios* de comidas. El *Horario* obligado complementario se destinará a la *Coordinación* con los Centros de referencia del alumnado ingresado.

Por consiguiente, el *Horario* docente contará con sesiones de mañana y tarde con posibilidad de tener una tarde formativa semanal. Las horas para funciones de *Coordinación* serán hasta un máximo de 3 horas semanales

Las maestras del Hospital Clínico Universitario señalan:

“El horario del aula es de 9 a 16 horas sin tarde formativa. De 12,30 a 13,30 dedicada a reuniones o coordinación con padres, o reuniones multidisciplinares con médicos.”
(Cuestionario pasado el 31.03.2014).

A su vez los docentes del Hospital La Fe comentan que el horario del aula es: **“de 9 a 16 horas.”** (Cuestionario pasado el 03.04.2014).

Con estas aportaciones es evidente que el estado de salud del alumnado hospitalizado es lo prioritario quedando subordinado el bienestar emocional y educativo del niño. Pero sí que es cierto y podemos confirmar, que cada vez hay más factores que se tienen más presentes al respecto, ya que el estado emocional del niño es fundamental puesto que son aspectos que influyen en la manera de afrontar la enfermedad, el ingreso, el tratamiento, etcétera.

Por otra parte, y para finalizar este apartado queremos puntualizar que de las cinco Comunidades estudiadas, la Comunidad Valenciana junto con el País Vasco es una de las Comunidades que presenta un *Horario Escolar* con jornada partida (mañana y tarde), pero a partir del curso 2016-2017, dicha Autonomía oferta la posibilidad de que cualquier colegio de manera voluntaria pueda acogerse a el *Horario* de jornada intensiva.

7.3.1.9.- Coordinación y Seguimiento con el Equipo Multidisciplinar y el Centro de referencia.

La Coordinación general de las UPH será competencia de la Dirección General de Política Educativa. El Seguimiento y Supervisión del *Funcionamiento* de UPH será competencia de las respectivas Direcciones Territoriales de Educación en colaboración con la Dirección General de Política Educativa

7.3.1.9.1.- Con el Equipo Multidisciplinar.

Según la Orden 21.11.2006, la colaboración Educativa Domiciliaria del profesor, tutor, familia del alumno y personal que se designa para la Atención Educativa Domiciliaria es esencial para dar unidad al proceso educativo y ritmo de aprendizaje. Así pues, la colaboración con el profesorado de la unidad hospitalaria es esencial en procesos mixtos.

Respecto a la Coordinación de la unidad siguiendo la Instrucción de 22.09.2015, señalan que la Inspección General de Educación nombrará Inspectores de Educación, uno en cada Provincia, a propuesta de las respectivas Direcciones Territoriales realizando funciones de conexión de estas unidades.

Las agrupaciones que dispongan de 3 a 7 unidades contarán con un coordinador responsable. Entre las funciones que tiene dicho profesional aportan, supervisar el cumplimiento de los horarios por parte de los profesores, así como sus funciones; gestionar los recursos económicos de la unidad; mantener coordinación con la Gerencia del Hospital; colaboraciones con Asociaciones sin Ánimo de Lucro, traslado de esta información a los Inspectores de Educación y *Coordinación* de la Provincia, etcétera.

Por otra parte, las funciones de los docentes que atienden estas Unidades son las siguientes:

- Elaborar un Plan Anual de Actuación para atender al alumnado hospitalizado que se adapta a la estructura, la *Organización* y el *Funcionamiento* del Hospital.
- Atención educativa personalizada, adecuada a las necesidades individuales del alumnado.
- Motivación del alumnado para asistir y participar en actividades tanto formativas como lúdicas que desde la unidad se propongan.
- Contextualización y desarrollo de la Propuesta Curricular adaptada a las necesidades del alumnado, aportada por los Centros donde están escolarizados.
- Colaboración, coordinación e intercambio de información con los Centros de referencia, especialmente con los tutores y con el profesorado de Atención Educativa Domiciliaria. Facilitar la reincorporación de dicho alumnado a su

Centro de referencia, informando del plan de trabajo desarrollado y la evaluación desarrollado con el mismo.

- Alumnado que alterna periodos de hospitalización con Atención Educativa Domiciliaria, se dará coordinación de la intervención y del programa educativo con el docente del Servicio domiciliario.
- Facilitar la integración y comunicación del alumnado hospitalizado con otros niños hospitalizados, para evitar su aislamiento.
- Información a las familias, Centro docente e instalación hospitalaria de aspectos de interés.
- Elaboración de una memoria anual que valore su Plan General de Actuación.

Respecto a la *Coordinación, Seguimiento* y supervisión general de las UPH será competencia de la Dirección General de Política Educativa. Por ello, se constituirá una Comisión Coordinadora compuesta por:

- Un representante del Servicio de Evaluación y Estudios nombrado por el Director General de Política Educativa.
- Un representante de la Inspección General de Educación.
- Inspectores designados por la Inspección General.
- Los docentes designados de entre los coordinadores de las UPH de cada una de las tres Provincias.
- Un técnico del Servicio de Evaluación y Estudios, designado por el Director General de Política Educativa, actuando como secretarios.
- Asimismo, la Comisión tendrá las siguientes funciones:
- Acordar procedimientos de intervención en las UPH.
- Detectar necesidades relativas a recursos humanos, materiales de las UPH.
- Proponer al Servicio de Formación del Profesorado acciones formativas específicas para los profesionales que trabajan en dichas unidades.

Se ha creído conveniente subrayar las consideraciones planteadas por un Inspector Educativo indicando: **“Los responsables de estas aulas son Coordinadores y no Directores. Los hubo al principio, pero actualmente no. Estos Coordinadores se van alternando cada dos años.”** (Cuestionario pasado el 23.04.2014).

A su vez, las maestras del Hospital Clínico Universitario comentan: **“Se trabaja mucho a nivel diario donde a primera hora se pone en contacto con control de enfermería. Siempre se atiende con permiso de los padres y médicos”** (Cuestionario pasado el 31.03.2014).

Las alusiones del *Equipo Docente* del Hospital Politécnico Universitario “La Fe” son: **“De 9 a 10 horas es hora no lectiva dedicada a la coordinación. De 10 a 13:30 los maestros y profesores de Secundaria se van a las habitaciones a trabajar con los niños. De 14:30 a 16 horas se trabaja con niños, puesto que después de comer éstos agradecen salir de sus habitaciones.”** **“El trato con los médicos es bueno pero cuando los profesores son estables y llevan más de un curso en el UPH, hay mayor trato. A la UPH se le hace caso puesto que es el único lugar del hospital más creativo, con movimiento.”** (Cuestionario pasado el 03.04.2014).

Finalmente, las maestras del Hospital Dr. Pesset nos comentan: **“Pasamos por las habitaciones y apuntamos a primera hora los niños y niñas que hay, puesto que en este Hospital al ser pacientes de corta estancia van cambiando constantemente. Elaboramos una ficha con el curso y edad del alumnado. La dotación de materiales es muy buena. Hay actividades de entretenimiento, manualidades.”** Así mismo, nos señalaron que por la tarde el aula se destina a lugar de ocio y entretenimiento. Sí que es cierto que dieron evidencia que tienen problemas durante este período con el material, que deben cerrar por los destrozos ocasionados. Debido a que no hay voluntariado hay un alto descontrol (Cuestionario pasado el 01.04.2014).

Sintetizando queremos enfatizar que la Comunidad Valenciana es una Autonomía donde la responsabilidad de dichos Servicios está descentralizada, teniendo las Aulas Hospitalarias apenas conexión con la Dirección central. Esto conlleva aspectos positivos y negativos. Respecto aspectos positivos destacar la gran autonomía de los docentes de las UPH, pero como aspectos negativos indicar la falta de *Coordinación* que se da entre ambos Servicios (Hospitalario y Domiciliario). Por consiguiente, nos consta que la Comunidad Valenciana es un territorio que presenta gran demora en la prestación del Servicio de Atención Educativa Domiciliaria. Los propios profesionales que atienden ambos puestos, tanto el Hospitalario como el Domiciliario confirman la falta de relación entre ambos, así como la gran burocratización que supone tramitar la atención educativa en el domicilio, generando largas demoras llegando incluso a 2 meses a partir de la solicitud. Esto supone, que el alumnado convaleciente no disponga del Servicio Atencional Domiciliario.

7.3.1.9.2.- Con el Centro de referencia.

Comenzando con la Orden 4.07.2001, indica que la “planificación y la intervención” educativa se dará en Centros Públicos de Enseñanza Infantil (2º ciclo), Primaria y Eso, donde tendrán actuaciones de Compensación Educativa. Por esta razón, el Consejo Escolar del Centro tendrá una serie de funciones como: Detección y definición de Necesidades de Compensación Educativa; reforzar el apoyo escolar junto con su familia; el Equipo Directivo planificará la intervención de este alumno; los Centros que escolaricen al alumnado hospitalizado con Atención Educativa Domiciliaria tomarán medidas para el progreso educativo y de reincorporación; planificación de la intervención educativa donde se incorporarán al Proyecto Educativo y en el Proyecto Curricular. Asimismo, en la Programación General Anual se incorporarán las actuaciones educativas. En el Proyecto Educativo constará la Coordinación con los Servicios del municipio relacionados con entidades públicas o privadas sobre actuaciones para la mejora de la integración social y educativa del alumno.

En el Proyecto Curricular habrá una adaptación del currículum con metodología propia, así como *Organización* de contenidos en ámbitos de conocimientos diferentes. A su vez, se darán unos criterios de evaluación y unos criterios de alumnos con Necesidades Educativas Especiales sobre discapacidad psíquica, motora o sensorial y el Plan de Orientación Educativa, Psicopedagógica, Profesional y el Plan de Acción Tutorial. En la Programación General Anual habrá una Memoria administrativa donde se nombrarán las necesidades para las actuaciones de Compensación Educativa. Al finalizar el curso académico en el Consejo Escolar, el Claustro y el Equipo Directivo evaluarán dichas actuaciones.

Las conclusiones de la Memoria Anual estarán remitidas a la Dirección Territorial de Cultura y Educación. Por otra parte, en el Programa de Compensación Educativa se analiza la realidad social del entorno, las características del centro y las necesidades del alumno. Así, las actuaciones irán en el Plan de Atención a la Diversidad y modificarán el Proyecto Curricular respecto al Programa docente, la colaboración con otras instituciones, la organización pedagógica y administrativa del Centro.

Siguiendo con la misma Orden se confirma que los centros que escolaricen al alumnado Hospitalizado o con Atención Educativa Domiciliaria tomarán medidas para el progreso educativo y de reincorporación de nuevo al centro, así como la planificación de la intervención educativa quedará reflejada en el Proyecto Educativo. En el Proyecto Curricular se señalarán las medidas de carácter general.

Asimismo, el Programa de Compensación Educativa que desarrolle cada centro sostenido con fondos públicos será autorizado por el Director General de Ordenación e Innovación Educativa y Política Lingüística, a propuesta del correspondiente Director o Directora Territorial de Cultura y Educación, previo informe de la Inspección Educativa de acuerdo con el siguiente procedimiento:

Los Centros presentarán su solicitud, tomando como referencia el modelo de esta Orden (consultar Anexo I) con un curso de antelación a aquel en que vaya a realizarse y, en todo caso, antes de 10 días de haber finalizado la matrícula.

En la solicitud se incluirán los siguientes aspectos:

- El número de alumnado con necesidad de Compensación Educativa.
- La concentración en un determinado nivel o etapa educativa de este alumnado.

- Las necesidades de compensación educativa del alumnado, de carácter permanente o temporal.
- El programa a desarrollar.
- Un mes después de recibidas las solicitudes en cada año natural, la Dirección Territorial de Cultura y Educación elevará a la mencionada Dirección General la propuesta priorizada de autorización de los Programas y de la dotación de recursos que se requieran para su desarrollo acompañada del informe de la Inspección Educativa.
- La autorización de los Programas de Compensación Educativa podrá extenderse a más de un curso académico cuando así lo requieran sus características.

Evidentemente en el ámbito de la salud, este tipo de programas se extenderá hasta que el niño se reincorpore totalmente a su Centro de referencia sin tener necesidad de servicios de Aulas Hospitalarias y/o Atención Educativa Domiciliaria.

Por otra parte, hemos considerado relevante presentar el procedimiento para solicitar Atención Educativa Domiciliaria siguiendo la Orden 21.11.2006, teniendo críticas por parte de los propios docentes hospitalarios, ya que ocasionan grandes demoras:

- El padre, madre o tutor legal del alumnado presentará en el centro en que esté escolarizado la solicitud dirigida al Director o Directora Territorial correspondiente indicando la modalidad de atención requerida. Esta solicitud irá acompañada de un Informe Médico que especifique con claridad la duración estimada del periodo de convalecencia domiciliaria y, cuantos informes estime oportunos.
- La Dirección del centro acompañará esta documentación con un Informe del tutor del alumno o alumna que indique el nivel de competencia de éste y, en su caso, la propuesta curricular adaptada. La trasladará a la correspondiente Dirección Territorial antes de los cinco días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud.
- Finalmente, la Dirección Territorial elevará la propuesta a la Dirección General de Personal, acompañada del Informe de la Inspección de Educación, antes de

los diez días hábiles siguientes a la recepción del expediente, sobre la modalidad de asistencia educativa que proceda. Para ello se tendrá en cuenta los criterios que determine dicha Dirección General. A su vez, la Dirección General de Personal autorizará la atención del profesorado que requiera la Atención Educativa Domiciliaria y lo notificará a la Dirección Territorial e interesados antes de los diez días hábiles posteriores a su recepción.

- En la documentación oficial del alumnado atendido a través de cualquiera de estas modalidades se hará constar la siguiente diligencia: “Diligencia para hacer constar que el alumno/a (...) ha precisado de Atención Educativa Domiciliaria durante el periodo comprendido entre él (...) y el (...) del año (...)”.

Siguiendo con la misma Orden, pero haciendo referencia a la Coordinación con el Centro de referencia, señala que cuando la duración del periodo de hospitalización sea superior a 3 semanas de forma continuada, se deberá:

- Coordinar el programa educativo con el profesor tutor del centro en el que está escolarizado el alumno. Cuando haya alternancia de periodos de hospitalización y periodos de Atención Educativa Domiciliaria deberá coordinar el programa educativo con el personal de la Atención Educativa Domiciliaria.
- Informar a las familias, al Centro de referencia del alumnado y a la propia institución hospitalaria de los aspectos de interés que afectan al desarrollo integral, educativo, psicológico y afectivo del alumno.
- Elaborar una Memoria Anual valorativa de su Plan General de Actuación.

Queda reflejada la importancia de la *Coordinación* con el tutor y no con el Departamento de Orientación como realizan otras Comunidades.

Continuando con lo señalado por las Instrucciones 22.09.2015, indican que habrá una comunicación con la familia donde se realizará una solicitud de consentimiento para tramitar la petición al centro educativo del alumnado y documentación para la intervención educativa (Consultar Anexo II). A continuación, se sigue el siguiente proceso:

- Comunicación al Centro de referencia del alumno sobre su incorporación a la Unidad Pedagógica si el ingreso es de larga estancia, continua o alternancia solicitando información para organizar intervención educativa (Consultar Anexo III). Si es de media o corta estancia, el coordinador determinará el procedimiento.
- Planificación del trabajo a desarrollar por el alumnado.
- Intervención directa con alumnado en aula o habitación.
- Registro diario y evaluaciones realizadas (Consultar Anexo IV).
- Con alumnado de larga estancia se elaborará un informe de seguimiento y evaluación de actividades para trasladar esa información al centro educativo de referencia.
- Los maestros dispondrán de un código para acceder al portal educativo “Mestre a casa”.

Habiendo mostrado la normativa pertinente para solicitar dichos Servicios, son evidentes los múltiples trámites burocráticos necesarios, mostrando a su vez la gran descentralización del Servicio teniendo que pasar por varios departamentos hasta finalizar en la Dirección General. Estos trámites administrativos producen gran demora especialmente en la Atención Educativa Domiciliaria hasta que se concede la misma. Por parte de los propios docentes de las respectivas UPH se demanda mayor Coordinación entre el Servicio de Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria y, especialmente que el profesorado de educación en el Domicilio dependa de la UPH como en otras CC.AA., para que no haya tanta demora cuando se pasa de un Servicio a otro.

Continuando y siguiendo la Instrucción 22.09.2015, pasamos a nombrar las directrices que los centros educativos que escolaricen alumnado con Atención Educativa en UPH deberán seguir y colaborar con los docentes de esa Unidad:

- Seguir con la continuidad del procedimiento educativo del alumnado colaborando con los docentes, ya que la responsabilidad de este proceso es del Centro donde se encuentran matriculados los niños.
- Facilitar la documentación escolar e información referente al alumno escolarizado
- Aportar aspectos relativos al Plan de Trabajo Individual a desarrollar con el alumno.
- Facilitar la vinculación del alumno con sus compañeros del centro escolar y coordinación entre el tutor docente del Centro de referencia y el docente de la unidad.

El Centro de referencia del alumnado se deberá implicar en el proceso educativo del escolar que esté hospitalizado y/o convaleciente. El tutor es un profesional que cumple un papel primordial, aunque sí que es cierto y, siguiendo las consideraciones aportadas, hay tutores que se implican y colaboran con el docente del Aula Hospitalaria y otros no.

Las aportaciones de las maestras del Hospital Clínico Universitario señalan: **“Respecto al contacto con los tutores, se envía primeramente un anexo junto con el consentimiento del Director y tutor a Consejería. Hay una implicación importante con el tutor ya que estamos en contacto todas las semanas por internet y trimestralmente se envía un informe ya que el profesor-tutor es el que evalúa. En época de exámenes el tutor nos envía en un sobre cerrado el examen y posteriormente hay una reunión con el tutor”** (Cuestionario pasado el 31.03.2014).

Asimismo, los docentes del Hospital Politécnico Universitario “La Fe” aportan que: **“El contacto con los tutores se realiza con alumnos crónicos o de larga estancia (más de tres semanas). Los padres firman una hoja de consentimiento y le proporcionaran toda la documentación necesaria que debe rellenar el centro de referencia. El maestro de la UPH se pone en contacto con el tutor más el equipo de maestros, más Dirección más Inspector más Consejería. El maestro no comenta nada a nivel médico con el tutor. El objetivo es que finalice el curso y si hay tiempo que disfrute de actividades lúdicas. Cuando las estancias son cortas, menos de tres semanas no se ponen en contacto con tutor y se trabaja con proyectos. A no ser que el alumno comience tratamiento prolongado. Hay triángulo con alumnos de larga estancia.”** (Cuestionario pasado el 03.04.2014).

7.3.1.10.- Evaluación.

Todo lo que respecta a la Evaluación, siguiendo la Orden 21.11.2006, será el profesor tutor del Centro de referencia del niño quien lo lleve a cabo, pero por supuesto imprescindible el profesorado de las unidades hospitalarias, así como el personal de Atención Educación Domiciliaria. Referente a estancias de menos de 2 meses, la atención educativa se atenderá en el Centro de referencia mediante adaptaciones curriculares, adaptación de tareas para Atención Educativa Domiciliaria, atención periódica mediante tutorías telefónicas, telemáticas, etcétera, realizándolo el profesorado con *Horario* incompleto de manera voluntaria Este último aspecto hace referencia al Servicio de Atención Educativa Domiciliaria, pero es un tema contrastado y no correcto con la realidad actual, ya que la solicitud de dicho Servicio se podrá presentar a partir de 30 días de recuperación en domicilio y no 60 días como indica esta normativa.

Continuando con la Instrucción 22.09.2015, indican respecto a la *Evaluación* que hay un registro diario y una estimación de las intervenciones realizadas durante la semana. En cada UPH se dará un modelo de registro adaptado a su organización empleando el modelo de Anexo IV. En el caso de alumnado de ingreso de larga estancia, continua o alternancias con periodos domiciliarios por patología crónica o de larga duración, se efectuará un informe de *Seguimiento y Evaluación* de las actividades desarrolladas y trasladar dicha información al centro educativo de referencia del alumno.

Para justificar lo aportado por la normativa señalada mostramos las consideraciones comentadas por los docentes del Hospital Politécnico Universitario “La Fe” indicando que según el tipo de alumno condiciona la manera de trabajar: **“Un alumno crónico exige conexión con el centro de referencia, con el profesor de Atención Educativa Domiciliaria, realizar informes cada tres meses, realizar los exámenes que los envía el tutor. Nosotros lo realizamos y anotamos circunstancias del niño de ese día y enviamos el examen al tutor que lo corrige. Sin embargo, con los alumnos de corta estancia impartimos docencia mediante proyectos. Al alumnado de Psiquiatría o Educación Especial se les trata como alumnado de larga estancia debido a que es un niño estresante, hay conexión con tutor, informe cada tres meses, etcétera.”** (Cuestionario pasado el 03.04.2014).

Hemos considerado oportuno volver hacer reseña de estos argumentos señalados por el *Equipo Docente* del Hospital Politécnico y Universitario “La Fe” las cuales resaltan que el contacto con los tutores se realiza con los alumnos crónicos o de larga estancia (Más de 3 semanas): **“Los padres firman una hoja de consentimiento y le proporcionamos toda la documentación necesaria que debe rellenar el centro de referencia. El docente de la UPH se pone en contacto con el tutor más equipo de maestros/as más Dirección más Inspector más Consejería. El docente de la UPH no comenta nada a nivel médico con el tutor. El objetivo principal es que finalice el curso académico y si hay tiempo realizar actividades lúdicas. Respecto a las estancias cortas, aquellas que son de menos de 3 Semanas no nos ponemos en contacto con el tutor puesto que trabajamos con proyectos, a no ser que dicho alumno/a comience con tratamiento prolongado.”** (Cuestionario pasado el 03.04. 2014).

Finalmente, las maestras del Hospital Dr. Passet comentan: **“No tenemos contacto con tutor ni con colegio de referencia puesto que el alumnado es de corta estancia. No elaboramos informes para los tutores por el tipo de alumnado que viene.”** (Cuestionario pasado el 01.04.2014).

Como ha quedado reflejado, tanto en la normativa como en las versiones ofrecidas, la Evaluación dependerá del Centro de referencia del escolar hospitalizado. Sí

que es cierto que el alumnado que está evaluado es el escolar de larga estancia, accidente con largo ingreso, enfermedad crónica como cáncer o diabetes, etcétera. En estos casos jugará un papel fundamental el *Equipo Docente* Hospitalario como Domiciliario, ya que estará interactuando constantemente con el tutor, y tendrá un papel fundamental en la Evaluación del alumnado en cuestión aportando sus propios informes.

Capítulo 8. Estudio comparado de los Indicadores seleccionados en las Comunidades Autónomas objeto de estudio

8.1.-Introducción.

El objetivo principal de este capítulo se fundamenta en llevar a cabo un análisis comparado de los respectivos Indicadores que determinan los Programas de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria. En este apartado los hemos empleado como Indicadores Comparativos reflejando así, las convergencias y divergencias observadas en las Comunidades objeto de estudio.

Queremos matizar que a lo largo de nuestro proceso de investigación se ha profundizado mayoritariamente en el análisis y estudio comparado de los Programas de Atención Educativa Hospitalaria, y en menor grado los de Atención Educativa Domiciliaria.

A continuación, hemos realizado un estudio comparativo entre las Comunidades objeto de estudio mostrando aquellos aspectos en los que convergen, pero sobre todo acentuando sus diferencias. Finalizaremos, con una comparación global agrupando a las Autonomías por sus semejanzas compartidas y, destacando aquello en lo que despuntan del resto.

Antes de dar comienzo al estudio de los Indicadores Comparativos de la normativa y prácticas docentes de las AA.HH. y la Atención Educativa Domiciliaria de las Comunidades seleccionadas debemos constatar que, tanto la Comunidad extremeña como el País Vasco no cumplen el criterio de seguir una Instrucciones específicas que regulen los Programas estudiados en nuestra Tesis doctoral.

8.2.- Las Aulas Hospitalarias en las Comunidades de Andalucía, Extremadura, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana.

8.2.1.- Tipología.

Este apartado comienza abordando el primer Indicador Comparativo que presentamos en las Comunidades objeto de estudio. En este punto se indican los Programas que cada Autonomía refleja en su normativa relacionados con el escolar enfermo.

Primeramente, se ha realizado una yuxtaposición de las Autonomías objeto de estudio mostrado en la Tabla 16, y a continuación se ha elaborado una comparación de los aspectos que más destacan en cada una de ellas.

Tabla 16
Tipología

Comunidad Autónoma	Tipología
Andalucía	-Aulas Hospitalarias. -Atención Educativa Domiciliaria. Hay profesorado para este alumnado pero cuando hay más demanda y no disponibles para desempeñar este Servicio se recurre a personal del Programa de Acompañamiento Escolar Andaluz (PROA).
Extremadura	-Aulas Hospitalarias. -Atención Educativa Domiciliaria. El alumnado enfermo o convaleciente de Badajoz Ciudad es atendido por las maestras de las Aulas Hospitalarias. El resto de alumnado se atiende mediante un Programa Telemático aportándoles interacción con su Centro de referencia.
Comunidad de Madrid	Dentro del Área de Atención Educativa al Alumnado Enfermo se encuentran: -Unidades Escolares de Apoyo que son las AA.HH. madrileñas. -Servicio de Atención Educativa Domiciliaria (SAED). -Centros Educativo-Terapéuticos u Hospitales de Día.
País Vasco	Dentro del Centro de Atención Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativo (CAHDT-E) que agrupa: -Servicio de Aulas Hospitalarias. -Servicio de Atención Educativa Domiciliaria. -Servicio Terapéutico-Educativo.
Comunidad Valenciana	-Unidad Pedagógica Hospitalaria (UPH). -Atención Educativa Domiciliaria.

Fuente: elaboración propia.

Consideraciones:

Tras haber mostrado la yuxtaposición efectuada de las Comunidades objeto de estudio se observan ciertas similitudes y diferencias que señalamos a continuación.

Comenzando con las similitudes destacamos:

- Andalucía, Extremadura y Comunidad Valenciana se asemejan en denominar en su normativa y/o documentos publicados, los Servicios de AA.HH. o (UPH) y Atención Educativa Domiciliaria, sin hacer mención del alumnado de Salud Mental. Sin embargo, nos consta que en alguna Aula Hospitalaria Andaluza su

propio docente tiene reuniones con la USMIJ (Unidad Infanto Juvenil de Salud Mental) para ver qué alumnado puede asistir al aula. A su vez, en la Comunidad Valenciana, el personal docente de la UPH del Hospital Universitario y Politécnico “La Fe” nos comenta que en alguna ocasión se ha atendido a alumnado de Salud Mental.

- La Comunidad de Madrid y el País Vasco comparten que dentro del ámbito del alumnado enfermo se ubican tres ámbitos: las Aulas Hospitalarias, la Atención Educativa Domiciliaria y la Atención Terapéutico- Educativa, (Servicio que, como se ha comentado a lo largo del estudio, se pospone para investigaciones posteriores).

Por otra parte, tras la yuxtaposición realizada se han observado ciertas peculiaridades que destacan ciertas diferencias entre las Autonomías objeto de estudio:

- Extremadura, es una de las Comunidades que más destaca del resto. Es la única Autonomía que no menciona ni en su normativa, ni en los documentos publicados, ni en las aportaciones ofrecidas por los respectivos profesionales, a los adolescentes de Salud Mental.

Nos consta, gracias a personal médico y por experiencia profesional en el ámbito Hospitalario, que las plantas de Psiquiatría han tenido un cambio de perfil respecto a los pacientes atendidos. En el pasado, el perfil de paciente hospitalizado en dichas plantas era persona de edad avanzada, pero actualmente abunda el perfil de adolescentes y jóvenes ingresados por problemas de alimentación, trastornos de bipolaridad, etcétera, ocasionados estos últimos por el efecto de las drogas, cada vez a edades más tempranas. Esto lleva a reflexionar sobre este ámbito y estas edades demandando cada vez más un mayor reconocimiento y atención por parte de las respectivas Comunidades.

- La Comunidad de Madrid destaca porque su Programa del Servicio de Atención Educativa Domiciliaria depende del Programa de AA.HH. denominadas en esta Comunidad Unidades Escolares de Apoyo, es decir, en cada Unidad hay un profesorado del SAED suponiendo mayor coordinación que, en Autonomías como Valencia donde cada Programa funciona de manera independiente.
- El País Vasco, con sus CAHDT-E destaca por los tres Servicios coordinados entre sí, el Hospitalario, Domiciliario y Terapéutico-Educativo centralizados en

un mismo Centro. Está dirigido por un único Director y con todo un equipo de profesionales dedicados única y exclusivamente a este tipo de alumnado. Es la única Comunidad objeto de estudio que más centralizados tiene sus Servicios. A su vez, Madrid también los tiene agrupados dentro de sus respectivos Ámbitos Territoriales, pero el País Vasco destaca por tener un Centro con toda una plantilla que atiende a dicho alumnado, y a su vez un Claustro, un Equipo Directivo, etcétera. Por consiguiente, los profesionales dedicados y especializados en estos Servicios atienden al alumnado hospitalizado, convaleciente y jóvenes con necesidades terapéuticas siendo el prototipo de profesionales que nos encontraremos en este tipo de Centro.

- La Comunidad Valenciana destaca del resto de Autonomías objeto de estudio, por ser la única que denomina a sus Aulas Hospitalarias, Unidades Pedagógicas Hospitalarias. Es decir, introduce al concepto de Unidad, la palabra “Pedagogía”. Esto supone un gran avance a nivel conceptual y significativo, ya que va más allá de Aula y va más allá de Unidad de Apoyo. Dicho concepto constituye un marco educativo diferenciado señalando un método de enseñanza en un ambiente determinado.

8.2.2.- Destinatarios.

Como se ha observado en capítulos anteriores, las primeras Aulas Hospitalarias Españolas fueron creadas para atender a niños por la epidemia de la poliomielitis. Actualmente, bajo las leyes educativas vigentes, la Atención Educativa en las Aulas Hospitalarias cubre toda la Enseñanza Obligatoria, ya que como indica Lizasoáin (2014), nos encontramos en un **contexto fuera de contexto**, pero aun así es un ámbito educativo donde todos los niños han de ser atendidos.

En la Tabla 17, se muestra la yuxtaposición de los *Destinatarios* atendidos en las Aulas Hospitalarias, y en menor grado la Atención Educativa Domiciliaria de las Comunidades objeto de estudio.

Tabla 17
Destinatarios

Comunidad Autónoma	DESTINATARIOS
Andalucía	-Alumnado de Educación Primaria y Secundaria Obligatoria Hospitalizado. Cuando la disponibilidad lo permita se atenderá alumnado de 2º Ciclo de Educación Infantil y si estos están cubiertos, se podrá atender alumnado de Bachillerato o Ciclos formativos en asesoramiento y apoyo al estudio.
Extremadura	- “Niños entre 3 y 16 años de niveles como Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria tanto de escuelas públicas como concertadas” (Hospital Materno-Infantil). “(…) alumnado...de Secundaria y Bachillerato cuyo trabajo se ha basado en realizar Tutorías y proporcionar material en sus habitaciones (Hospital Infanta Cristina).
Comunidad de Madrid	-Alumnado de Compensación Educativa relacionado con Ámbito Hospitalario y Domiciliario. -Alumnado de 2º Ciclo de Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria y de Bachillerato que no asisten al Centro por periodo de convalecencia superior a 1 mes. Alumnado de Salud Mental, Personalidad o Conducta y niños con NEE escolarizados en Centros de Educación Especial que por accidente o enfermedad común, deben permanecer en su domicilio transitoriamente.
País Vasco	-Alumnado con NEE o que por razones de enfermedad o accidente no asisten a sus Centros escolares.
Comunidad Valenciana	-Alumnado en Hospitalización Domiciliaria de larga duración. Educación Infantil de 2º Ciclo como de Educación Primaria y Enseñanza Secundaria Obligatoria. “(…) Infantil, Secundaria y Bachillerato”, “(…) de 3 a 16 años pero si hay niños de 2 años se le atiende(…)de Educación Especial de 21 años(…)Bachillerato, PCPI(…)Psiquiatría de 14 a 18 años... Universidad también se les atiende (...)”.

Fuente: elaboración propia e información suministrada por los profesionales en las encuestas aplicadas. Sus aportaciones se recogen en negrita en la Tabla.⁴⁹

Consideraciones:

Tras la yuxtaposición efectuada de las Comunidades objeto de estudio se observan ciertas similitudes y diferencias destacadas a continuación.

Comenzando con las similitudes del Indicador Comparativo *Destinatarios* de las AA.HH., señalamos:

- Las cinco CC.AA. comparten que la atención educativa al alumnado hospitalizado abarca desde los 3 hasta los 16 años. Supone atención desde el nivel de 2º Ciclo de Educación Infantil hasta la finalización de la Enseñanza Obligatoria. Se confirma una atención educativa en el nivel de Atención Temprana de 3 a 5 años, cubierta por todas las Autonomías objeto de estudio. Sin embargo, ninguna de las cinco Comunidades atiende el Ciclo de 0 a 3 años, siendo el profesorado de la Comunidad de Madrid el que demanda mayor atención en dicha etapa.

⁴⁹ Los textos en negrita corresponden a la información facilitada por el propio profesorado que trabaja en las Aulas Hospitalarias, así como Directores de los CAHDT-E e Inspectores Educativos.

- Respecto al nivel de Enseñanza Obligatoria (de 6 a 16 años), queda reflejado que está cubierto en todas las Aulas Hospitalarias de todas las Autonomías objeto de estudio como precisa la normativa, independientemente de que sean ingresos de larga, media o corta estancia. Sin embargo, aunque el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria cubre la Enseñanza de 6 a 16 años, sí que habrá ciertas diferencias de unas Autonomías a otras que se indicarán posteriormente.
- Otro aspecto compartido por las Comunidades objeto de estudio hace referencia al alumnado de Bachillerato. Este nivel es atendido en todas las Autonomías, pero algunas destacan por ciertas peculiaridades. Por una parte, Andalucía indica que esta etapa está cubierta mediante asesoramiento y apoyo al estudio; en Extremadura se atiende mediante tutorías y preparación de materiales, y finalmente, en el País Vasco se estudia primero el caso del alumnado en cuestión, y posteriormente se toman medidas.

Por otra parte, siguiendo con la Tabla 17 y, enfatizando las diferencias que destacan entre ellas, acentuamos las reflejadas en las Comunidades de Andalucía y Valencia.

- Andalucía señala, ya de manera temprana en su normativa, que se prestará atención a los Ciclos Formativos mediante asesoramiento y apoyo al estudio. En ninguna de las otras Autonomías se menciona dicho ámbito educativo excepto en la Andaluza. Paralelamente, la Comunidad Valenciana, más en concreto el Hospital Universitario “LA FE”, presenta una notable diferencia respecto al resto, ya que indica que “(...) atenderán, si existe el caso, alumnado de PCPI (Formación Profesional Básica), de Universidad, de Educación Especial hasta los 21 años, e incluso alumnado de 2 años si fuera necesario”. Aspecto, que marca una gran peculiaridad de esta Autonomía sobre el resto, ya que como se ha comentado las demás cubren los niveles que hemos citado con anterioridad. Finalmente, otra Comunidad que muestra una pequeña peculiaridad en este Indicador Comparativo es el País Vasco. Aunque atiende el nivel de Bachillerato, subraya que primero se estudia el caso del alumnado en cuestión, y a continuación se tomarán medidas.

Con respecto a los *Destinatarios* de Atención Educativa Domiciliaria y, como Servicio diferente pero interconectado con las AA.HH. en mayor o menor medida y según la Autonomía, se observan algunas diferencias que dan cierta peculiaridad significativa en cada Comunidad.

- Por una parte, Andalucía sólo atiende las etapas de Primaria y ESO. Por otra parte, la Comunidad de Madrid⁵⁰ refleja que cubre los niveles educativos Obligatorios y no Obligatorios, es decir desde Infantil hasta Bachiller, y finalmente la Comunidad Valenciana especifica que su atención educativa abarca Infantil, Primaria y ESO. Paralelamente, la Comunidad Extremeña y el País Vasco se diferencian del resto porque no hacen mención de sus *Destinatarios* en el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria. Por tanto, de las cinco Autonomías estudiadas ninguna comparte de manera similar la atención educativa en los mismos niveles educativos dentro de los Programas de Atención Educativa Domiciliaria.

8.2.3.- Objetivos y Finalidad.

En este apartado se presenta la yuxtaposición, así como la posterior comparación de los *Objetivos y/o Finalidad* de los Servicios en los que se ha fundamentado nuestro estudio, aunque concretamos específicamente en el Servicio de Atención Educativa Hospitalaria con sus Aulas Hospitalarias. Sí que debemos incidir que a lo largo de nuestro estudio se ha realizado un pequeño seguimiento del Servicio de Atención Educativa Domiciliaria, por la estrecha relación con las AA.HH. Debido a las mejoras de nuestro Sistema Sanitario, los ingresos en Pediatría cada vez son más cortos y los médicos prefieren que su convalecencia la pasen en su domicilio. Normalmente, los niños que tienen estancias largas hospitalarias suelen necesitar, posteriormente, un tiempo de permanencia en su domicilio para su recuperación. Hay otro tipo de enfermedades que suelen presentar alternancia entre las AA.HH. y Atención Educativa Domiciliaria. Por esta razón, se decidió desde un primer momento abarcar también el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria, aunque en menor grado.

⁵⁰ La Comunidad de Madrid es la única que, bajo normativa incluye en la Atención Educativa Domiciliaria al alumnado Salud Mental, personalidad, conducta, etcétera, aspecto que no mencionaremos en este estudio por dejarlo para investigaciones futuras.

Por consiguiente, en este Indicador Comparativo hemos mostrado los *Objetivos* y/o *Finalidades* tanto de las Aulas Hospitalarias como de la Atención Educativa Domiciliaria.

Tabla 18
Objetivos y Finalidad

Comunidad Autónoma	Objetivos y Finalidad
ANDALUCÍA	<ul style="list-style-type: none"> -Facilitar la educación para la salud y promocionar la maduración, desarrollo, aprendizaje de niños que no asisten a su Centro escolar por ingreso prolongado en el Hospital, garantizando la continuidad del proceso educativo del alumnado de Enseñanza Obligatoria con ingresos o convalecencias largas. -Atención educativa de niños para proseguir su formación académica y paliar efectos negativos que la hospitalización ocasiona. -Evitar el desfase escolar que le puede ocasionar su situación de enfermedad y hospitalización. -Evitar el aislamiento del alumnado hospitalizado interactuando con otros niños/adultos, mejorando la calidad de vida del alumnado. -Desarrollar hábitos de autonomía en tareas escolares. -Garantizar coordinación de profesionales que intervienen en la atención del niño enfermo. -Asesoramiento y apoyo a las familias y participación en programas de actividades formativas desarrollando competencias como “aprender a aprender”.
EXTREMADURA	<ul style="list-style-type: none"> -Prevención, inclusión normalización, superación de desigualdades, coordinación, responsabilidad educativa con apertura del Centro y empleo de redes de recursos sociales de la Comunidad. -Garantizar atención a ciudadanos en condiciones de igualdad y no discriminación garantizando la adecuada atención educativa del alumnado con escolarización irregular. -Dar atención educativa al alumnado hospitalizado o convaleciente para seguir con su proceso de enseñanza- aprendizaje y evitar el retraso escolar. -Favorecer la integración socioafectiva evitando la angustia y el aislamiento, así como valorar la enfermedad y reducir la ansiedad. -Proporcionar los medios para alcanzar la calidad de vida y prevenir la ruptura del proceso escolar facilitando la reincorporación a la escuela y sociedad. Promocionar las Tecnologías. -Comunicar al alumnado con el entorno afectivo: familiar, compañero, profesor y ampliar la oferta formativa extraescolar del alumnado ingresado en el Hospital y continuar el proceso educativo con Adaptaciones Curriculares. Que éstas estén relacionadas con las TICs. -Asesoramiento a alumnado, familias, Centros educativos y profesorado mejorando estrategias de coordinación con Centros educativos. -Programas de mejora de autoestima, habilidades sociales, etcétera, así como reincorporación al Centro realizando un seguimiento. -Informar al alumnado sobre su patología, clarificar inquietudes que tienen sobre el tema de la enfermedad o muerte. -Coordinación y trabajo colaborativo entre diferentes Aulas Hospitalarias de la Comunidad Extremeña organizando Jornadas regionales sobre Pedagogía Hospitalaria en coordinación con otras AA.HH. en Extremadura. -Organizar Jornada regional sobre Pedagogía Hospitalaria en coordinación con otras AA.HH. en Extremadura. -Participar en formación sobre Pedagogía Hospitalaria y aplicación de las TIC. -Desarrollar planes de trabajo individualizados del alumnado de media y larga hospitalización.
COMUNIDAD DE MADRID	<ul style="list-style-type: none"> -Garantizar la continuidad del proceso educativo del alumnado enfermo evitando retraso escolar que puede derivarse de esa situación, mediante una coordinación adecuada entre profesionales que estén en contacto con el alumnado convaleciente. -Facilitar incorporación de alumnado enfermo a Centro educativo y desarrollar un Programa de atención educativa. -Proporcionar una atención educativa adecuada en domicilio de alumnado para evitar el desfase escolar. -Establecer cauces de coordinación entre diferentes profesionales, Centro docente y SAED favoreciendo el proceso de comunicación entre alumnado con sus Centros de referencia, tutores, compañeros, mediante TICs. -Integración y mejor rendimiento de alumnado con NEE y compensación educativa en Centros educativos Públicos de la Comunidad de Madrid.

<p>PAÍS VASCO</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Facilitar la inclusión educativa y social del alumnado enfermo apoyando el proceso educativo durante el periodo de hospitalización. -Acciones de apoyo y mediaciones con adultos del Hospital y el alumnado del Centro escolar. -Colaborar con el personal sanitario y coordinar con él la actuación y el tratamiento. -Dar continuidad a contenidos escolares previniendo el fracaso escolar, por ello la importancia de la normalización y la continuidad del proceso de enseñanza-aprendizaje. A su vez, evitar el aislamiento mediante la socialización y normalización en la vida diaria por medio de un desarrollo integral. -Evitar alteraciones emocionales. -Emplear TIC para contacto exterior. -Coordinación de los profesores de los tres ámbitos: AA.HH., Atención Educativa Domiciliaria, Centros de referencia. -Ofrecer apoyo y asesoramiento pedagógico a las familias. -Colaborar con profesionales sanitarios en el proceso de salud. -Prevenir en la marginación del proceso educativo continuando en su proceso de aprendizaje en enseñanza obligatoria. -Derecho a recibir ayuda para asegurar su rendimiento escolar mediante apoyo educativo al alumnado que no puede asistir de manera habitual a su centro escolar por encontrarse hospitalizado.
<p>COMUNIDAD VALENCIANA</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Facilitar la integración social y educativa. -Prevenir el fracaso escolar y evitar el abandono escolar y retraso escolar con continuidad del proceso educativo para su desarrollo integral. -Desarrollo integral en necesidades afectivas, psicológicas y de aprendizaje. -Atención educativa según las necesidades del alumnado hospitalizado en coordinación con Centros educativos y docentes del ámbito domiciliario. -Aportar continuidad en su proceso educativo. -Desarrollar vinculación del alumnado con su Centro de referencia mediante TIC. -Fomentar la comunicación entre diferentes profesionales del sector. -Dinamizar el tiempo libre con actividades de ocio con carácter formativo. -Contribuir a la incorporación en su Centro escolar con posterior integración escolar. -Información y asesoramiento a familias.

Fuente: elaboración propia.

Consideraciones:

Con respecto al Indicador Comparativo, *Objetivos y/o Finalidad*, y tras lo expuesto en la yuxtaposición mostrada en la Tabla 18, observamos ciertas características que comparten las Comunidades objeto de estudio, como son:

- Todas coinciden en objetivos a alcanzar como, *proporcionar continuidad del proceso educativo; evitar el desfase escolar; coordinación y comunicación con sus Centros de referencia*. Como indican autores como Lizasoán (2014), una de las finalidades de las Aulas Hospitalarias, y posteriormente con la Atención Educativa Domiciliaria, es atender a los niños con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo, sobre todo evitando su desfase escolar. Como queda reflejado en la Tabla, y tras la yuxtaposición elaborada, este objetivo es perseguido por todas las Autonomías en las que centramos nuestra investigación. Otra *Finalidad* relevante en nuestro estudio, y que es perseguido por las cinco Autonomías es la coordinación con el Centro de referencia del escolar hospitalizado. Para que haya una continuidad en su proceso de enseñanza-aprendizaje debe de haber una interacción del tutor del alumnado hospitalizado con el docente del Aula

Hospitalaria o Atención Educativa Domiciliaria. Los docentes de los tres sectores, es decir el tutor del Centro de referencia, el del AA.HH. y de Atención Educativa Domiciliaria ejercen un papel primordial. Aunque nos consta que no todos los tutores de los Centros escolares se implican con el mismo grado, aspecto que se debería considerar por parte de los Inspectores Educativos responsables en cada Autonomía.

- Andalucía, Extremadura y País Vasco destacan en un mismo objetivo a perseguir: *evitar el aislamiento mediante la interacción con otros niños, que haya una integración socioafectiva mediante la socialización y normalización de la vida diaria*. Por otra parte, las Comunidades de Madrid y Valencia hacen referencia a dicho objetivo mediante la expresión *Facilitar la integración social y educativa del alumnado*, ampliando Valencia mediante el *Desarrollo integral en necesidades afectivas, psicológicas y de aprendizaje*. Esto refleja que el tema de evitar el aislamiento, fomentar la integración, y especialmente la normalización, es otro de los objetivos a perseguir por todas las Comunidades objeto de estudio.
- De las CC.AA. objeto de estudio, cuatro de ellas comparten el objetivo, *asesoramiento y apoyo a las familias*, destacando, Andalucía, País Vasco, Comunidad Valenciana y Extremadura, añadiendo esta última *asesoramiento al alumnado, Centros educativos y profesorado*. Muchos de los autores que profundizan en el ámbito educativo hospitalario resaltan que los niños enfermos son niños vulnerables que se encuentran en un contexto desconocido. Pero no por ello, debemos olvidar a los padres y madres que se encuentran en una situación inesperada. Pasan de actuar en su contexto habitual a trasladarlo a un ámbito de incertidumbre, desasosiego y estrés, rodeados de gente en la que deben depositar toda su confianza. Asimismo, no se debe olvidar a los hermanos, sujetos vulnerables olvidados durante el tiempo que dura la enfermedad del paciente pediátrico. Son aspectos a tener en cuenta y considerar por los docentes, como por todos aquellos profesionales que estén relacionados en este sector multidimensional.

- Por tanto, consideramos como un objetivo de gran relevancia, *el asesoramiento a las familias y hermanos*, orientándoles en todo aquello que necesiten, informándoles sobre la enfermedad, sobre su duración, e incluso sugerir que aunque el niño enfermo es el protagonista en esta situación, no se han de olvidar de los hermanos, ya que también son vulnerables sólo por el hecho de ser niños. Otro aspecto a tener en cuenta dentro de los objetivos a conseguir es *asesorar a los alumnos, Centros de referencia y profesorado*. Se ha de tener en cuenta que, posiblemente, los docentes y compañeros del Centro de referencia no están habituados a trabajar estos casos de Atención a la Diversidad. En este aspecto, hay que asesorar sobre qué procesos hay que seguir, los trámites para solicitar los Servicios, cómo debe actuar el resto de la clase con su compañero enfermo, etcétera. Aunque son actos de sentido común, en muchas ocasiones se pueden encontrar fuera de contexto, ya que la Atención Educativa Hospitalaria no es un ámbito tan conocido por los profesionales educativos como se debiera.
- El objetivo referente a las TICs es mencionado en cuatro de las Comunidades objeto de estudio, entre ellas Extremadura que señala *la promoción y participación en la aplicación de las TIC* y que las adaptaciones curriculares del alumnado enfermo estén relacionadas con ellas. Sin embargo, Madrid hace referencia a *favorecer el proceso de comunicación entre alumnado enfermo y Centros de referencia, tutores y compañeros mediante las TICs*, País Vasco señala *el empleo de las TIC para el contacto exterior*, y finalmente, la Comunidad Valenciana destaca *la vinculación del alumnado con su Centro de referencia mediante TIC*. Perseguir este objetivo es de gran relevancia, ya que los niños del siglo XXI han nacido en el mundo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, y por ello es un instrumento primordial, que subrayan las distintas Autonomías, suponiendo un contacto con el exterior, la comunicación con su Centro escolar, etcétera. Será una manera de evitar el aislamiento, y seguir con su vida lo más normalizada posible, aspecto considerado de los más relevantes. Siguiendo la misma línea, las TICs cada vez más pasan a formar parte de la atención educativa del escolar hospitalizado. Sí que es cierto, y será un aspecto a tener en cuenta en el apartado de conclusiones y recomendaciones, la falta de divulgación de estas medidas, como herramientas educativas en el ámbito educativo hospitalario.

Actualmente, muchos países Sudamericanos realizan congresos vinculados con profesorado universitario, hospitalario y domiciliario dando a conocer la eficacia que tienen las Tecnologías de la Información y Comunicación en dicho sector, así como mostrando los proyectos relacionados con TIC que se están llevando a cabo en sus respectivas AA.HH. Asimismo, un aspecto que se echa en falta en nuestro país, es la poca conexión del ámbito universitario con el ámbito educativo hospitalario, así como la escasez de congresos sobre Pedagogía Hospitalaria. Nos consta, que el último de ellos se celebró en Murcia en 2011, donde se dieron interacciones docentes de AA.HH. de alumnado de Primaria, Secundaria y profesorado universitario.

- Las Comunidades de Extremadura y Valencia comparten un objetivo relacionado con el *tiempo libre*. La primera, indica *fomentar la formación del tiempo libre con carácter recreativo y educativo* y, la *segunda dinamizarlo con actividades de ocio con carácter formativo*. En este aspecto, queda reflejado que otro de los objetivos relevantes que desempeñan las Aulas Hospitalarias es el *ocio y tiempo libre*. Por tanto, como indican muchos autores, los niños enfermos siguen siendo niños. Evidentemente, debido a su enfermedad tendrán momentos de debilidad, pero a su vez, otros en que les apetecerá jugar, relacionarse con otros compañeros de planta, entretenerse y reírse. Por tanto, el juego es un aspecto fundamental para el alumnado enfermo, y para ello, tendrán su Aula Hospitalaria que les servirá para jugar con otros niños de su misma edad o circunstancia. En este aspecto, juegan un papel primordial las ONGs dedicadas a la infancia hospitalizada. Entre ellas podemos destacar Juegaterapia, Fundación Theodora, Payasos en el Hospital, La Asociación Española Contra el Cáncer, Cruz Roja, etcétera. Son organizaciones sin ánimo de lucro formadas por personal voluntario, cuya función es entre otras cosas, ocupar el tiempo de los niños ingresados en el Hospital. Realizan actividades lúdicas, les leen cuentos, pintan, dibujan, les hacen reír, y olvidan durante un rato dónde se encuentran. Cumplen a su vez un papel fundamental para las familias, ya que el tiempo que los voluntarios están con los niños, los padres y las madres pueden realizar tareas de gestión, salir a tomar un café, charlar con otros padres, personal sanitario o simplemente ver que sus hijos se divierten.

Por otra parte, tras la yuxtaposición elaborada de las cinco CC.AA. se aprecian ciertas peculiaridades marcando incuestionables diferencias, entre ellas:

- La Comunidad Extremeña destaca como objetivo a perseguir, *el Servicio de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria, valorar la enfermedad, reducir la ansiedad e informar al alumnado sobre su patología, clarificar inquietudes respecto a la enfermedad o el tema de la muerte*. Con este objetivo se destaca en esta Autonomía el gran acercamiento que se tiene hacia el paciente enfermo, sobre todo en aspectos personales y emocionales.
- Otra peculiaridad que destaca en la Comunidad Extremeña, respecto al resto de Autonomías objeto de estudio, es con uno de sus objetivos planteados, *participar en formación sobre Pedagogía Hospitalaria*, así como *organizar una jornada regional sobre dicha disciplina coordinándose con otras Aulas Hospitalarias mediante un trabajo colaborativo*. Con este planteamiento se puede deducir la importancia que dedican a la formación en dicha disciplina, así como a la interacción entre los diferentes profesionales del sector.
- El País Vasco destaca respecto a las otras Autonomías objeto de estudio, por disponer de un Centro Territorial de Aulas Hospitalarias, Atención Educativa Domiciliaria y Terapéutico-Educativa (CAHTD-E). Así mismo, presenta diferencias respecto al resto con alguno de sus objetivos a perseguir, *mediar con adultos del Hospital* y también, *derecho a recibir ayuda*. El poder contar con un Centro Territorial para dirigir y coordinar los dos Servicios educativos sobre los que trata nuestro estudio es una diferencia fundamental que marcará notoriamente esta Comunidad respecto a las demás. A su vez, es la Autonomía donde destaca el término *mediar* haciendo referencia a la función que, actualmente realizan los docentes hospitalarios y en el caso de que existiera la figura de Pedagogo Hospitalario. Con el último objetivo destaca la importancia que ofrece dicho territorio a los *derechos*, ya que los plantea dentro de los objetivos a perseguir.

8.2.4.- Organización, Funcionamiento y Dependencia de las Aulas Hospitalarias y la Atención Educativa Domiciliaria.

En este apartado hemos reflejado la yuxtaposición y posterior comparación de aspectos relacionados con la *Organización, Funcionamiento, y Dependencia* de los dos Servicios tratados en las Comunidades objeto de estudio.

Dicho Indicador Comparativo se ha subdividido en diferentes subIndicadores y diversas Tablas. Por una parte, se ha trabajado la *Organización* de las AA.HH., y por otra parte su *Funcionamiento*. Una tercera Tabla refleja la *Organización* de la Atención Educativa Domiciliaria, y la cuarta referida a su *Funcionamiento*. Finalizamos con la última Tabla, sobre la *Dependencia* de ambos Servicios respecto a organismos más locales o provinciales, donde la coordinación está más o menos centralizada.

8.2.4.1.-Organización de las Aulas Hospitalarias.

Tabla 19

Organización de las Aulas Hospitalarias

Comunidad Autónoma	Organización
Andalucía	-Cada Aula Hospitalaria está adscrita a un Colegio Público de Educación Primaria de Zona donde se encuentra el Hospital. -Hay asesoramiento académico por parte del profesorado a familias en caso de enfermedades graves y/o crónicas. Para la organización de AA.HH. se siguen unos criterios basados en dos niveles educativos: Alumnado escolarizado de Educación Obligatoria: Larga (3 o más semanas), media (1 a 3 semanas) o corta (menos de 1 semana). Alumnado escolarizado en 2º Ciclo de Educación Infantil y Enseñanza no Obligatoria: Larga (3 o más semanas), media (1 a 3 semanas) o corta (menos de 1 semana).
Extremadura	-AA.HH. del Materno Infantil lo ocupan dos maestras, y una maestra en el Infanta Cristina. -Alumnos están organizados según su estancia hospitalaria: larga hospitalización (más de 30 días); media (15 y 30 días) y corta (menos de 15 días). La organización de la Atención Educativa se llevará a cabo en diferentes aulas: Aula de la 7ª planta del Materno Infantil; Aula 5ª planta Materno Infantil; Alumnado de Oncología; Aula Infanta Cristina. También se atiende al alumnado en sus habitaciones.
Comunidad de Madrid	-Unidades Escolares de Apoyo están según el nº de camas pediátricas determinando siete módulos donde se relacionan camas pediátricas con personal docente. Se tiene en cuenta, la estancia del enfermo, tipo de patologías, ámbito geográfico de influencia, etcétera. Se distribuyen según alumnado de Enseñanza Obligatoria y no Obligatoria de larga, media y corta estancia. -Reunión diaria de profesorado con personal sanitario donde se informará sobre el número de ingresos.
País Vasco ⁵¹	-Los Centros Territoriales organizan su funcionamiento en base a tres ámbitos: Ámbito de Apoyo Hospitalario. Ámbito de Apoyo Domiciliario. Ámbito de Atención Terapéutico-Educativo. -Compuestos por Órganos de Gobierno (Director y Coordinadores de ámbitos, así como Consejo de Centro, Equipo Directivo y Claustro). -La organización de los Centros se basa en un Proyecto Socioeducativo donde ordena dichas actuaciones en los tres ámbitos de intervención.

⁵¹ El País Vasco con el Decreto 266/2006, de 26 de diciembre, por el que se crean los Centros Territoriales para la Atención Educativa Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa indica la Organización y Funcionamiento de los CAHDT-E, pero no señala nada respecto a la regulación de las AA.HH. y Atención Educativa Domiciliaria.

Comunidad Valenciana	-Las UPH se organizan con Horarios de intervención siguiendo unos criterios: Alumnado de Escolaridad Obligatoria entre 6 y 16 años y 2º Ciclo de Educación Infantil (3-5 años) de larga (más de 3 semanas), media (1 a 3 semanas) y corta estancia (menos de 1 semana). Alumnado de Bachillerato u otras Enseñanzas Postobligatorias. Se atenderá cuando los niveles anteriores estén cubiertos. Se ofrece asesoramiento y apoyo al estudio.
-----------------------------	--

Fuente: elaboración propia.

Consideraciones:

Tras haber hecho la yuxtaposición, y posterior comparación de las Comunidades objeto de estudio se destacan ciertas similitudes compartidas por todas ellas, como son:

- De las cinco Comunidades, cuatro de ellas establecen una *Organización* similar respecto a la actividad en sus Aulas Hospitalarias. Andalucía, Extremadura y, las Comunidades de Madrid y Valencia organizan sus Aulas clasificando a su alumnado según si su estancia en el Hospital es larga, media o corta. Esto clarifica mucho mejor la *Organización* de las clases y del contenido curricular. A su vez, de las cuatro Comunidades mencionadas, tres de ellas, Andalucía, Madrid y Valencia coinciden en los periodos establecidos para indicar las estancias. Se denominan larga estancia, a la hospitalización de más de 3 semanas (+ 3 semanas); media, de 1 a 3 semanas (1 a 3); y corta estancia, menos de 1 semana (> de 1 semana). Sin embargo, Extremadura determina las estancias mediante otra distribución. Alumnado de larga hospitalización (+ de 30 días), media (entre 15 y 30 días) y corta (menos de 15 días). Con esta indicación es evidente que todas las Comunidades objeto de estudio realizan una *Organización* muy similar en sus aulas.
- Otra característica compartida por las Comunidades de Andalucía y Madrid es que, distribuyen a su alumnado ingresado según sea de Enseñanza Obligatoria o Enseñanza no Obligatoria. Paralelamente, la Comunidad Valenciana diferencia a su alumnado, y la *Organización* de su intervención de manera parecida, pero no similar, es decir distingue al alumnado según sea de Escolaridad Obligatoria (entre 6 y 16 años) y 2º Ciclo de Infantil, y por otra parte alumnado de Bachillerato u otras Enseñanzas Postobligatorias. Con este nuevo Indicador Comparativo queda reflejado bajo normativa que Valencia especifica de una manera más concreta como distribuye los niveles educativos que se atienden en las AA.HH.

- De las CC.AA. objeto de estudio, sólo Andalucía y Extremadura comparten que sus AA.HH. dependen del colegio público de zona. Sin embargo, mientras que los Servicios de Andalucía están adscritos sólo administrativamente a dicho centro educativo, ya que dependen fundamentalmente de su Equipo de Orientación territorial, Extremadura presenta una mayor *Dependencia* al mismo, donde se interactúa de una manera más directa con el Centro, Claustro, Equipo Directivo, especialistas, etcétera, incluso participando en el Plan de Actuación del colegio de zona mostrando una notable descentralización.

Por otra parte, tras la yuxtaposición y comparación elaborada, sí que quedan reflejadas ciertas características que marcan incuestionables diferencias entre ellas:

- Primeramente, señalamos el País Vasco con su gran peculiaridad y diferencia respecto al resto de Comunidades objeto de estudio. Dicha Comunidad dispone de un Centro Territorial donde se coordinan ambos Servicios, las AA.HH. y la Atención Educativa Domiciliaria. Sí que debemos advertir que dentro de la normativa Vasca no se hace mención a la *Organización* de estos Programas, sino únicamente concreta la disposición de los CAHDT-E, considerando como fundamental:

La *Organización* de estos Centros Territoriales, respecto a la Atención Educativa Hospitalaria, donde se agrupan distintas actuaciones de Apoyo Educativo que se llevan a cabo en determinados Hospitales. Otra peculiaridad que los caracteriza es su *Organización* a nivel interno. Dichos Centros están compuestos por Órganos de Gobierno formados por Director, Coordinadores de ámbito, Consejo de Centro, Equipo Directivo y Claustro. Todo el equipo que podríamos encontrar en un colegio escolar ordinario se encuentra en este Centro Territorial. Pero lo más característico es que estos profesionales única y exclusivamente están dedicados a alumnado enfermo y convaleciente. Este aspecto señala una notable diferencia respecto al resto de Autonomías que han marcado nuestro estudio. Por consiguiente, gracias a la existencia de los CAHDT-E, ambos Servicios están centralizados y coordinados por una única Institución, por un único Director y mismo personal, regulados y coordinados entre ellos.

Por otra parte, los profesionales que lo componen como son el Director, Coordinadores de Ámbito, etcétera, desempeñan diversas funciones, entre ellas: dirigir la actuación del Centro Territorial; asignar al profesorado las actividades de apoyo; coordinar su ámbito con los demás ámbitos; supervisar con el Director los planes individuales del profesorado, así como los gastos en función del presupuesto. Finalmente, la normativa vasca hace referencia a la plantilla docente que compone los tres Servicios de un CAHDT-E siendo un Director, los profesores de Apoyo de AA.HH., los profesores de Atención Educativa Domiciliaria y los de Unidades Terapéutico-Educativas. Finalizamos, destacando de nuevo que no existe normativa que especifique la *Organización* de estos Servicios, ya que únicamente el Decreto 266/2006, de 26 de diciembre señala la disposición de los CAHDT-E.

Sí que debemos constatar que cada Programa dispone de un Proyecto Socioeducativo que regula sus directrices.

- La Comunidad de Madrid destaca del resto de Comunidades objeto de estudio por ser la única Autonomía que refleja en su normativa, que el número de AA.HH. o Unidades Escolares de Apoyo depende del número de camas pediátricas determinando un número de módulos relacionados con camas, con personal docente, etcétera. Aspecto similar quedó reflejado en el Convenio establecido entre el MEC, Ministerio de Sanidad e INSALUD en 1998.
- Otra de las Autonomías que presenta cierta singularidad respecto al resto de Comunidades, es Extremadura. Las propias docentes de las Aulas Hospitalarias presentan una gran *Dependencia* del colegio educativo de zona “San José de Calasanz”, manteniendo una relación muy directa con el Claustro e interactuando con el resto de personal del Centro escolar. Esta peculiaridad muestra una gran descentralización respecto a la *Organización y Coordinación* de este Servicio comparativamente con Madrid, Valencia y País Vasco, que muestran una mayor centralización en la coordinación del sistema, dentro eso sí de la descentralización marcada a nivel autonómico dentro del sistema educativo español. Sí que es cierto, que las AA.HH. de Andalucía también dependen del Centro educativo de zona, pero a nivel más administrativo, ya que los docentes mantienen un mayor contacto con el Equipo de Orientación Educativa de Zona o

Departamento de Orientación. Supone una *Organización* bastante descentralizada, pero no tan excesiva como la mostrada en Extremadura. Esta última Autonomía, a su vez indica que si la ocupación en el Infanta Cristina es baja, la docente acude al Hospital Materno Infantil a apoyar a sus compañeras. Si no tienen trabajo en el Hospital pasan de refuerzo al Centro educativo de zona “San José de Calasanz”. Aspecto a destacar notablemente porque esta peculiaridad no se da en ninguna otra Comunidad objeto de estudio.

8.2.4.2.- Funcionamiento de las Aulas Hospitalarias.

Tabla 20

Funcionamiento de las Aulas Hospitalarias

Comunidad Autónoma	Funcionamiento
Andalucía	-Se da un informe a nivel diario de los ingresos con una ficha del alumnado. Se establece contacto con familia y alumnado para recopilar datos de interés y concretar programación del aula y su organización (Horarios, materiales, etcétera). -Con alumnado encamado o en aislamiento se determinarán Horarios de atención ofrecidos en su habitación.
Extremadura	Se tiene en cuenta siempre las necesidades del niño enfermo, pero se priorizarán aspectos como: Educativo, Socio-emocional, TIC, Tiempo libre. Alumnado de Oncología infantil se está en contacto con los profesionales del Servicio de Oncología. Hay apoyo hacia áreas instrumentales. Se dan actuaciones pedagógicas ordinarias y habituales con criterios metodológicos y socializadores.
Comunidad de Madrid	Se elabora un Plan Anual determinando las necesidades del alumnado, destinatarios, criterios de evaluación, etcétera. -Coordinación con Compañeros, Equipo de Orientación, etcétera, elaborando una Memoria de Compensación Educativa para la Regulación Anual del Centro.
País Vasco	-Toda la plantilla del CAHTD-E interviene cuando no hay una atención adecuada del Centro de referencia. Con el alumnado de corta estancia se hace cargo el tutor de su Centro escolar. El alumnado de media y larga estancia es atendido por personal docente del Hospital o Servicio Domiciliario.
Comunidad Valenciana	La Administración Educativa establece las UPH y el profesorado atiende al alumnado hospitalizado de larga duración mediante Programas educativos adaptados coordinados con los Centros docentes e información a familias, Centro de referencia y Centros Hospitalarios sobre el proceso de aprendizaje.

Fuente: elaboración propia.

Consideraciones:

- Primeramente, las Comunidades objeto de estudio son coincidentes en que todo alumnado ingresado o convaleciente en su domicilio sigue matriculado en su Centro de referencia. No queda reflejado en la Tabla 20, pero sí lo hemos querido reflejar dentro de la parte comparativa.
- Como indica la Comunidad de Valencia con el alumnado de media y larga estancia, hay un contacto con el Centro de referencia para llevar una continuidad en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Sin embargo, aunque no consta bajo normativa, el resto de Autonomías objeto de estudio también mantienen contacto con el Centro educativo del escolar en mayor o menor intensidad, para

determinar así las evaluaciones, las adaptaciones curriculares, y mantener un seguimiento escolar.

Por otra parte, tras la yuxtaposición elaborada sí que quedan reflejadas algunas peculiaridades que marcan ciertas diferencias entre dichas Autonomías, como son:

- Mientras que la Comunidad Valenciana indica que, con los niños de corta estancia se trabaja mediante proyectos organizándose de manera diferente respecto al proceso, seguimiento, evaluación, etcétera. El País Vasco señala que con el alumnado de corto ingreso se hace cargo su tutor del Centro escolar. El resto de Autonomías no señalan nada al respecto pudiendo variar de unas a otras, ya que hemos de subrayar que este tipo de escolar está como máximo 1 semana ingresado.
- La Comunidad de Madrid destaca por indicar en su normativa, la elaboración de una Memoria de Compensación Educativa para la regulación anual del Centro.

8.2.4.3.- Organización de la Atención Educativa Domiciliaria.

Tabla 21
Organización de la Atención Educativa Domiciliaria

CC.AA.	Organización
Andalucía	-Con el alumnado convalciente, los tutores de los Centros escolares realizan un Plan Intensivo de Acción Tutorial donde se determinan los aspectos básicos del Currículum. La Atención Educativa Domiciliaria se organiza por módulos Horarios donde el alumnado estará atendido entre 2 y 4 sesiones a la semana no excediendo de 10 horas. -Si hay falta de personal, la atención quedará a cargo de personal del Programa de Acompañamiento Escolar (PROA).
Extremadura	-Las maestras de las Aulas Hospitalarias realizan por turnos la Atención Educativa Domiciliaria del alumnado de la capital. El resto se lleva a cabo con el Programa Telemático elaborado por Consejería. -Esta atención lleva apoyo educativo al alumnado convalciente en sus domicilios dos veces por semana y dos horas de duración cada sesión, es decir, 4 horas a la semana. - “Cuando se cumplan los requisitos de convalcencia (más de treinta días) el alumno pasará a formar parte de la Atención Educativa Domiciliaria.”
Comunidad de Madrid	-La organización del alumnado con convalcencia prolongada se atiende a la etapa educativa en la que se encuentre escolarizado el alumno. - “Las actividades del SAED son de 6 a 9 horas semanales”. “Dicho Servicio se solicita a partir de 1 mes de convalcencia y se puede demorar debido a los trámites 2 semanas.”
País Vasco	-Los Centros Territoriales organizan su funcionamiento en base a tres ámbitos: Ámbito de Apoyo Hospitalario; Ámbito de Apoyo Domiciliario; Ámbito de Atención Terapéutico Educativo. -Los Centros están compuestos por Órganos de Gobierno, Director y Coordinadores de ámbitos, así como Consejo de Centro, Equipo Directivo y Claustro. La plantilla de los Centros Territoriales cuenta con: Director, profesores de apoyo de Atención Hospitalaria, Atención Educativa Domiciliaria y de Unidades Terapéutico-Educativas. -La organización de los Centros se basa un Proyecto Socioeducativo donde ordena dichas actuaciones en los tres ámbitos de intervención. - “La Atención Educativa Domiciliaria (...) su distribución horaria es de 2 horas diarias de lunes a viernes, es decir un total de 10 horas semanales.”

Comunidad Valenciana	-En periodos inferiores a 1 mes el alumnado es atendido por su Centro educativo (atención telefónica, telemática, etcétera). -Los módulos Horarios de Atención Educativa Domiciliaria serán: -Primaria: 7 horas y media semanales y 1 hora quincenal con tutor. -Secundaria: un mínimo de 5 horas semanales en cada uno de los ámbitos (una hora diaria durante 5 días). Máximo 9 horas semanales por cada ámbito más 1 hora de coordinación semanal.
-----------------------------	--

Fuente: elaboración propia e información suministrada por los profesionales en las encuestas aplicadas. Sus aportaciones se recogen en negrita en la Tabla

Consideraciones:

Tras la yuxtaposición efectuada de las Comunidades objeto de estudio se han observado ciertas equivalencias, como son:

- Una de las características coincidentes en las Autonomías objeto de estudio es que, el alumnado convalaciente en su domicilio sigue matriculado en su Centro de referencia.
- Las Comunidades Andaluza y Valenciana coinciden porque en ambas distinguen la Atención Educativa Domiciliaria por módulos horarios y por niveles educativos. Sin embargo, el resto de Autonomías no hacen distinción alguna al respecto.
- Las Comunidades de Andalucía y el País Vasco coinciden en impartir docencia durante 10 horas semanales en dicho Servicio. Sin embargo, mientras Andalucía atiende al alumnado convalaciente entre 2 y 4 sesiones a la semana, el País Vasco lo atiende diariamente durante 2 horas.
- La Comunidad de Madrid y Valencia atienden un máximo de 9 horas semanales, pero Valencia hace una distinción horaria entre los niveles de Primaria y Secundaria.

Por otra parte, tras la yuxtaposición realizada en dicha Tabla y la comparación efectuada quedan reflejadas ciertas características mostrando las diferencias que destacan en alguna de las Comunidades objeto de estudio:

- Extremadura es la Autonomía que menos horas dedica al alumnado convalaciente con 4 horas semanales. También es la única Autonomía que dicho Servicio está cubierto por las propias maestras que imparten docencia en las AA.HH. A su vez, destaca del resto por ser la única que dispone de un Programa Telemático para al alumnado convalaciente que reside más allá de la Ciudad de Badajoz. Como se ha mencionado anteriormente, dicho Programa facilita la

interacción de dicho alumnado enfermo o convaleciente con su Centro de referencia, pero sí que es cierto que la atención educativa nunca es equivalente a la que puede proporcionar un profesorado cualificado destinado a ejercer en dicho Servicio.

- Andalucía destaca por ser la única Comunidad que, si hay escasez de personal para cubrir la Atención Educativa Domiciliaria, recurren al personal del Programa de Acompañamiento Escolar Andaluz dentro del PROA. Dicho aspecto es criticable, ya que todo alumnado convaleciente debe tener una educación de calidad impartida por profesorado especialista, y no por profesionales que cubran otro tipo de Programas. Aunque sí que debemos considerar, que en Andalucía ha habido un avance notorio en dicho Servicio, ya que hasta el año 2012 el puesto de Atención Educativa Domiciliaria estaba cubierto por personal voluntario de la ONG Save The Children, pero en el 2013 con la elaboración de unas Instrucciones destinadas específicamente a la Atención Educativa Domiciliaria, se proporcionó de profesorado docente para impartir dicho Servicio. Pero pese a los grandes avances, todavía se muestran ciertas carencias.
- El País Vasco destaca del resto de Comunidades objeto de estudio por ser la única Comunidad que en su normativa refleja la *Organización* del CAHDT-E, ya que es la única Autonomía que dispone de dicho Centro. En este apartado indica los ámbitos que cubre dicha Institución y la plantilla que lo compone. Asimismo, las aportaciones ofrecidas indican que la disposición está fundamentada en un Proyecto Socioeducativo definiendo las directrices generales del mismo y encontrándonos uno por cada Servicio. Respecto a las horas destinadas a la Atención Educativa Domiciliaria, siendo éstas de 10 horas semanales, disponemos de argumentos ofrecidos por el Director del Centro Territorial de Bilbao, ya que no vienen reflejadas en ninguna normativa vasca. Sí que se muestra la plantilla del CAHDT-E, compuesta por: Director, Profesores de Apoyo de AA.HH., de Atención Educativa Domiciliaria y de Unidades Terapéutico Educativas.

8.2.4.4.- Funcionamiento de la Atención Educativa Domiciliaria.

Tabla 22

Funcionamiento de la Atención Educativa Domiciliaria

Comunidad Autónoma	Funcionamiento
Andalucía	-Se realizan actividades relacionadas con necesidades individuales de alumnado de Infantil, Primaria y Secundaria que eviten el desfase curricular. -“El periodo para solicitar el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria es como mínimo de 1 mes de convalecencia.”
Extremadura.	Se valoran aspectos del niño, pero se priorizan puntos como: -Educativo: Coordinación con Centros de referencia. -Socioemocional: Liberación y expresión de vivencias, ansiedades y miedos. -Áreas instrumentales como Lengua y Matemáticas. Trabajo individualizado adaptado al niño. El Servicio de Atención Educativa Domiciliaria con docentes de las AA.HH. es para alumnado de Badajoz Ciudad. Los escolares residentes fuera de la ciudad funcionan a través del Proyecto de Atención Telemática. -Cuando se cumplan los requisitos de convalecencia (más de treinta días) el alumno pasará a formar parte de la Atención Educativa Domiciliaria.
Comunidad de Madrid	-El funcionamiento del SAED conlleva un proceso burocrático. Se presenta una solicitud acompañada de un Informe Médico. Se adjunta a la Solicitud un informe del tutor y del Equipo Docente. Se envía al Servicio de la Unidad de Programas Educativos de la Dirección del Área Territorial. Se abre un expediente del alumno con un profesor del Servicio. “Se solicita a partir de 1 mes de convalecencia y suele tardar la demora unas dos semanas”.
País Vasco	El CAHTD-E sólo intervendrá cuando no se de una atención adecuada por parte del Centro de referencia. Alumnado de corta estancia se hace cargo el tutor de su Centro escolar. -El alumnado de Media y Larga estancia es atendido por personal docente del Hospital o Servicio Domiciliario. Los Centros Territoriales colaboran con Centros de referencia. Asignar al profesorado las actividades de apoyo; supervisar con el Director los planes individuales del profesorado. “La Atención Educativa Domiciliaria se solicita a partir de 1 de mes (...).”
Comunidad Valenciana	-Según la normativa, el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria se solicita a partir de 2 meses de convalecencia del escolar, pero mejorado modificado a partir de 1 mes. “Se solicita a partir de 1 mes de convalecencia, pero luego la demora va desde 2 semanas a 2 meses.”

Fuente: elaboración propia e información suministrada por los profesionales en las encuestas aplicadas. Sus aportaciones se recogen en negrita en la Tabla.

Consideraciones:

- De las cinco Comunidades objeto de estudio todas ellas coinciden en solicitar el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria cuando el alumnado enfermo o convaleciente debe de estar más de 1 mes de convalecencia en su domicilio.

Para mostrar el proceso de Atención Educativa Domiciliaria hemos tomado como ejemplo, el reflejado bajo normativa por la Comunidad Valenciana donde indica, que primero se recaba información del Centro de referencia del alumnado convaleciente. A continuación, se da una propuesta curricular elaborada para el alumnado, y seguidamente se establece un Plan de Trabajo Individual con horario, área, contenidos, seguimiento, etcétera. Consecutivamente se reúnen de manera periódica con el profesor-tutor; se informa al Centro de referencia de las dificultades encontradas, y se elabora una memoria mensual donde se colabora en la evaluación final de alumnado; en el domicilio se adecua un espacio con la presencia de un adulto. La información

obtenida del resto de Comunidades objeto de estudio se ha obtenido gracias a las aportaciones ofrecidas por los docentes, pero no por normativa.

Tras la yuxtaposición del Indicador Comparativo *Funcionamiento* en las Comunidades objeto de estudio se han observado ciertas diferencias en alguna de ellas, como por ejemplo:

- La Comunidad Extremeña no indica, ni a nivel de normativa ni con aportaciones docentes, a partir de cuándo se solicita dicho Servicio. Sí que es cierto, que es la Comunidad que presenta mayor distinción respecto al resto en este Servicio. En Badajoz capital, como se ha mencionado en apartados anteriores, el alumnado convaleciente es atendido por las propias maestras de las Aulas Hospitalarias del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. El resto de escolares convalecientes son atendidos a través de un Programa Telemático.
- Otro aspecto que ha distinguido unas Autonomías de otras es la demora que se produce desde que se solicita el Servicio, normalmente a partir de 1 mes de convalecencia, hasta que dicho alumnado dispone de la atención educativa en su domicilio. De las cinco Autonomías objeto de estudio, sólo queda reflejado el periodo de solicitud bajo normativa en tres de ellas. Pero lo que más despunta y, la diferencia más sobresaliente respecto a la demora, la presenta la Comunidad Valenciana. Mientras que en las Comunidades de Madrid y el País Vasco, desde que se solicita el Servicio hasta que se dispone de él transcurren 2 semanas, gracias a la gran centralización que presenta el País Vasco y a la buena coordinación entre ambos Servicios que muestra la Comunidad de Madrid. La Comunidad Valenciana muestra mayor diferencia al respecto. Aunque hemos de admitir que el proceso paulatinamente ha ido mejorando, todavía puede demorarse incluso 2 meses hasta que el alumnado tiene la Atención Educativa Domiciliaria en su hogar. Por otra parte, dicha Autonomía realiza una distinción indicando, que hasta 6 meses de convalecencia, el alumnado es atendido por profesorado de Atención Educativa Domiciliaria de personal docente y/o recursos del Centro de referencia. Cuando sea superior a 6 meses es atendido por personal docente de la Consejería de Cultura, Educación y Deporte e Innovación y recursos propios del Centro docente. Finalmente, el escolar convaleciente de

Valencia capital es atendido por personal docente del Centro concertado “Auxilia”.

Esta característica marca otra notable diferencia en dicha Comunidad, debido a la distinción que se hace entre el alumnado convaleciente de Valencia capital y el que reside a 20 km más allá de la ciudad. Al alumnado de la ciudad le imparte docencia profesorado del colegio concertado “Auxilia”, pero el resto de alumnado es atendido por profesorado interino de la bolsa de educación o personal del Departamento de Educación de la Comunidad Valenciana. Esto supone cierta desigualdad, ya que la demora, la *Coordinación*, el *Funcionamiento*, etcétera, puede variar de ser escolar de ciudad a residir fuera de ella.

8.2.4.5.- Dependencia administrativo-institucional de las Aulas Hospitalarias y su personal.

Tabla 23

Dependencia administrativo-institucional de las Aulas Hospitalarias y su personal

Comunidad Autónoma	Dependencia
Andalucía	- “El profesorado de AAHH está adscrito administrativamente a un Centro docente de la zona educativa donde esté ubicado el Hospital. A efectos organizativos y funcionales dependen del Servicio de Ordenación Educativa de la correspondiente Delegación Provincial.” “El programa de AA.HH. se inscribe dentro del área de compensatoria de los Equipos de orientación Educativa.” -Los gastos económicos dependen del Equipo Técnico Provincial para la Orientación Educativa y Profesional de cada Delegación Provincial. -“(…) El Profesorado de estas aulas, depende de la Consejería de Educación y Ciencia, y están adscritos al Equipo de Orientación Educativa y al Inspector (...)”
Extremadura	Las maestras de las AA.HH. del Complejo Hospitalario de Badajoz dependen de un Centro Educativo ordinario situado a los alrededores del Hospital Materno-Infantil denominado CETP “San José de Calasanz.” -Como funcionarias de carrera también dependen del Departamento de Atención a la Diversidad de la Consejería de Educación.
Comunidad de Madrid	El profesorado de dicha atención educativa depende de los tres Ámbitos Territoriales de la Comunidad de Madrid de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte. -“La Atención Educativa Domiciliaria depende del Programa SAED que pertenece a las Aulas Hospitalarias.”
País Vasco	Los Centros Territoriales dependen orgánicamente de las Delegaciones Territoriales de Educación y funcionalmente de la Dirección de Innovación Educativa del Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco.
Comunidad Valenciana	- “La Atención Educativa Domiciliaria depende de la Consejería de Educación Cultura y Deporte a partir de 20 km a la redonda de Valencia capital. Se llama a personal de bolsa de educación que pasará a ser interino del Centro educativo de referencia (...) hasta 20 km a la redonda de Valencia capital depende del Centro Educativo “Auxilia” que es un Colegio Concertado.” “Los profesores de las Aulas hospitalarias dependen como funcionarios con plaza en propiedad de la Consejería de Educación, Cultura y Deporte.”

Fuente: elaboración propia e información suministrada por los profesionales en las encuestas aplicadas. Sus aportaciones se recogen en negrita en la Tabla.

Consideraciones:

Respecto al apartado *Dependencia* administrativa-institucional de las Aulas Hospitalarias y su personal, y tras la yuxtaposición y comparación elaborada de las cinco CC.AA., se han observado semejanzas que consideramos relevantes señalar:

- Todo el personal docente de las AA.HH. y Atención Educativa Domiciliaria de las Autonomías objeto de estudio es personal funcionario o interino, y oficialmente dependen de los organismos superiores de educación, como la Consejería de Educación del Gobierno Vasco. Sí que debemos exceptuar, al profesorado que atiende al alumnado convaleciente de Valencia capital por depender del colegio concertado “Auxilia”, sin ser funcionario de carrera ni depender de la bolsa de educación de la Consejería de Educación, Innovación, Juventud y Deporte de la Comunidad Valenciana.
- Andalucía y Extremadura comparten que el *Equipo Docente* de las Aulas Hospitalarias y Atención Educación Domiciliaria, en mayor o menor grado depende del colegio educativo de zona, donde está ubicado el Hospital. Concretamente, el profesorado de AA.HH. y Atención Educativa Domiciliaria de Andalucía se someten al Equipo de Orientación de zona, y Extremadura al Colegio Público “San José de Calasanz”.

Sin embargo, los docentes de Madrid dependen del Área de “Atención Educativa al Alumnado Enfermo” correspondiente a la Consejería de Educación, y la Comunidad Valenciana del Departamento de Innovación Educativa de la Consejería de Educación, Innovación, Cultura y Deporte.

Finalmente, el País Vasco destaca porque el personal docente de dichos Servicios, así como todo el personal que los coordina y dirige dependen del CAHDT-E de cada Provincia. Estos, a su vez dependen de la Delegación Territorial y del Departamento de Política Lingüística del Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco. Siguiendo esta línea, hemos creído conveniente señalar una aportación ofrecida por el Director del CAHDT-E de Bilbao señalando que: “Hasta el año 2006 que se elaboró el Decreto para construir los Centros Territoriales, las Aulas Hospitalarias dependían del colegio de zona. El profesorado de las AA.HH. ahí no pintaba nada, ya que los alumnos enfermos son problemas totalmente diferentes a los

problemas que se suelen dar en un centro escolar... los Servicios tanto de AA.HH. como de Atención Educativa Domiciliaria dependían del Servicio de Educación a Distancia, el Servicio Educativo-Terapéutico dependía del Gobierno y no estaban nada coordinados.” Por esta razón, justifica la creación del Centro Territorial, para aunar los Servicios de los enfermos, “La atención está mucho más centralizada y menos dispersa (...).”

Tras la yuxtaposición del apartado *Dependencia*, sí que se han apreciado ciertas características significativas marcando diferencias en alguna de ellas, por ejemplo:

- Andalucía y Extremadura coinciden porque en ambas el Servicio de Atención Educativa Hospitalaria y su profesorado dependen del colegio educativo de zona más cercano al Hospital. Pero, mientras la primera depende del centro tan sólo administrativamente, ya que funcionalmente lo hace del Equipo de Orientación Educativa e Inspector del colegio de zona de las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Educación. Extremadura está ligada orgánicamente a las funciones del colegio de zona “San José de Calasanz” interactuando profesional y personalmente con su Claustro, Equipo Directivo, Dirección etcétera. Esto muestra claramente que estas dos Autonomías presentan unos Servicios mucho más descentralizados que el resto, pero cada una con sus propias características.
- Por otra parte, el Programa SAED de la Comunidad de Madrid ubicado dentro del área de Atención Educativa del Alumnado Enfermo, depende de las respectivas AA.HH. de zona. Asimismo, sus docentes forman parte de la plantilla del Aula Hospitalaria correspondiente presentando una gran coordinación entre el profesorado de ambos Servicios. Este aspecto destaca de Valencia, Andalucía y el País Vasco, ya que en estas Autonomías los Programas de Atención Educativa Domiciliaria son Programas independientes de las Aulas Hospitalarias.
- Por otra parte, Extremadura presenta alguna peculiaridad respecto al resto de Autonomías marcando ciertas diferencias en dicho Servicio. En la Ciudad de Badajoz, la Atención Educativa Domiciliaria depende de las maestras de las AA.HH. del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, que de manera rotatoria atienden dicho Servicio. Sin embargo, el alumnado convaleciente fuera

de la ciudad depende de un Programa Telemático proporcionado por la Consejería de Educación, pero prescindiendo de personal docente. En este aspecto muestra cierta desigualdad en la atención educativa ser alumnado residente en Badajoz capital, a ser de una zona territorial fuera de la ciudad. Este aspecto muestra cierto retroceso respecto al resto de Autonomías objeto de estudio, ya que muestra carencias en personal docente para cubrir dicho Servicio.

- La Comunidad Valenciana también hace cierta distinción al respecto. Por una parte, está el profesorado que atiende a alumnado convaleciente de Valencia capital dependiendo del colegio concertado “Auxilia”. Por otra parte, está el profesorado de Atención Educativa Domiciliaria que atiende a escolares convalecientes que residen a más de 20 km de la Ciudad. Este docente es personal funcionario o interino dependiente de la Consejería de Educación, Innovación, Juventud y Deporte de la bolsa de Educación de la Comunidad Valenciana. Esto puede conllevar que la demora atencional sea mayor en un caso que en otro, y que la *Coordinación* y el *Funcionamiento* sea diferente.

8.2.5.- Espacios y Equipamiento.

En el siguiente apartado se ha presentado la yuxtaposición, y posterior comparación en aspectos tan relevantes como son los *Espacios* donde se ubican los Servicios de Atención Educativa Hospitalaria, AA.HH., y su *Equipamiento* en las Comunidades objeto de estudio.

Tabla 24
Espacios y Equipamiento

Comunidad Autónoma	Espacios y Equipamiento
Andalucía	-Los Hospitales con zona pediátrica tienen <i>Espacios</i> para aulas en el Hospital con mobiliario y material para actividades que favorezcan la coeducación. Los Hospitales de Día Infantil cuentan con <i>Espacios</i> con finalidad de «salas lúdicas» o «salas lúdico-pedagógicas» para diferentes etapas educativas que favorezcan la coeducación. -Hospitales con plantas de Pediatría de ingresos medios y largos, cuentan con Ciberaula “La Caixa.”
Extremadura	Sistema telemático para niños hospitalizados y convalecientes en domicilios con contenidos educativos e instrumentos para estar en contacto con centros escolares, compañeros y profesores. -Hay Ciberaulas Hospitalarias de “La Caixa.” -Recursos materiales aportados por Consejería.

<p>Comunidad de Madrid</p>	<p>-El Hospital con Unidad Escolar dispondrá de despacho para sala de profesores mesas, sillas, armario, estanterías, fotocopiadora, teléfono, fax, ordenador con línea digital. -Espacio físico para el AA.HH. lo cede el Hospital de la Consejería de Sanidad. Material educativo y el personal docente es proporcionado y dependiente de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte. - “El aula escolar sirve para Infantil y Primaria, y la Ciberaula para Secundaria y Bachillerato.” -Existen las Ciberaulas Hospitalarias de “La Caixa.”</p>
<p>País Vasco</p>	<p>-El equipamiento en material de las AA.HH. del Centro Territorial de la Provincia y el personal docente lo proporciona el Departamento de Innovación, actualmente de Educación, Política Lingüística y Cultura del Gobierno Vasco. -El Espacio para la unidad hospitalaria lo proporciona el Hospital. -Hay Ciberaulas Hospitalarias de “La Caixa.”</p>
<p>Comunidad Valenciana</p>	<p>-La Dirección General de Política Educativa junto con la Dirección General de Tecnologías de la información dotará de recursos TIC para estas Unidades, UPH. -El espacio donde está ubicada el Aula lo aporta el Hospital. Los Materiales, TIC y personal docente de AA.HH. como Atención Educativa Domiciliaria lo aporta la Consejería de Educación, Cultura y Deporte. -En dos de los tres Hospitales tomados de referencia cuentan con la Ciberaula de la “Caixa.”</p>

Fuente: elaboración propia e información suministrada por los profesionales en las encuestas aplicadas. Sus aportaciones se recogen en negrita en la Tabla.

Consideraciones:

En cuanto al Indicador Comparativo *Espacios y Equipamiento*, y tras la yuxtaposición de las Comunidades objeto de estudio, se reflejan ciertas similitudes que destacamos a continuación:

- Las cinco CC.AA. coinciden en que el *Espacio* destinado a la ubicación del AA.HH. lo proporciona el Hospital dependiente de la Consejería de Sanidad.
- A su vez, todas ellas comparten que el mobiliario y los materiales que se emplean en las mismas son aportados por los organismos encargados del sistema educativo de cada Autonomía, como la Consejería de Educación, Innovación, Cultura y Deporte en la Comunidad Valenciana; la Consejería de Educación y Cultura en Extremadura; del Departamento de Educación, Política Lingüística y Cultura en el Gobierno Vasco, etcétera.
- Otro aspecto compartido por las cinco Autonomías es la presencia de las Ciberaulas del Programa “El Alma” de la Caixa, encontrándose en todos aquellos Hospitales donde hay planta de Pediatría con alumnado de ingresos de media y larga estancia. En este aspecto, es el Proyecto con mayor presencia nacional relacionado con dichos Programas y Servicios.

Por otra parte, tras la yuxtaposición realizada de las Comunidades objeto de estudio, se han percibido algunas características que indican ciertas diferencias:

- Extremadura, destaca por ser la Comunidad que dispone de un Proyecto Telemático para atender al alumnado convaleciente en sus domicilios, que residen fuera de la ciudad de Badajoz y que no son atendidos por personal docente. Esta Comunidad, aunque se caracteriza por presentar carencias en la Atención Educativa Domiciliaria, sí que es cierto, que despunta en cierto sentido con dicho Programa, ya que permite que el alumnado interactúe con sus compañeros y profesorado de su Centro de referencia, incluso proporcionando un ordenador a todo aquel escolar que no disponga de uno en su hogar.

8.2.6.- Equipo Docente.

Otro Indicador Comparativo relevante de nuestro ámbito de estudio es el *Equipo Docente*, que trabaja en las AA.HH. perteneciente al Programa de Atención Educativa Hospitalaria de las Comunidades objeto de estudio. Por tanto, mediante la siguiente Tabla mostramos la yuxtaposición de este Indicador, para posteriormente realizar una comparación con las respectivas consideraciones.

Tabla 25
Equipo Docente

Comunidad Autónoma	Equipo Docente
Andalucía	- “Somos dos docentes para Primaria y dos profesores para Secundaria (Sociolingüística y Científico-Técnica).” - “Sólo estoy yo de maestro de Infantil y Primaria porque es un Hospital de estancias cortas.”
Extremadura	Las AA.HH. del Complejo Hospitalario de Badajoz la componen una maestra de Pedagogía Terapéutica (PT) en el Hospital Infanta Cristina; maestra de Pedagogía Terapéutica (PT) en el Hospital Materno Infantil; maestra de Audición y Lenguaje(AL) en el Hospital Materno Infantil. Atención Educativa Domiciliaria se establece mediante turno de rotaciones de maestras hospitalarias. “(…) colaboración desinteresada de profesores de la ESO y Bachillerato de un Centro de Secundaria (...) el IES “Ciudad Jardín.”
Comunidad de Madrid	-El equipo docente de dichas Aulas cuenta con el profesorado adscrito al Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario (SAED) y también prestan Servicios en el Aula Hospitalaria. En el Hospital Ramón y Cajal: “(...) dos maestros para Infantil y Primaria, dos profesores de Secundaria y Bachillerato a tiempo parcial compartidos con el Hospital “La Paz” y el Hospital “12 de Octubre” así como una Coordinadora y un profesor del SAED.”.
País Vasco	- “Las Aulas las componen PT que dan clase hasta 2º de la ESO Profesorado de Secundaria hay si se piden para clases de 3º de la ESO hasta 2º de Bachillerato.” -La plantilla del Centro OETH de Guipúzcoa: Directora, coordinador del ámbito domiciliario, 14 docentes de Atención Educativa Domiciliaria, 4 docentes del ámbito Terapéutico-Educativo, un EAE del ámbito Terapéutico Educativo, una psicóloga del ámbito T-E y una cocinera. 1 coordinadora del ámbito Hospitalario, un ayudante de Dirección, 1 psiquiatra Terapéutico- Educativo, una limpiadora, coordinadora del ámbito T-E, 3 profesoras del ámbito hospitalario 1 enfermera T-E, 1 EAE del ámbito T-E, 1 conserje.

<p>Comunidad Valenciana</p>	<p>-El Equipo Docente del Hospital “La Fe” lo componen: “(...) nueve docentes: Seis maestros/as a tiempo completo; dos maestros/as de Secundaria del área Lingüística y área Científica compartidos con otros Hospitales Profesora de Religión: Lunes y martes; sólo se quedan dos maestros/as en el aula, los demás se van a las habitaciones, o a Oncología, a Trasplantes o Hemodiálisis.” El Hospital Clínico: “(...) dos maestras de Educación Especial o PT a jornada completa. Un profesor de Secundaria del área de Lingüística y un profesor de Secundaria del área Ciencias dependientes de La Fe. Una profesora de Religión que viene 3 horas a la semana.” Y el Hospital Dr. Pesset: “(...) dos maestras de Pedagogía Terapéutica (PT) (...).”</p>
------------------------------------	---

Fuente: elaboración propia e información suministrada por los profesionales en las encuestas aplicadas. Sus aportaciones se recogen en negrita en la Tabla.

Consideraciones:

Por una parte, tras la yuxtaposición efectuada de las Autonomías objeto de estudio quedan reflejadas ciertas similitudes, como son:

- Dentro del *Equipo Docente* de Andalucía, Comunidad de Madrid y Comunidad Valenciana se encuentra personal docente para los niveles de Infantil y Primaria, así como personal docente para el nivel de Secundaria.

Por otra parte, tras la yuxtaposición efectuada de las cinco CC.AA. hemos apreciado ciertas características relevantes que marcan diferencias entre ellas, como son:

- El País Vasco destaca respecto al resto de Comunidades en que, su *Equipo Docente* está integrado por todo el personal que compone los Centros Territoriales: el Director, Coordinadores, Claustro, Equipo Directivo, etcétera. A su vez, la plantilla de los CAHDT-E está compuesta por Director, Profesorado de Apoyo de las AA.HH., Domiciliaria y Terapéutico-Educativo. En este aspecto, el Gobierno Vasco regula las plantillas de cada Centro Territorial con la asignación de perfiles lingüísticos, titulación y experiencia exigida.

Aunque en Extremadura, el profesorado hospitalario depende del colegio de zona donde interactúan, a su vez con Claustro, Tutores, Equipo Directivo de un colegio ordinario, etcétera, no se asemeja al *Funcionamiento* de los CAHDT-E. El personal de un colegio ordinario no está acostumbrado a tratar casos de alumnado hospitalizado o convaleciente, como existe en los Centros Territoriales vascos, ya que estos últimos trabajan única y exclusivamente para este tipo de escolar. Por otra parte, el País Vasco muestra la peculiaridad de que se cuenta con personal docente para Secundaria a partir de 3º de la ESO hasta 2º de Bachillerato, pero sólo si lo consideran oportuno.

- Andalucía destaca del resto de Comunidades objeto de estudio con el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria. Aunque dispone de personal docente dedicado a dicho Servicio, la normativa indica que cuando no hay personal suficiente, la función la efectuará el personal del Programa de Acompañamiento Escolar andaluz. Este Programa lo compone personal voluntario, estudiantes universitarios, técnicos, etcétera, aspecto criticable, ya que todo alumnado enfermo o convaleciente tiene derecho a una educación de calidad con profesionales apropiados para desarrollar dichos Servicios.
- Extremadura también destaca respecto al resto de Comunidades con el Servicio de la Atención Educativa Domiciliaria. El *Equipo Docente* que lleva a cabo dicho Programa son las propias maestras de las Aulas Hospitalarias del Complejo Universitario Hospitalario de Badajoz. Se atiende al alumnado convaleciente de Badajoz capital, sin embargo el alumnado de fuera de la capital no recibe atención por parte de ningún profesorado. Este alumnado es atendido, como se ha mencionado en otras ocasiones, por un Proyecto Telemático llevado a cabo por la Consejería, donde se pone en contacto a dicho escolar enfermo con su Centro de referencia, compañeros, contenido educativo, etcétera. En este último aspecto, sí que es cierto que mediante este propósito se presentan ventajas, aunque hay que admitir que no realiza el mismo papel que desempeña el propio personal docente que asiste a domicilio.
- Por otra parte, Extremadura destaca del resto de Comunidades objeto de estudio por disponer de manera desinteresada de profesores de la ESO y de Bachillerato del IES “Ciudad Jardín”, Instituto de la zona. Con esto se muestra claramente que la figura del profesional docente en dicho nivel está cubierta por personal voluntario. Extremadura refleja que es la Comunidad objeto de estudio que más carencias posee en este nivel, por no poseer personal contratado sino personal que de manera altruista ofrece su servicio. En este sentido, muestra cierto retroceso respecto al resto de Autonomías.

8.2.7.- Perfil Profesional y Formación Permanente.

Uno de los Indicadores Comparativos más comentados y destacados por su importancia, y que más vamos a subrayar en la parte comparativa, ha sido definir el *Perfil Profesional específico* para el personal que trabaja en las AA.HH.

Un aspecto a tener en cuenta, y que se debería de haber tenido presente como veremos en la yuxtaposición, y en las consideraciones posteriores, es que en la normativa de dichas Autonomías se hubiese indicado algo tan relevante como la formación específica requerida para atender al alumnado enfermo o convaleciente. Es un tipo de alumnado muy vulnerable, y que posiblemente necesite atenciones educativas que cualquier otro escolar no requiera.

Como se va a mostrar en la Tabla 26, el *Perfil profesional básico* exigido para ocupar dichos puestos no está determinado en ningún documento legislativo de las Comunidades objeto de estudio, a excepción de la Comunidad Valenciana, que señala: “Los recursos personales son Funcionarios con titulación de maestros y profesores de la ESO” Sí que es cierto, que el resto de Autonomías hacen mención al “docente” en algún momento de su normativa dando por evidente que la titulación que se pide es la de maestro. Pero lo que no se especifica en ninguna de ellas es el *Perfil Profesional de especialización*. En todas ellas, el profesorado accede al puesto de manera muy similar teniendo plaza en propiedad y se ocupa el puesto por Comisión de Servicios, ya que no se accede a la plaza directamente aprobando la oposición.

Gracias a las contribuciones ofrecidas nos consta la titulación profesional específica concreta, que suele demandar cada Autonomía. Sin embargo, volvemos a destacar que no queda reflejada en ninguna normativa de las Comunidades objeto de estudio, el *Perfil Profesional específico* para desempeñar la función docente en las AA.HH. Tras la yuxtaposición se ha llevado a cabo un estudio comparativo entre las diferentes Autonomías, para desarrollar una serie de consideraciones pertinentes que nos permitan profundizar en la figura del docente hospitalario y domiciliario para trabajar en el aula, con el alumnado, la familia, el Centro de referencia, etcétera.

Nuestro estudio muestra que en todas las CC.AA. la normativa general se limita a señalar el *Perfil Profesional básico* -docentes-. En todas ellas la delimitación del *Perfil Profesional específico* se fija en el articulado de las convocatorias para cubrir los puestos docentes en las AA.HH.

El análisis comparado de dichas convocatorias nos muestra que no existe un criterio convergente a la hora de definir el *Perfil Profesional específico* en CC.AA. objeto de estudio.

Tabla 26
Perfil Profesional y Formación Permanente

Comunidad Autónoma	Perfil Profesional y Formación Permanente
Andalucía	<p>-Las plazas docentes de las Aulas Hospitalarias se cubren por convocatoria pública por Comisión de Servicios, renovable cada año y previo informe de Inspección de Educación. Plazas calificadas como puestos de difícil desempeño.</p> <p>“Maestros de Infantil y Primaria, aunque depende de la convocatoria”.</p> <p>-Formación Permanente: El personal docente podrá solicitar actividades formativas. “No hay formación inicial”, “No hay formación permanente específica (...).”</p>
Extremadura	<p>“Independientemente de las demás titulaciones académicas, el perfil para acceder a esas plazas es el de especialista de Pedagogía Terapéutica y/o Audición y Lenguaje.” Se accede al puesto por Comisión de Servicios.</p> <p>Formación permanente: “Hemos realizado seminario sobre Aulas Hospitalarias (...) Cursos sobre LINEX (...) Curso la Web 2.0. Redes Sociales (...) La PDI aplicada al aula de Secundaria. La Integración de una plataforma Moodle en la Web del Centro (...) las Tic aplicadas a la revista digital (...) nuestra WEB corporativa de las AA.HH. (...) Coordinación y desarrollo del Proyecto de Innovación Educativa ¿Qué tal Hospital?”</p>
Comunidad de Madrid	<p>“(...) profesores funcionarios y por comisión de servicios mediante una selección de curriculum se puede optar a estos puestos ya que no se ofertan como plazas (...) maestros con distintas especialidades (...) Primaria, Infantil, Educación Especial, Audición y Lenguaje, etcétera, según la necesidad (...) No hay formación inicial, se accede mediante selección de curriculum. La formación permanente y/o inicial (...) en septiembre hay unas Jornadas de Formación para profesores de Aulas Hospitalarias y SAED (...).”</p>
País Vasco	<p>-Transcurridos seis años en el puesto de manera continuada se pueden desempeñar estos puestos con carácter indefinido.</p> <p>“Maestro /a con la especialidad en Pedagogía Terapéutica (...) tienen la plaza en propiedad y por Comisión de Servicios acceden a dicho puesto.” “Todos los que trabajamos en los Centros Territoriales tenemos plaza en propiedad excepto los maestros/as de Atención Educativa Domiciliaria que se llaman de bolsa.” Respecto a la Formación Permanente: “No se les exige formación en el área hospitalaria porque en sí no existe y a parte se les pide la especialidad que es Pedagogía Terapéutica.”</p>

<p>Comunidad Valenciana</p>	<p>Los recursos personales son Funcionarios con titulación de maestros y profesores de la ESO. Plazas que no salen a concurso y cubiertas por personas interesadas por Comisión de Servicios. “(...) Magisterio especializado en Pedagogía Terapéutica o Audición y Lenguaje, pero no necesariamente (...) también podrían acceder los de Primaria (...) aunque la mayoría de maestros son de Pedagogía Terapéutica.” “Para el curso 2016/17 ha salido una convocatoria pidiendo la especialidad de PT presentando un proyecto y tener el B2 de inglés. De este equipo de la UPH de la Fe no nos vamos a quedar ninguno”. “La formación inicial por parte de SPES respecto a Pedagogía Terapéutica, es nulo (...) Jornadas de Aspanion. Formación permanente, hay en los Cefires pero concretamente de Pedagogía Hospitalaria no (...)”. “Importante el rodaje en aulas ordinarias porque se adquieren muchos Recursos Personales” “Ya no se ha vuelto a realizar el Congreso Bianual sobre Aulas Hospitalarias. El último fue en Murcia en 2011.”</p>
------------------------------------	---

Fuente: elaboración propia e información suministrada por los profesionales en las encuestas aplicadas. Sus aportaciones se recogen en negrita en la Tabla.

Consideraciones:

Como se ha mencionado anteriormente, en este apartado se ha llevado a cabo una de las críticas más claras de la insuficiencia de la normativa reguladora del *Funcionamiento* de las AA.HH., y es que no queda reflejado el *Perfil de especialización* exigido para ocupar los puestos en las AA.HH. La figura del personal docente, como se muestra a lo largo de la investigación, es uno de los aspectos más importantes dentro de nuestro ámbito de estudio, y es un asunto que queda por especificar con precisión en la normativa de todas las Autonomías estudiadas.

Dado que, como acabamos de señalar, hemos podido mostrar estos datos en la Tabla 26, gracias fundamentalmente a las aportaciones ofrecidas por el personal docente de las respectivas AA.HH. españolas tomadas de referencia, así como por Directores de CAHDT-E e Inspectores Educativos y de Alta Inspección que se han implicado para clarificar dicho apartado.

Por consiguiente, tras la yuxtaposición realizada se han apreciado ciertas similitudes que mostramos a continuación:

- Las Autonomías objeto de estudio comparten que a dichos puestos, es decir las AA.HH., no se accede por oposición, ya que el personal docente debe tener ya plaza en propiedad y ocuparla mediante Comisión de Servicios⁵². En este aspecto, cuando se necesita personal de manera inmediata se demandan interinos de la bolsa de educación de las respectivas Consejerías, como consta por ejemplo, en el caso de Andalucía en sus convocatorias.

⁵² Comisión de Servicios: La provisión de puestos de trabajo mediante Comisión de Servicios permite, que un puesto de trabajo que haya quedado vacante pueda cubrirse en caso de inaplazable necesidad, con un funcionario que reúna los requisitos establecidos para su desempeño en la relación de puestos de trabajo.

- Otro aspecto relevante, compartido por la normativa de las Autonomías objeto de estudio, es que en ninguna de ellas aparece el *Perfil Profesional de especialización* exigido para ocupar dichos puestos. Aunque sí que es cierto que la especialidad y los requisitos pertinentes aparecen en las respectivas convocatorias. Es un tema que posteriormente abordaremos a la hora de desarrollar el apartado de recomendaciones.
- Siguiendo la misma línea, y haciendo uso de las aportaciones ofrecidas por los docentes hospitalarios, en Extremadura y el País Vasco muestran similitud en *el Perfil Profesional específico* demandado. Ambas Autonomías demandan el título de Magisterio en Pedagogía Terapéutica, independientemente de cualquier otra especialidad, aunque en el caso de Extremadura también piden Audición y Lenguaje⁵³.

Sin embargo, en Madrid, Andalucía y Comunidad Valenciana se piden especialidades como Infantil, Primaria y/o PT/Educación Especial o AL, según necesidad. Sí que es cierto, que en las AA.HH. de Andalucía y Madrid, es mayoritaria la especialidad de maestro en Primaria, sin embargo en la Comunidad de Valencia⁵⁴ predomina con notoriedad la especialidad en PT, aunque también pueden acceder docentes de Infantil y Primaria, como ha ocurrido en alguna convocatoria. Asimismo, nos consta, según lo indicado por una docente del AA.HH. de la FE de Valencia, que en un pasado no muy lejano y cuando todavía no existía la figura del profesorado de Secundaria en las AA.HH., se demandaba docente en PT por ser la única especialidad que puede atender niveles educativos hasta los 21 años.

- Siguiendo con el mismo Indicador Comparativo, nos vamos a centrar en el aspecto de la *Formación Inicial y Permanente* de los docentes de las cinco Comunidades objeto de estudio. Tras haber efectuado la yuxtaposición propia destacamos ciertas equivalencias, que nos han llevado posteriormente a la realización de unas consideraciones a nivel global.

⁵³ El maestro especialista en Audición y Lenguaje (AL) realiza funciones de apoyo muy similares que el maestro especialista en PT en un centro ordinario. El maestro en AL. realizan funciones centradas en todos los aspectos relacionados con la comunicación y el lenguaje oral y escrito.

⁵⁴ En la última convocatoria de la Comunidad Valenciana realizada para el curso 2016/17, se exige la especialidad de PT y poseer el título B2 de inglés, así como presentar un Proyecto de Trabajo.

- Las Cinco Comunidades comparten que no existe *Formación Inicial* antes de incorporarse al puesto. Sí que debemos destacar que en la Comunidad de Madrid existen unas jornadas realizadas en septiembre sobre AA.HH. Actualmente, se realizan de manera voluntaria sirviendo de formación previa para docentes principiantes y/o formación continua para el resto de profesorado, pero hasta hace unos años eran obligatorias como *Formación Inicial* para profesorado novel.
- La Comunidad Valenciana destaca en su normativa que se deben poseer conocimientos entorno a Tics y Pizarra Digital, pero no especifica si se demanda en la convocatoria, o que organismo proporciona esta formación antes de ocupar dicho puesto. Respecto a la *Formación del Profesorado* indica que el Servicio competente en dicha materia realiza acciones formativas sobre temas de interés para los docentes de las Unidades Pedagógicas Hospitalarias. Pero en este aspecto, y destacando las aportaciones señaladas por el profesorado encuestado, no existe formación específica sobre dicha área, pese al interés y la demanda del profesorado que la requiere.

En definitiva, destacamos que en las cinco Comunidades objeto de estudio no existe *Formación Permanente* específica sobre Aulas Hospitalarias o Atención Educativa Domiciliaria. Sí que es cierto que, tanto a nivel nacional como autonómico, han existido unas jornadas donde colabora personal docente de dichos Servicios utilizados como intercambio de experiencias y crecimiento profesional. Asimismo, hasta el año 2011 ha existido un congreso bianual sobre Aulas Hospitalarias, pero nos consta que dicho evento ya no se lleva a cabo por los recortes efectuados en Educación y Sanidad. Por consiguiente, no existe *Formación Permanente*, exceptuando la ofertada por el propio personal docente hospitalario que se implica organizando cursos, seminarios, jornadas por vocación personal y profesional, o que cursan *Formación Permanente* por intereses de motivación personal.

Por tanto, hemos tomado como ejemplo de lo que podría ser una deseable Formación Continua a nivel general, el caso Andaluz, y más en concreto el caso de un docente de un Aula Hospitalaria de Cádiz que, como ya se ha mostrado anteriormente ha realizado y participado en múltiples eventos como: jornadas de atención al alumnado con problemas de salud en Andalucía; se ha implicado en la creación de una red local de buen trato a la infancia; también, ha realizado formación sobre el niño alérgico en la escuela; sobre aplicaciones didácticas en TICs; ha participado en dinámicas educativas en las Aulas Hospitalarias de la Provincia de Cádiz; sobre formación docente en igualdad de género; las Tics en coeducación; herramientas para la motivación y gestión emocional en entornos de compensación educativa; intervención neuropsicológicas y herramientas narrativas psicoemocionales, etcétera. Finalmente, también queremos destacar el caso extremeño, donde se da la coordinación y desarrollo de un Proyecto denominado “¿Qué tal el Hospital?” llevado a cabo por personal que ejerce o ha ejercido docencia en dichos Hospitales.

Tras haber indicado la titulación profesional concreta que suele demandar cada Comunidad en las respectivas convocatorias, y la *Formación Inicial y Permanente* que existe, se observa claramente que en el aspecto de la titulación profesional no hay homogeneidad en las Autonomías estudiadas. En este aspecto, y debido a la falta de uniformidad y, del correspondiente y necesario estudio que requiere la adecuada determinación acerca del *Perfil Profesional de especialización* idóneo para desempeñar con eficacia dichos puestos de trabajo, nos hemos planteado una serie de consideraciones que nos llevarán a concluir en un tipo de figura docente idónea para ocupar dichos puestos para atender los Programas de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria.

Primeramente, nuestro alumnado forma parte de Programas de Educación Compensatoria, pero son denominados en diversas CC.AA. y por la mayoría de autores que siguen nuestro ámbito de estudio, como sujetos con NEAE con necesidad de Profesores de Apoyo, que en este caso lo cubre el profesorado hospitalario o domiciliario.

Por tanto, al no haber especialistas en Pedagogía Hospitalaria hace que cada Comunidad se haya decantado por un tipo de especialidad docente u otra. Por ello, otra de las consideraciones que debemos tener en cuenta es que, cada Autonomía teniendo sus propias competencias en Educación, se ha decantado por demandar, o el Perfil de Maestro en Pedagogía Terapéutica como es el País Vasco y Extremadura (optando esta última también por la especialidad de Audición y Lenguaje (AL), o convivir diversas especialidades como es el caso de Madrid, Andalucía y Comunidad Valenciana decantándose las dos primeras mayoritariamente, por la especialidad en Primaria, y la segunda por la especialidad en Pedagogía Terapéutica⁵⁵. Ninguna de ellas lo refleja bajo la normativa que regula las AA.HH. y Atención Educativa Domiciliaria, ya que únicamente se especifica en las respectivas convocatorias.

La razón de que ocurran estos hechos la podemos encontrar en los argumentos señalados por Sandoval, Simón y Echeita (2012), quienes señalan que los centros suelen organizarse de forma balcanizada creando así figuras profesionales diferentes. Ni la Atención a la Diversidad, ni la denominada Educación Compensatoria (ni actualmente la Educación Inclusiva), son trabajos docentes compartidos sino actuaciones contempladas como responsabilidad prioritaria de los profesores a quienes se tiene para una especialidad. Dentro de sus competencias se encuentra la consolidación de trabajo colaborativo y reflexivo lejos de la perspectiva terapéutica y puntual, y estas competencias no son exclusivas del Profesorado de Apoyo, sino propias de todo el profesorado en todas las etapas. Este aspecto, nos hace ver que el Profesor de Apoyo, puede ser tanto un maestro de enseñanza Primaria como un PT o AL, y tiene que estar en continua colaboración con el resto de profesores.

Por consiguiente, para explicar por qué hay Autonomías que se decantan por una u otra especialidad de la titulación de Magisterio, y que no hay homogeneidad por la titulación específica requerida, hemos recurrido de nuevo a los argumentos de dichos autores, donde justifican el por qué no se llega a un acuerdo Autonómico sobre qué *Perfil* es el idóneo para trabajar en un AA.HH. Primeramente, Sandoval et al. (2012) indican que hay mucha desigualdad dentro del sistema autonómico por falta de

⁵⁵ Hay Comunidades como Extremadura, Madrid y Comunidad Valenciana que también demandan la especialidad de AL, ya que en ciertos aspectos hacen la misma función que un PT.

aprobación en el sistema educativo español respecto a un elemento tan relevante como son las Políticas de Apoyo en nuestro país, o especificar qué funciones desempeñan y en qué tipo de alumnado se debe de intervenir. Los profesionales que cumplen funciones de Profesor de Apoyo son profesionales que forman parte de una estructura parcelada en categorías (profesorado de PT, AL, Compensatoria) según la división en condiciones que se ha hecho del alumnado en riesgo de exclusión.

Tras haber observado que la figura del PT se demanda, o como única especialidad o como especialidad alternativa según la convocatoria en las cinco Comunidades objeto de estudio, creemos que éste es el momento oportuno para mostrar argumentaciones de autores relacionados con nuestro ámbito, que relacionan la Pedagogía Hospitalaria con la Pedagogía Terapéutica. Con esta argumentación se justificaría porqué dos de ellas, Extremadura y País Vasco exigen dicha especialidad, otra donde predomina, como es el caso de la Comunidad Valenciana, y el resto demanda según necesidad, como son las Comunidades de Madrid y Andalucía para cubrir los puestos en nuestras Aulas Hospitalarias actuales. Primeramente, Peirats y Granados (2015) entienden la Pedagogía Hospitalaria como una suma de la Pedagogía Terapéutica paliando los daños causados por la enfermedad mediante la educación, y por otra parte una pedagogía multidisciplinar con carácter familiar, laboral, social y personal. A su vez, indican que ha habido una transición a nivel conceptual de la Pedagogía Hospitalaria, donde en un pasado histórico la Pedagogía encargada de estos niños era la PT. Dicha especialidad estaba fundamentada en el campo médico, considerándose como una nueva ciencia subsidiaria de la Medicina, Psicología, Pedagogía y, por supuesto, con un matiz curativo, más terapéutico y correctivo donde su objetivo se fundamentaba básicamente, en compensar ese déficit que produce la enfermedad y la integración social, Ortiz (1994). En ese momento apareció esa pedagogía, como señala Fernández Hawrylak (2001), que se le denominó pedagogía curativa de la enfermedad dando paso posteriormente, a una Pedagogía Hospitalaria abarcando la parte clínica relacionada con el ámbito hospitalario, que es donde se desarrolla y, el ámbito educativo por su funcionalidad. Por tanto, se confirma una nueva pedagogía que asume parte en cierta manera de la PT. A su vez, Violant et al. (2011) nos remiten a los años 70, donde la Educación Especial segregada fue la práctica habitual ante el niño con enfermedad.

Seguidamente, con la introducción de la filosofía de la Normalización e Integración se implantó la Educación Especial integrada, e indican citando a Grau y Ortiz (2001), que ello repercutió en la Pedagogía Hospitalaria apareciendo el concepto de Necesidades Asistenciales Especiales. Posteriormente, se da la aparición de la Inclusión propuesta en el Foro Mundial celebrado en Dakar según Violant et al. (2011), como modelo para dar respuesta a la diversidad del alumnado. Finalmente, señalan que:

Un aula inclusiva es aquella que se adapta a las necesidades de todos los niños y niñas que la integran, teniendo en cuenta las características particulares de cada uno (...). El profesorado debe tener unas estrategias determinadas para poder adaptar el aula y el aprendizaje a cada uno de los niños y niñas (...) se requiera un maestro de soporte, este es quien entra en el aula para dar soporte a la profesora y no sólo al niño o niña con una necesidad especial (...). Conseguir una acción educativa que integre la educación inclusiva en el marco de la atención integral al niño, niña y adolescente con enfermedad es uno de los objetivos fundamentales de la Pedagogía Hospitalaria (p.100).

Finalmente, Lizasoain (2001) señala que la Pedagogía Hospitalaria tiene sus orígenes en la Educación Especial siguiendo la misma línea que el resto de países europeos.

Tras haber visto que los orígenes de la Pedagogía Hospitalaria se sitúan en la Pedagogía Terapéutica, vamos a analizar de manera sintética las normativas que regulan las funciones principales de un maestro especialista en PT, siguiendo las Comunidades objeto de estudio, y así mostrar qué funciones desempeñan en cada Autonomía y, apreciar porqué en algunos territorios es la figura principal que ejerce en las AA.HH.

Tabla 27

Funciones de los PT y orientaciones de su trabajo en las Comunidades Autónomas

Comunidad Autónoma	Marco Legal	Funciones principales y orientaciones
Andalucía	Orden de 20 de agosto de 2010 que regula la organización y el funcionamiento de las escuelas infantiles de segundo ciclo, de los colegios de EP, de los colegios de EI y EP, así como el horario de los centros, del alumnado y del profesorado. Orden de 25 de julio de 2008 por la que se regula la atención a la diversidad del alumnado que cursa educación básica en los centros docentes públicos de Andalucía.	En el artículo 19 de la Orden 20 de agosto de 2010 se establecen las funciones específicas de este profesional y se indica que: «La atención al alumnado con NEE escolarizado en grupos ordinarios con apoyos en periodos variables se llevará a cabo, preferentemente, en dicho grupo». En el artículo 15 de la Orden 25 de julio de 2008 se señala: «El responsable de la elaboración de las adaptaciones curriculares significativas será el profesorado especialista en EE con la colaboración del profesorado del área o materia encargado de impartirla y contará con el asesoramiento de los equipos o departamentos de orientación»
Extremadura	Ley 4/2011, de 7 de marzo, de Educación de Extremadura y el Plan Marco de Atención a la Diversidad 2011	No constan especificaciones. La proporción de los PT se regulará por la Orden 18 de septiembre de 1990.
Comunidad de Madrid	Circular de 26 de septiembre de 2003, relativa a la organización en los centros públicos de EI y Primaria y Secundaria, del profesorado de apoyo educativo al alumnado con NEE asociadas a condiciones personales de discapacidad. Orden de 18 de septiembre de 1990, que establece las proporciones de profesionales/alumnos en la atención educativa de los ACNEE.	Los profesores de PT pueden realizar un apoyo tipo A que se destina a los alumnos con discapacidad permanente, a los alumnos con necesidades educativas transitorias y a aquellos con problemas que dificultan los aprendizajes. El apoyo tipo B contempla la intervención directa y sistemática con la escolarización de alumnos que presentan necesidades educativas específicas asociadas a condiciones personales de discapacidad. La ratio de los profesores de apoyo para la integración en centros ordinarios en la educación básica es: – deficiencia motora: un profesor por cada grupo de entre 8 y 12 alumnos; – deficiencia psíquica: un profesor por cada grupo de entre 8 y 12 alumnos; – problemas emocionales y de carácter grave: un profesor por cada grupo de entre seis y ocho alumnos; – deficiencias sensoriales: un profesor por cada grupo de entre 9 y 12 alumnos.
País Vasco	Decreto 185/2010, de 6 de julio, que aprueba el acuerdo regulador de las condiciones de trabajo del personal funcionario docente no universitario. Orden 30 julio 1998 (BOPV, 31 de agosto) que regula la autorización de adaptaciones curriculares.	Las funciones del profesorado de PT son las recogidas en el artículo 55 de la Orden 30 de julio de 1998. En el artículo 28 del Decreto 185/2010 se especifica: «Los criterios para la dotación de profesorado especializado de PT tendrán en cuenta el número de alumnado y la intensidad del apoyo requerido. En EI y Primaria un PT por cada tres alumnos con NEE, entre 6 y 13 alumnos, dos maestros PT, entre 13 a 18, tres profesionales PT. En la Educación Secundaria Obligatoria, se establece de uno a cinco alumnos con NEE por un profesor PT, de entre 6 a 10 alumnos, dos

<p>Comunidad Valenciana</p>	<p>Orden de 14 de marzo de 2005, de la Consejería de Cultura, Educación y Deporte, por la que se regula la atención al alumnado con NEE escolarizado en centros que imparten Educación Secundaria.</p>	<p>profesores PT, entre 11 a 15 alumnos».</p> <p>Las funciones están recogidas en el apartado 4.2.4 (3) de la Orden 14 de marzo de 2005. «El alumnado será atendido por estos maestros a nivel individual o en grupos reducidos que no superarán los cinco alumnos. La intervención podrá realizarse dentro o fuera del aula ordinaria. Las sesiones impartidas fuera del grupo ordinario no deberán superar las cinco sesiones semanales» (apdo. 4.3). La proporción de estudiantes del PT está en la Orden 14 de marzo de 2005 que establece para Secundaria de 6 a 11 ACNEE.</p>
------------------------------------	--	---

Fuente: elaboración propia adaptada de Sandoval et al. (2012).

Como se puede apreciar en la Tabla 27 y, siguiendo la normativa por Autonomías, queda claramente especificado a qué tipo de alumnado se dedica la figura de PT:

- En Andalucía, el profesorado en PT atiende a alumnado con NEE, adaptaciones curriculares significativas, y es profesorado especialista en Educación Especial.
- En la Comunidad Valenciana, el alumnado será atendido por estos maestros a nivel individual o en grupos reducidos que no superen los 5 alumnos. Estudiantes entre 6 y 11 por PT. (En la actualidad es la especialidad más demandada en las AA.HH. en la Comunidad Valenciana, y a partir del curso 2016-2017 ha sido exigida para la Atención Educativa Hospitalaria aparte de exigir un Proyecto Educativo, más el B2 de inglés.
- En Extremadura, no constan especificaciones.
- En la Comunidad de Madrid, el profesorado en PT puede realizar un apoyo tipo A, que se destina al alumnado con discapacidad permanente, al alumnado con necesidades educativas transitorias y aquellos con problemas que dificulten los aprendizajes. El apoyo de tipo B, supone una intervención directa y sistemática con escolarización del alumnado con Necesidades Específicas asociadas a condiciones personales de discapacidad.

- En el País Vasco se establecen unos criterios para la dotación de profesorado especializado de PT, donde se tendrán en cuenta el número de alumnado y la intensidad del apoyo requerido. En Educación Infantil y Primaria, un PT por cada 3 alumnos con NEE; entre 6 y 13 alumnos, dos maestros PT; entre 13 a 18, tres profesionales PT. En la Educación Secundaria Obligatoria, se establece de 1 a 5 alumnos con NEE por un profesor PT, de entre 6 a 10 alumnos, y dos profesores PT, entre 11 a 15 alumnos.

Por otra parte, otro de los aspectos que hemos de tener en cuenta cuando nos referimos a las Aulas Hospitalarias, su disciplina y el *Perfil Profesional* idóneo para cubrir estos puestos, hacemos referencia a las necesidades con las que nos podemos encontrar. Para ello recurrimos a Grau (2001), cuando señala que el ámbito hospitalario es un ámbito muy desconocido para el niño, y de ahí pueden surgir muchas necesidades que pueden ser cubiertas a través del apoyo educativo. Estas necesidades son concebidas especialmente por la separación familiar, la ruptura con su vida diaria, y una de las cosas más importantes, como es la incertidumbre ante el diagnóstico y cómo se va a desarrollar la enfermedad.

Otra de las necesidades con las que nos podemos encontrar en una planta de Pediatría está relacionada con la palabra “miedo”. Emoción que sufre el escolar que está rodeado por personas desconocidas con “bata blanca”, jeringuillas, goteros, etcétera. También aparece la palabra “aburrimiento”, pudiéndoles ocasionar un vacío generando a su vez, situaciones de estrés, fobias, inseguridades, etcétera. Estas necesidades pueden cubrirse dentro del ámbito educativo hospitalario, ya que el docente cuando entra a ocupar este puesto sabe que debe cubrir tanto aspectos educativos como emocionales.

Tras haber realizado un recorrido por los orígenes de nuestra disciplina, la normativa que regula la figura del PT y, destacar las necesidades con las que se va a encontrar el docente hospitalario cuando ocupe dicho puesto, hemos creído conveniente señalar la formación que suele tener el profesorado en PT por ser la especialidad que se exige en dos de las cinco Autonomías objeto de estudio, Extremadura y País Vasco, y que también se pide junto con otras especialidades en las otras tres, Andalucía, Comunidad de Madrid y Comunidad Valenciana. Comenzamos señalando de nuevo que la Pedagogía Hospitalaria tiene su origen en la Educación Especial, siguiendo la línea europea este camino, y por ello quizá la figura del PT podría ser el Perfil idóneo para

ocupar dichos puestos, ya que es la especialidad relacionada con las NEE, y también forma parte dentro del ámbito de las NEAE. Tras haber consultado diversas fuentes, y haber analizado y valorado la información proporcionada por diversos profesionales del área, hacemos uso de sus aportaciones indicando que un docente en PT es docente especialista, o maestro-tutor o maestro de apoyo aportando refuerzo en los aprendizajes de los niños escolarizados en la modalidad de integración en Primaria y Secundaria, y siendo la especialidad que mayor predisposición tiene. Por tanto, queremos señalar qué funciones desempeña un PT⁵⁶ en la actualidad:

Primeramente, uno de los objetivos fundamentales de un PT supone fortalecer en los niños el proceso de enseñanza-aprendizaje mediante Aprender a Ser, Aprender a Vivir Juntos, Aprender a Conocer, Aprender a Hacer, para cubrir ciertas necesidades. A su vez, destacan las funciones que proporciona su intervención con el currículum escolar realizado de forma individual o en pequeño grupo. Se trabajan los procesos de madurez personal, desarrollo de la identidad y el propio sistema de valores. A su vez, ayudan a la inclusión de la vida diaria con mejoras de autoestructura y desarrollo emocional, así como ofrecer una respuesta educativa según las necesidades individuales de cada sujeto siempre en coordinación con los profesores del centro para elaborar las adaptaciones curriculares, alcanzar una autonomía personal, etcétera. Las funciones que desempeñan con el alumnado se basan en proporcionar una intervención con el currículum escolar realizado de forma individual o en pequeño grupo. En definitiva, los objetivos del PT consisten en establecer unos planteamientos específicos en base a cada alumno en coordinación con los distintos profesionales. Así mismo, se trabajan los procesos de madurez personal, desarrollo de la propia identidad, y los sistemas de valores y toma de decisiones a la hora de adoptar su vida con habilidades sociales. Siguiendo la misma línea, también ayudan a la inclusión de la vida diaria con una mejora de la autoestima y desarrollo emocional, así como ofrecen una respuesta educativa según sus necesidades individuales estando en coordinación con los profesores del Centro para elaborar las adaptaciones curriculares, hasta alcanzar así una autonomía personal.

⁵⁶ Aunque hay Comunidades que también reclaman AL nosotros vamos a profundizar en la figura de PT, ya que es la figura más demandada y que ambas están muy relacionadas.

Tras estas líneas, identificamos con estas funciones el papel que suele realizar el docente hospitalario, a su vez siempre estando en coordinación con los profesores del Centro de referencia del escolar enfermo. Asimismo, debemos señalar que el PT es miembro del Equipo de Atención a la Diversidad donde determina el Programa de trabajo del alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo, junto con profesorado y tutores, así como orienta y asesora a la familia. Sería otra de las características que identificamos del docente hospitalario, ya que trabaja con profesorado, tutores, familia e interactúa dentro del ámbito de Atención a la Diversidad por trabajar con alumnado de diferentes enfermedades, culturas, niveles, etnias, etcétera, peculiaridad que caracteriza la Atención Educativa Hospitalaria.

Tras haber apreciado que la figura del especialista en PT podría ser una de las figuras más idóneas para cubrir los puestos en un AA.HH., así como haber seguido la trayectoria histórica de la Pedagogía Hospitalaria, también se han tenido en cuenta argumentos desde otras perspectivas, para identificar y describir el *Perfil Profesional de especialización* idóneo, no definido en ninguna de las normativas de las Autonomías objeto de estudio.

Para ello, se ha recurrido a diversas aportaciones ofrecidas por docentes, que actualmente están impartiendo en dichos puestos y desarrollando el Servicio de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria. Según sus experiencias, nos indican que el *Perfil Profesional específico* docente que debería tener el profesorado de cualquier AA.HH. sería: disponer de varias titulaciones académicas relacionadas con la enseñanza, es decir, ser del cuerpo de maestros teniendo especialidades como PT, más otra formación complementaria, como Infantil y /o Primaria. En definitiva, tener mayor preparación académica que un docente de un Centro escolar ordinario. Asimismo, tener conocimientos en la gestión de las emociones del alumnado, actuar ante la reacción de los niños a su enfermedad por motivos de edad, de grado de madurez emocional, de personalidad y del tipo de limitaciones que la enfermedad le provoque. A su vez, que sepan trabajar con los escolares acerca del enfrentamiento a las pruebas médicas, afrontando emociones como el miedo, la tristeza, el dolor, el amor, y otras emociones subordinadas como el enfado, la ansiedad, la agonía, la angustia y aspectos que afectan a la autoestima.

Por consiguiente, este profesorado deberá ser capaz de identificar las emociones de los escolares y que estos las verbalicen trabajando aspectos como: La empatía, intentando conectar emocionalmente con ellos; la autoestima, generándoles confianza y seguridad; el optimismo, fomentando el pensamiento positivo, etcétera, mediante actividades desarrolladas en el Aula. Paralelamente, los docentes de las Aulas Hospitalarias, así como, de la Atención Educativa Domiciliaria deberán poseer ciertas actitudes, no sólo profesionales sino personales, como el Saber Estar⁵⁷ y, todo lo relacionado con la Inteligencia Emocional⁵⁸. Es por esta razón, que los propios profesores hospitalarios indican que “No toda persona vale para estos puestos”, ya que pueden encontrarse ante situaciones que no sepan cómo afrontarlas.

Respecto a la *Formación Inicial* nos sugieren, haber pisado muchas aulas ordinarias que sirvan de rodaje y haber adquirido recursos personales, así como tener formación sobre la forma de trabajar las emociones. Los que no sean especialistas en PT, conocer cómo trabajar con niños con Necesidades Educativas Especiales (NEE), así como trabajar en un Plan de Compensación Educativa. Asimismo, hemos recurrido a aportaciones de autores que han publicado sobre la materia, y vemos señalados aspectos importantes para conseguir el *Perfil Profesional específico* para una docente de un AA.HH. Primeramente, destacamos a Beltrán (n.d.) quien deja evidente que, de la formación de los profesionales, de su actitud y de sus Programas de intervención, dependerá la actuación dirigida a las familias y a los niños hospitalizados. Por tanto, siguiendo la misma línea, él realiza una serie de consideraciones añadiendo que se busca que, el maestro especialista forme su personalidad y logre un equilibrio emocional buscando que su formación no sea solo en los contenidos, sino en habilidades y destrezas a fin de llevar a cabo una acción integral con el niño enfermo, con los padres, con otros profesionales, y en la práctica de las artes creativas. Por tanto, según dicho autor, el profesional debe:

⁵⁷ Saber estar: poseer ciertas actitudes integradas en la propia persona. En R. Bisquerra & N. Pérez (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:EducacionXXI-2007numero10-823/Documento.pdf>.

⁵⁸ La inteligencia emocional: es la capacidad que tiene una persona para conocer e interpretar las emociones humanas, tanto externas como internamente. Una persona con “inteligencia emocional” es capaz de conocer y controlar sus propias emociones, las de otras personas y las de un grupo de personas. En Acciones de Desarrollo (2011). 5 Competencias de la Inteligencia Emocional que debes conocer. Recuperada de <http://accionesdesarrollo.com/5-competencias-de-la-inteligencia-emocional-que-debes-conocer> el 3 de febrero de 2017.

- Disponer de una sensibilidad especial ante la situación de alto riesgo en que se encuentra el niño en el Hospital.
- Tomar conciencia de las secuelas que la enfermedad puede ocasionar en el proceso madurativo del escolar.
- Aprender a diseñar programas de intervención educativa en el Hospital.
- Conocer los vínculos establecidos dentro del sistema educativo ordinario.
- Determinar las implicaciones familiares, profesionales y sociales que proceden de la enfermedad.

Otra de las publicaciones que hemos destacado es de Mejía (n.d.) donde señala que las exigencias mínimas que debería poseer un docente hospitalario son: Ser abiertos, de trato afable y dialogantes; tener una amplia formación académica y profesional; conocer muy bien la psicología tanto del niño como de las personas mayores; tratar con los padres que tienen a su hijo enfermo y que no comprenden el porqué de esa situación, niños que están separados de su ambiente cotidiano y en un ámbito completamente distinto. Deben de ser profesionales que controlen muy bien las emociones, pues ello ayudará a mantener en los demás un espíritu confiado. Deberá ser una persona que sepa escuchar, ya que en gran medida el maestro se convierte en psicólogo de niños y mayores. Según dicho autor, el *Perfil Profesional específico* del profesor del Aula Hospitalaria podría ser una persona que tuviese conocimientos de todas las materias, que fuera un buen psicólogo que conociera de cerca la problemática de la enfermedad. Para ello es aconsejable, en los casos que se pueda, cuando las unidades hospitalarias sean varias, se elija a un profesor que cumpla al menos uno de los requisitos mencionados, de manera que se vayan complementando. También indica que, para el alumnado de Secundaria haya un docente de la rama de ciencias y otro de letras, complementando estos *Perfiles* con un psicólogo, aparte de contar con uno o varios profesores de Primaria.

Por otra parte, en lo referente a la *Formación Permanente*, queda reflejado que apenas existe formación en el ámbito de la Pedagogía Hospitalaria, y si se adquiere no es porque los organismos oficiales educativos la oferten, sino que son los propios docentes los que elaboran cursos, seminarios, jornadas, proyectos, etcétera. A su vez, nos consta que se encuentran ante problemas respecto a la formación sanitaria adquirida, es decir, el profesorado hospitalario realiza muchos cursos relacionados dentro del ámbito sanitario, ya que es el ámbito en el que ellos se desenvuelven, pero no se les reconocen como méritos profesionales. Aspecto que deberemos considerar, ya que es un tema que demandan y es una barrera con la que se encuentran claramente estos profesionales. Por último, dichos docentes destacan, que carecen de una formación relacionada con el tema del “Duelo” como aspecto muy significativo, ya que se encuentran en un ámbito educativo donde su alumnado puede fallecer, y su ámbito profesional-educativo no les ha proporcionado el conocimiento sobre dichas herramientas emocionales.

Por otra parte, señalan que las Carreras Universitarias de Magisterio, independientemente de su especialidad, carecen de formación respecto a esta disciplina e incluso los docentes universitarios apenas tienen conocimiento al respecto, y si lo tienen, lo desarrollan a nivel muy teórico. Sí que es cierto, que el País Vasco es la única Autonomía que hace hincapié en que el profesorado hospitalario no tiene *Formación Inicial* porque supuestamente la adquiere a través de los estudios realizados con la especialidad de PT, que es la especialidad exigida en esta Autonomía. Pero nos consta que en dicha titulación o en los Máster de Educación Especial, apenas se profundiza sobre el alumnado de las AA.HH. o Atención Educativa Domiciliaria, y si se habla del sector, se realiza de manera muy teórica.

Volviendo a retomar las argumentaciones de Beltrán (n.d.) indica que se procura o, bajo nuestro punto de vista “debiera procurarse” ya que actualmente no se lleva a cabo, la formación en los siguientes contenidos:

- De la Medicina a las Ciencias de la Educación.
- La integración educativa del niño hospitalizado.
- Los derechos del niño hospitalizado.
- Introducción a la Pedagogía Hospitalaria.

- Intervención pedagógica del niño hospitalizado.
- La atención educativa del niño hospitalizado.
- Recursos para la atención al niño enfermo.
- Experiencias, investigaciones.

Para ir finalizando dicho apartado y, tras haber realizado un recorrido por diversos aspectos relacionados con este Indicador, como la historia, la normativa, aportaciones, etcétera, hemos recopilado una serie de consideraciones y reflexiones. Por tanto, vamos aportar de manera escueta el *Perfil* idóneo que debiera tener todo profesional que ejerciera como docente hospitalario y, que constara en toda normativa Autonómica. Por consiguiente, para ejercer como docente en un Aula Hospitalaria se debería exigir, a nivel de titulación:

Ser profesional docente con plaza en propiedad, es decir, ser funcionario del cuerpo de maestros, pero teniendo diversas especialidades como Infantil- Primaria, PT o AL. A su vez, estar en posesión, a ser posible de la Licenciatura o Grado en Pedagogía o Máster en Psicopedagogía, ya que la disciplina de los Servicios estudiados es la Pedagogía Hospitalaria, y se cubren funciones como interactuar, con la familia, el personal sanitario, el personal docente del Centro de referencia, así como asesorar en niveles de Bachiller cuya función es propia de un Psicopedagogo, Orientador Educativo y/o Pedagogo. A continuación, se debería evaluar el curriculum del docente que aspira al puesto, y poder valorar toda la formación complementaria y profesional teniendo en cuenta su rodaje a nivel laboral en diferentes aulas, tener conocimientos respecto al Saber Estar, y formación tan importante como “Enfrentarse al Duelo” y/o al sufrimiento del niño.

Con esta síntesis y reflexión señalada se ha considerado oportuno reflejar que sería bueno que las normativas generales de las respectivas CC.AA. definieran de entrada el *Perfil Profesional específico*, puesto que de esta forma las estrategias de intervención educativa en las Aulas Hospitalarias ganarían en coherencia y funcionalidad.

8.2.8.- Horario y Calendario Escolar.

En este apartado se ha elaborado la Tabla 28 mostrando la yuxtaposición de aspectos relacionados con el Indicador Comparativo *Horario y Calendario Escolar*, con el que se ha realizado un estudio comparativo con las consideraciones pertinentes.

Tabla 28
Horario y Calendario Escolar

Comunidad Autónoma	Horario y Calendario Escolar
Andalucía	-El Calendario Escolar de las Aulas Hospitalarias es el mismo que determina la Delegación Provincial de Educación. El <i>Horario</i> del profesorado de las Aulas Hospitalarias: a) Módulos de 5 horas lectivas de docencia diaria, de lunes a viernes de 9 a 14 horas, intervención con el alumnado. b) Módulo de 5 horas semanales en Horario de tarde para trabajo complementario. “(…) el Horario de 9:00-15:00h (….) De 9 a 14 horas es la atención docente directa.” Atención Educativa Domiciliaria, Horario entre dos y cuatro sesiones que no excedan de 10 horas semanales. Si se atiende por profesionales del Programa de Acompañamiento Escolar seguirán sus Instrucciones.
Extremadura	-Apoyo Educativo del Aula Hospitalaria del Infanta Cristina se realiza en el aula de 10:00 a 13:30. En el Aula del Materno-Infantil apoyo en la 5ª y 7ª planta en Horario de 10:00 a 13:30. La Atención Educativa Domiciliaria de 12 a 14 horas dos días a la semana (4 horas a la semana).
Comunidad de Madrid	-Calendario Escolar: similar a otros funcionarios docentes con actividades lectivas de 25 horas semanales y 5 horas lectivas con alumnos encamados. Apoyo Educativo Domiciliario (SAED) compartiendo Horario con el Aula Hospitalaria. -Horario de la Unidad Escolar de Apoyo “(…) Jornada Intensiva de 9 a 15 horas” y Horario del SAED: “(…) las actividades en el domicilio son de 6 a 9 horas semanales (…).” Disposición de horas: 2º Ciclo de Educación Infantil, 4 horas semanales; Educación Primaria, entre 6 y 8 horas semanales; Educación Secundaria, 9 horas distribuidas en 2, 3 o 4 días con profesores de ámbito Socio-Lingüístico y Científico-Tecnológico y Bachillerato, 4 horas semanales para orientación y seguimiento.
País Vasco	Diferentes fases según el tipo de escolar al que se atiende. Según su nivel educativo unas u otras horas de clase. En Infantil, clases más cortas que en Primaria, y más cortas que en la E.S.O. “El Horario (….) mismas horas que las de cualquier centro de referencia del alumno hospitalizado: 3 horas por la mañana y 2 horas por la tarde”, “(…) alumnado de Atención Educativa Domiciliaria es de 2 horas diarias durante los 5 días de la semana.”
Comunidad Valenciana	-La Atención Educativa Domiciliaria se divide en módulos: -Educación Primaria: 1/3 del Horario lectivo semanal del alumno (7,30 horas semanales), media hora coordinación con el profesor/tutor del Centro. -Educación Secundaria: 5 horas semanales de ámbito Lingüístico-Humanístico y Científico-Técnico (1 hora diaria durante 5 días) más 1 hora coordinación con profesor/tutor del centro. Máximo 9 horas semanales. - Calendario establecido para los Centros de Educación Infantil y Primaria de la localidad. Horario se adapta a rutinas del Hospital. Horario docente con sesiones de mañana y tarde. En 2016-2017 se ofertará el Horario de jornada intensiva y nos consta que la jornada de las UPH seguirá siendo partida puesto que miran por las necesidades de niños y familiares “El Horario del aula es de 9 a 16 horas (….) De 12,30 a 13,30 dedicada a reuniones o coordinación con padres, o reuniones multidisciplinares con médicos.”

Fuente: elaboración propia e información suministrada por los profesionales en las encuestas aplicadas. Sus aportaciones se recogen en negrita en la Tabla.

Consideraciones:

Respecto a *Horario y Calendario Escolar*, se reflejan ciertas similitudes tras la yuxtaposición realizada en las cinco Comunidades Autónomas objeto de estudio:

- Las Comunidades señaladas comparten, aunque algunas de ellas no lo muestran en su normativa, el mismo *Calendario Escolar* que el resto de centros educativos. O en el caso de Extremadura, según el Centro escolar del que dependen.
- Andalucía, Extremadura y la Comunidad de Madrid mantienen un *Horario Escolar* de jornada intensiva. Pero mientras Andalucía y Madrid puntualizan que el *Horario* docente es de 9 a 15 horas, Extremadura especifica el *Horario* de apertura y cierre de su aula, de 10 a 13:30.
- El País Vasco y la Comunidad Valenciana comparten la peculiaridad de tener jornada partida con *Horario* de mañana y tarde. Aunque con el cambio de Gobierno producido en 2015 en la Comunidad Valenciana se ha aprobado que para el curso 2016/2017 y, de manera opcional, todo Centro educativo podrá optar por realizar jornada intensiva. Pero debemos matizar, tras las últimas aportaciones obtenidas, que el *Horario* de jornada de las Aulas Hospitalarias valencianas seguirá siendo jornada partida, mirando siempre por los intereses de los niños.
- Respecto a la Atención Educativa Domiciliaria y la disposición de horas, hay dos Comunidades objeto de estudio que presentan peculiaridades muy similares. Son las Comunidades de Madrid y Valencia, pero mientras la primera incluye dentro de esta atención educativa la Enseñanza no Obligatoria (Infantil y Bachillerato), la Comunidad Valenciana sólo menciona que atiende la Enseñanza Obligatoria (Primaria y Secundaria). Andalucía y Extremadura, sólo indican el número de horas destinadas a la Atención Educativa Domiciliaria, sin detallar horarios ni distribución. Finalmente, el País Vasco destaca por no hacer mención a este aspecto en cuestión.

Por otra parte, tras la yuxtaposición elaborada de las Comunidades objeto de estudio se observan peculiaridades significativas que marcan diferencias entre los territorios, como:

- Extremadura presenta deficiencias respecto a la atención dedicada a las actividades educativas domiciliarias, haciendo mención tan sólo a 4 horas semanales, así como no especifica los niveles educativos atendidos como describen la Comunidad Valenciana y la Comunidad de Madrid.
- También, destaca dicha Comunidad por ser la que menor *Horario* de apertura presenta en sus AA.HH. Aunque disponen de jornada intensiva sólo están abiertas con un *Horario* de 10 a 13:30 y, en ciertas ocasiones por dedicarse a la Atención Educativa Domiciliaria, se cierran a las 12. A su vez, es la única Comunidad objeto de estudio, en la que las maestras de las AA.HH. ofrecen el Servicio Educativo de Atención Educativa Domiciliaria en la Ciudad de Badajoz. Aunque esto no justifica el deficiente *Horario* de apertura que presenta, ya que la Atención Educativa Domiciliaria la realiza una única maestra de las 3 pertenecientes al Complejo Hospitalario de Badajoz, mediante metodología rotativa.

8.2.9.- Coordinación y Seguimiento con el Equipo Multidisciplinar y con el Centro de referencia.

En este apartado hemos yuxtapuesto los aspectos relacionados con el Indicador Comparativo, *Coordinación y Seguimiento con el Equipo Multidisciplinar y Centro referencia*. Para ello, se han elaborado dos Tablas continuas. La primera, Tabla 29, yuxtapone los aspectos profundizando en el *Equipo Multidisciplinar*, y la siguiente, Tabla 30, yuxtapone las indicaciones más características de los *Centros de referencia*. A continuación, se ha realizado un estudio comparativo destacando las consideraciones más relevantes.

Tabla 29
Coordinación y Seguimiento con el Equipo Multidisciplinar

Comunidades Autónomas.	Con el Equipo Multidisciplinar
Andalucía	-La Comisión Provincial de Atención Educativa Domiciliaria cuya coordinación se basa en: Control y Seguimiento; organización en recursos humanos; elaboración y remisión de Informe-Memoria al final de cada curso. “(…) reuniones trimestrales los maestros de Aulas Hospitalarias de la provincia con nuestra coordinadora (...) Reunión con la USMIJ (...) con nuestra coordinadora (...) Reunión con la USMIJ (...)”
Extremadura	“La coordinación con el Supervisor de la planta y con las enfermeras ha sido constante (...) informan del tiempo de ingreso de los alumnos, el estado del enfermo diariamente (...) coordinación con la psicóloga de la planta (...) Coordinaciones con la ONG (...) Fundación Ícaro (...) con la Trabajadora Social (...)” “(...) coordinación diaria (...) (supervisora, enfermeras y médicos), fundamental (...)” -Atención Educativa Domiciliaria: reunión inicial con todo el Equipo (profesores del Centro escolar, Director, tutor, maestra del AA.HH, familiares, etcétera).
Comunidad de Madrid	La Dirección del Área Territorial con Aulas Hospitalarias nombra una persona responsable para su seguimiento y profesores adscritos. “-(...) coordinación con Centros de referencia (...) equipo docente (...) Unidad de Programas (...) Inspección Técnica en Educación...) y otras como ASION, AECC, Fundación Pequeño Deseo.”
País Vasco	-Buena coordinación y seguimiento de todo el Equipo de los Centros Territoriales de cada Provincia. Residen diferentes profesionales relacionados entre si con Coordinadores, Claustro, Equipo Directivo y los profesionales de Apoyo Hospitalario, Domiciliario y Terapéutico-Educativo. -Objetivo y finalidad de los Centros Territoriales es que todo estuviera coordinado y centralizado. Coordinación de Pediatras o Supervisora de Planta con los profesores de las AA.HH.
Comunidad Valenciana	-Cuando haya de 3 a 7 unidades hay un Coordinador responsable. Coordinación, seguimiento y supervisión de las UPH es competencia de la Dirección General de Política Educativa con una Comisión coordinadora. “De 9 a 10 horas es hora no lectiva dedicada a la coordinación (...)” “El trato con los médicos es bueno, pero cuando los profesores son estables y llevan más de un curso en el UPH, hay mayor trato (...)”. Esencial la colaboración entre profesor, tutor, familia del alumno y personal de la Atención Educativa Domiciliaria. La colaboración con el profesorado de la UPH es esencial en procesos mixtos.

Fuente: elaboración propia e información suministrada por los profesionales en las encuestas aplicadas. Sus aportaciones se recogen en negrita en la Tabla.

Consideraciones:

Respecto al Indicador Comparativo, *Coordinación y Seguimiento con Equipo Multidisciplinar*, y tras haber realizado la yuxtaposición en las Autonomías objeto de estudio, se aprecian ciertas similitudes como son:

- Las cinco Comunidades objeto de estudio comparten que hay *Coordinación* e interacción de los profesores de las Aulas Hospitalarias con la familia, personal sanitario, ONGs y otros organismos que coordinan y siguen estos Servicios, aunque cada Territorio lo realiza de una manera determinada.
- En el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria, Andalucía y Extremadura presentan una gran interacción con otro tipo de profesionales relacionados con centros ordinarios. Andalucía, presenta gran *Coordinación* dentro de la Comisión Provincial de Atención Educativa Domiciliaria, y Extremadura se coordina con los profesionales que interactúan con el Centro Educativo de zona del cual dependen y con las familias. Asimismo, en Andalucía se da una importante *Coordinación* y colaboración entre profesionales dentro de Aulas Hospitalarias: Docente, familia, comunidad y personal sanitario.
- Las Comunidades de Madrid y Valencia coinciden respecto a que la *Coordinación, Seguimiento* y supervisión, la lleva a cabo la Dirección General de Educación Infantil y Primaria en Madrid y la de Política Educativa en Valencia. En el caso del Servicio de Atención Hospitalaria, en estas dos Autonomías hay coordinación entre un Inspector Educativo y un Coordinador responsable. Constituyéndose en la Comunidad Valenciana una Comisión Coordinadora por cada Provincia destacando como aspecto relevante, y donde se indica que es esencial la colaboración entre profesorado, tutor, familia del escolar y el personal de la Atención Educativa Domiciliaria.

Por otra parte, tras la yuxtaposición realizada de las diferentes Autonomías, se aprecian ciertas características que marcan, a su vez, diferencias entre ellas:

- El País Vasco se distingue del resto de Autonomías objeto de estudio por la centralizada *Coordinación* que hay desde el CAHDT-E con las Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria, así como con los profesionales que trabajan en ellos. Como queda reflejado, interactúan Servicios dentro del mismo Centro con sus Atenciones Educativas correspondientes. Por tanto, el objetivo de estos CAHDT-E ha sido desarrollar las políticas de centralización respecto a su *Coordinación*.
- Por otra parte, se sitúan las Comunidades de Madrid y Valencia presentando una mayor descentralización. La *Coordinación* de sus Servicios está más dispersa, ya que, aunque existen profesionales exclusivamente para esta función, se encuentran en organizaciones educativas oficiales fuera del sector.
- En tercer lugar, se encuentra Andalucía presentando mucha mayor descentralización, ya que se coordina con organismos más dependientes de los centros escolares, así como con profesionales que se encuentran más dispersos de las organizaciones centrales.
- Finalmente, se sitúa Extremadura con unas políticas de coordinación mucho más descentralizadas que el resto. Marca diferencias respecto a la dependencia educativa y, por su *Coordinación* notable con organismos relacionados con el Centro escolar de zona y organismos municipales, pero alejándose notoriamente de los organismos centrales. Sí que muestra una coordinación acogedora y cercana, pero menos formal que el resto de Comunidades objeto de estudio.
- Siguiendo con la Autonomía extremeña destaca del resto de Comunidades con el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria. Como se ha mencionado en otras ocasiones, las propias maestras de las AA.HH. realizan el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria con alumnado convaleciente de Badajoz capital. Para ello, se da un proceso comenzando con una reunión inicial con todo el equipo que interviene con el alumnado: el representante del *Equipo Docente* del alumno en cuestión, miembros del Equipo Directivo, tutor, y una maestra del AA.HH.

Por tanto, refleja la gran *Coordinación* que se puede alcanzar en el proceso de enseñanza-aprendizaje del escolar enfermo, aunque hayamos destacado que sea una *Coordinación* notablemente descentralizada.

Tabla 30

Coordinación y Seguimiento con el Centro de referencia

Comunidades Autónomas	Con el Centro de referencia
Andalucía	-El profesorado de AA.HH. se coordina con tutor del Centro de referencia del alumnado. -Con el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria, el alumnado sigue inscrito en su Centro educativo. La solicitud será a nivel burocrático.
Extremadura	-El Plan de Actuación de las AA.HH. tiene un objetivo y es siempre estar en contacto con el Centro de referencia del alumnado enfermo. Vínculo con profesores sea fuerte. “(...) reducir el aislamiento: -Intercambio de cartas, mensajes, correos electrónicos...trabajos en equipo con su grupo clase... ”. “(...) hemos utilizado (...) las libretas viajeras individualizadas de cada alumno. ” -Atención Educativa Domiciliaria: Reunión con el Centro de referencia del niño, Equipo Directivo, Tutor, Equipo Docente y profesoras del AA.HH. con unos trámites para la <i>coordinación</i>
Comunidad de Madrid	-Hay unas directrices seguidas por los Centros de referencia. “(...) ingreso es de más de 10 días, se llama a los tutores del centro de referencia para (...) trabajo a seguir (...). ”
País Vasco	-Alumnado sigue matriculado en su centro ordinario. -La coordinación con tutores de dichos Centros de referencia son: “ Dos o tres veces por semana en casos de hospitalización media (...) y larga (...) Atención Educativa Domiciliaria, la normativa dice que se pedirá (...) si no se puede atender desde el centro escolar de referencia del alumno ”. “El Servicio de Atención Educativa Domiciliaria se solicita a partir de 1 mes de convalencia y el proceso es rápido, el Centro lo solicita a la Inspección y ésta envía a personal ”. -Para solicitar atención se siguen unos pasos burocráticos.
Comunidad Valenciana	-La Atención Educativa Domiciliaria sigue una tramitación burocrática. -Para solicitar la Atención Hospitalaria se sigue un procedimiento burocrático.

Fuente: elaboración propia e información suministrada por los profesionales en las encuestas aplicadas. Sus aportaciones se recogen en negrita en la Tabla.

Consideraciones:

Tras la yuxtaposición realizada de las cinco Comunidades objeto de estudio se han observado ciertas similitudes como son:

- Las cinco Autonomías comparten que el alumnado de Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria sigue matriculado en sus Centros de referencia.
- En las cinco Comunidades objeto de estudio se mantiene una tramitación burocrática, por parte del Centro escolar con el profesorado de las respectivas Aulas Hospitalarias, para un *Seguimiento* y una *Evaluación* del alumno en cuestión que señalamos a continuación:

- Primeramente, Andalucía, muestra unos trámites entre el centro escolar y el alumnado escolarizado hospitalizado: El Jefe de Estudios remite al Hospital la documentación para la intervención educativa. En estos momentos se da una *Coordinación* y un *Seguimiento* con el profesorado de AA.HH. También, se establece una *Coordinación* para la *Evaluación* continua y final del alumnado, así como se establece un contacto mediante las Tecnologías de la Información y Comunicación. Dentro del Servicio Educativo Domiciliario, el Centro educativo reúne diversos tipos de documentación: Los padres presentan una instancia dirigida al Titular de la Delegación Provincial solicitando la Atención Educativa Domiciliaria. Por otra parte, se presenta un informe médico sobre la convalecencia. A su vez, se muestra un informe con protocolo del Equipo de Orientación o Departamento de Orientación. Teniendo toda la documentación, el Titular de la Dirección del centro, la remite al Titular de la Delegación Territorial. Finalmente, las Delegaciones estudian las solicitudes dando preferencia a las de larga duración, “Contacto con los tutores de los Centros de referencia, teléfono, email...”.
- En Extremadura, la *Coordinación* en la Atención Educativa Domiciliaria consiste en una reunión con la Jefatura de Estudios, Equipo Directivo, Docentes, Profesores de las AA.HH. para la programación, *Organización* y *Seguimiento* semanal o quincenal. Por otra parte, en la Comunidad de Madrid se siguen unas directrices con los Centros de referencia, como señala la normativa: Remitir la documentación escolar imprescindible para el profesorado del Aula Hospitalaria. Se facilita la *Coordinación* con los profesores del AA.HH. para un *Seguimiento* y una *Evaluación*, así como una colaboración con el Plan de Acogida del Centro.
- Siguiendo la misma línea, se sitúa el País Vasco solicitando la Atención Educativa Domiciliaria mediante unos pasos burocráticos: El Director del Centro realiza la solicitud presentando una serie de documentos, como el certificado médico, un informe del centro escolar del alumnado reflejando su nivel educativo y las necesidades especiales; un impreso firmado por los padres comprometiéndose a respetar su *Horario*, y que haya siempre un adulto en casa; el Director firmará y enviará al Inspector de Educación de zona, el cual acepta la solicitud y finalmente da trámite al Servicio.

- Finalmente, la Autonomía Valenciana detalla en su normativa de una manera muy precisa todo el proceso que sigue el alumnado paciente de un Aula Hospitalaria y Domiciliaria. Respecto a la Atención Educativa Domiciliaria, la tramitación consiste en un proceso, donde la familia presenta una solicitud en el Centro escolar dirigida a la Dirección Territorial junto con un informe médico sobre la convalecencia. Se envía antes de los 5 días hábiles a la presentación de solicitud. Pasa la propuesta a la Dirección General de Personal con un informe de la Inspección antes de los primeros días hábiles a la recepción del expediente. Se autoriza la atención del profesorado que requiere la Atención Educativa Domiciliaria notificándolo a la Dirección Territorial. Por otra parte, para solicitar la Atención Educativa Hospitalaria se sigue el siguiente procedimiento: Se comunica con la familia para formalizar la solicitud de consentimiento, y se tramita al Centro la documentación para la intervención educativa comunicándole que el alumnado puede empezar la UPH si el ingreso es de larga estancia o en alternancia. Sin embargo, si es de media o corta estancia lo determinará el coordinador. Con el alumnado de larga estancia, hay un informe de seguimiento y evaluación donde se facilita la documentación escolar sobre el alumnado escolarizado y los aspectos relativos al Plan de Trabajo Individualizado. Hay una vinculación del alumnado con su Centro y coordinación entre tutor docente del centro.
- Otro de los aspectos que comparten las cinco Autonomías queda reflejado con el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria. Es un Servicio que para realizar su solicitud, precisa de ciertos trámites burocráticos pasando por distintos profesionales y dependencias ocasionando, en algunas Comunidades como el caso de la Comunidad Valenciana, demoras de hasta 2 meses.

Tras la yuxtaposición de las Comunidades objeto de estudio quedan mostradas ciertas peculiaridades reflejando diferencias como son:

- Andalucía es una de las Autonomías cuyo Servicio de Atención Educativa Domiciliaria presenta cierta distinción respecto al resto. Dentro de sus solicitudes siempre tienen preferencia hacia el alumnado de larga estancia dependiendo de su personal y recursos. Sí que es cierto que en el resto de Autonomías objeto de estudio se decantan, mayoritariamente, por el escolar de

larga estancia, pero en Andalucía lo hace especialmente por no disponer de tanto personal. Por esta razón, como indica la normativa, si hubiera falta de personal para cubrir dicho servicio se acogen al personal del Programa de Acompañamiento Escolar (PROA). Pensamos que todo escolar que esté convaleciente durante un tiempo determinado tiene derecho a disponer de dicho Servicio y con personal cualificado.

- Extremadura destaca del resto de Autonomías objeto de estudio, por las reuniones que se efectúan para llevar a cabo el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria. Dichas reuniones se efectúan con el Centro de referencia del alumnado convaleciente, estando presentes miembros del Equipo Directivo, tutor, *Equipo Docente*, profesoras de AA.HH. Aunque muestra un talante muy grato, afable y hospitalario, es cierto que sólo se beneficia de ello el alumnado convaleciente de Badajoz capital, ya que el resto de alumnado de Educación Domiciliaria formará parte de los Programas Telemáticos que proporciona Consejería.
- Por otra parte, Extremadura también destaca del resto señalando de manera notoria en su documentación publicada, que el vínculo del alumnado hospitalizado o convaleciente con su profesorado del Centro de referencia sea fuerte, así como cuando éste se incorpore a la educación ordinaria. Esta vinculación con su Centro educativo la realizan mediante intercambio de cartas, las denominadas libretas viajeras de los alumnos.

8.2.10.- Evaluación.

El Indicador Comparativo *Evaluación* se ha expuesto yuxtaponiendo aspectos relacionados de las respectivas Comunidades objeto de estudio. A continuación, se han destacado las semejanzas y las diferencias de las Autonomías que se han estado viendo a lo largo del estudio.

Tabla 31
Evaluación

Comunidades Autónomas	Evaluación
Andalucía	-La Evaluación corresponde al profesorado del Centro donde está inscrito el alumno. -Se tendrá en cuenta los informes que elabore el profesorado de AA.HH. o del programa de Atención Educativa Domiciliaria.
Extremadura	-El Centro de referencia envía exámenes de todas las áreas del alumnado. Los profesores de cada Centro evalúan y puntúan los exámenes. -Aulas Hospitalarias condicionadas por: periodo de duración de la hospitalización; interferencia con la atención médica; características de los contenidos; situación del niño.
Comunidad de Madrid	-La Evaluación tiene el siguiente procedimiento: El escolar sigue su evaluación y promoción en su centro de origen; Profesorado de AA.HH. y del SAED tiene contacto con el centro de origen; Hay un informe del tutor sobre contenidos a trabajar.
País Vasco	-La evaluación la valorará el Centro de referencia en el que está inscrito el escolar. Este servicio está fundamentado en el enlace entre familia y colegio.
Comunidad Valenciana	-El profesor tutor del Centro de referencia del escolar lleva a cabo la evaluación con un registro diario de intervenciones durante la semana. -Alumnado de larga continua o alternancia de ingresos hay un seguimiento y evaluación y se traslada al Centro educativo del alumnado.

Fuente: elaboración propia.

Consideraciones:

Tras la yuxtaposición de las Comunidades objeto de estudio se han apreciado ciertas similitudes respecto al Indicador Comparativo *Evaluación*, como son:

- Las cinco Comunidades objeto de estudio comparten que el alumnado hospitalizado y convaleciente sigue siendo evaluado por su profesorado de su Centro de referencia o colegio de origen. Aunque sí que nos constatan que en dicho proceso siempre se tienen en cuenta los informes enviados por los docentes hospitalarios y/o domiciliarios.
- Las cinco Comunidades también coinciden, aunque no queda reflejado en todas ellas, que el alumnado evaluado es el de media y larga estancia realizando informes de *Seguimiento* y *Evaluación* por parte del profesorado del Aula Hospitalaria para el Centro de referencia.

Tras la yuxtaposición de las Comunidades objeto de estudio destacan ciertas peculiaridades que diferencian unas Autonomías de otras, como son:

- Las Comunidades de Andalucía y Madrid se diferencian del resto por detallar con precisión cómo se sigue el proceso de *Evaluación* del alumnado hospitalizado. Concretan que se realiza una *Evaluación inicial* con recogida de datos de información del ingreso, así como se realiza una ficha individualizada de cada escolar, etcétera. En este aspecto se detalla claramente, la gran implicación que presenta la Comunidad de Madrid con el Plan de Acogida cuando el alumno retorna a su centro escolar. A su vez, dicha Autonomía señala que el alumnado de larga y media hospitalización sigue su escolarización en sus centros mediante una continuidad del proceso de educación, evaluación y promoción. El profesorado de AA.HH. solicita información según su competencia curricular y la programación de su aula. Se da una *Evaluación Inicial* del alumnado; hay un expediente para cada estudiante o una ficha individualizada; cuando hay alta médica se elabora un informe para dar continuidad del proceso de aprendizaje con una copia que se adjunta al expediente académico. Se incorpora mediante un Plan de Acogida al Centro de referencia para trabajar con compañeros de clase y *Equipo Docente* y así, abordar la enfermedad; los profesores de estos Servicios tienen control diario de sus actuaciones sobre todo del alumnado en su domicilio.
- La Comunidad Valenciana destaca del resto de Autonomías objeto de estudio, planteando que el alumnado de AA.HH. de corta estancia seguirá una metodología por proyectos, actualmente comprobada como muy eficaz y eficiente. Asimismo, señala que **“Un alumno crónico exige conexión con el Centro de referencia, con el profesor de Atención Educativa Domiciliaria (...) informes cada tres meses (...). Con los alumnos de corta estancia impartimos docencia mediante proyectos. Al alumnado de Psiquiatría o Educación Especial se les trata como alumnado de larga estancia (...) niño estresante (...).”**
- Extremadura, pese a ser una de las Comunidades que no cuenta con normativa específica que regule los Servicios estudiados, marca cierta diferencia respecto al resto. En sus documentos publicados y, elaborados en parte, por las maestras

que han ejercido en el Complejo Hospitalario tomado de referencia, la *Evaluación* vendrá marcada por aspectos como, el periodo de ingreso, la situación individual del alumnado, etcétera, concretando a su vez, que la evaluación será flexible, permanente, sistemática, continua e individualizada.

- Finalmente, el País Vasco destaca de manera notoria respecto al resto de Autonomías objeto de estudio, por no especificar nada en su normativa respecto a sus pautas de *Evaluación*. Simplemente, se concreta que seguirán un procedimiento de *Evaluación* adecuado a cada escolar. Sí que debemos constatar que disponemos de información al respecto gracias a las entrevistas realizadas que señalan: **“El examen lo pone y evalúa el Centro de referencia. Lo envía por correo o por e-mail. Nosotros tenemos un espacio donde hacerlo y luego lo devolvemos.”**

8.3.- Comparaciones Globales.

Tras recapitular los aspectos más significativos de las Comunidades objeto de estudio respecto a la normativa que regula las AA.HH. y sus prácticas docentes, evidenciando sus semejanzas y sus diferencias, es el momento de compararlas a nivel global agrupándolas según similitudes y, destacando los aspectos más divergentes que destacan entre ellas. Para la realización de dicho proceso nos hemos centrado en cada Indicador Comparativo.

Comenzando con la *Tipología*, y tras la yuxtaposición y posterior comparación, se han apreciado dos tipos de Comunidades. Por una parte, la Comunidad de Madrid y el País Vasco, ya que en su normativa se mencionan los tres Servicios: Aulas Hospitalarias, Atención Educativa Domiciliaria y Terapéutico-Educativa.

Por otra parte, se encuentran Andalucía, Comunidad Valenciana y Extremadura, ya que incluyen en su normativa únicamente dos Servicios, el Hospitalario y el Domiciliario. Extremadura es la Comunidad más rezagada de las cinco Comunidades objeto de estudio, ya que el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria, sólo se oferta con profesorado en Badajoz capital, y es llevado a cabo por las propias docentes de las Aulas Hospitalarias. Esto muestra que ambos Servicios los realizan las mismas profesionales, careciendo de personal docente propio para impartir en dicho domicilio. En definitiva, mediante la yuxtaposición y posterior comparación, queda reflejada la ventaja que el País Vasco presenta sobre el resto de Autonomías, ya que ofrece los tres Servicios coordinados todos ellos desde un mismo Centro, los CAHTD- E.

Con el siguiente Indicador Comparativo, *Destinatarios* en Aulas Hospitalarias, se muestra claramente que las cinco Comunidades objeto de estudio coinciden en atender los mismos niveles educativos en sus AA.HH. (de 3 a 16 años), aunque cada una de ellas con las peculiaridades que las caracterizan.

Asimismo, todas ellas coinciden en atender el nivel de Bachillerato, aunque cada una con sus respectivas características. Por otra parte, destaca Andalucía ya que presta atención educativa en los Ciclos Formativos, aspecto que no se refleja en ninguna otra Comunidad. Sí que es cierto, que en el caso del Aula Hospitalaria de “La Fe” de Valencia también destaca por el amplio abanico de niveles educativos atendidos: Infantil, Primaria, Secundaria, Bachillerato, Universidad, PCPI, etcétera, aunque señalamos que esta UPH es muy particular.

Por otra parte, en la Atención Educativa Domiciliaria todas las Autonomías presentan discrepancias mostrando cada una de ellas sus respectivas peculiaridades.

Con el Indicador Comparativo, *Objetivos y Finalidad*, todas muestran equivalencia en coordinarse con su Centro de referencia. A su vez, evitan el aislamiento señalando conceptos tan importantes para el niño como, Integración y Normalización, Asesoramiento respecto a las familias, alumnado, centros educativos y profesorado. En la mayoría de Autonomías objeto de estudio destacan el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación, como una de las finalidades a perseguir dentro de la Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria.

Respecto a las peculiaridades mostradas destaca Extremadura, que en su documentación publicada muestra como objetivo la formación sobre Pedagogía Hospitalaria, así como organizaciones de jornadas regionales sobre dicha disciplina. Por otra parte, el País Vasco dispone de un Centro Territorial CAHTD-E, cuyo objetivo ha sido dirigir y coordinar, desde una misma Dirección los dos Servicios, marcando una notable centralización a diferencia de otras Comunidades objeto de estudio como Andalucía y Extremadura.

Pasando a comparar el cuarto Indicador Comparativo, *Organización, Funcionamiento y Dependencia* debemos resaltar que a nivel global se pueden agrupar las cinco Autonomías en tres grupos. El primero de ellos estaría formado por Andalucía y Extremadura, mostrando la Atención Educativa Hospitalaria como un Servicio muy descentralizado puesto que sus Aulas dependen en mayor o menor medida del colegio educativo de zona. El siguiente grupo estaría formado por las Comunidades de Madrid y Valencia, que presentan unos Programas con una coordinación descentralizada pero no tan notoria como las anteriores. Se organizan y funcionan dentro de organismos educativos oficiales de las respectivas Consejerías de Educación. Finalmente, destacaría el País Vasco con su CAHDT-E, ya que bajo una misma Dirección se dispone de una coordinación mucho más centralizada.

Respecto a la *Organización* de las AA.HH. establecida dentro de la normativa concentramos a las Comunidades en dos grupos:

Primeramente, se encuentran Andalucía, Extremadura, Comunidad Valenciana y Comunidad de Madrid donde se describe claramente la *Organización* de las AA.HH. dentro de la normativa. El otro grupo estaría formado por la Autonomía Vasca, cuya legislación describe la *Organización* de los CAHDT-E, sin embargo, carece de descripción organizativa de los Servicios que acogen dichos Centros.

Siguiendo la misma línea, y continuando con el *Funcionamiento* de las AA.HH., todas coinciden en que todo alumnado hospitalizado sigue matriculado en su Centro de referencia donde habrá un contacto para temas de adaptaciones curriculares, ACIs etcétera.

Asimismo, debemos señalar que la mayoría de Autonomías objeto de estudio presentan un *Funcionamiento* similar con el alumnado de media y larga estancia: atención por parte de personal docente, coordinación con el Centro escolar de una manera más o menos equivalente, etcétera. Con el alumnado de corta estancia cada Comunidad mantiene sus propios criterios de *Funcionamiento*. Es decir, la Comunidad Valenciana, que trabaja con este tipo de alumnado de corta estancia, lo realiza mediante Proyectos o, en el País vasco donde se hace cargo el tutor de su Centro de referencia.

Respecto al Indicador Comparativo *Organización* en la Atención Educativa Domiciliaria destacan ciertas peculiaridades:

Por una parte, todas coinciden a partir de qué periodo de convalecencia se solicita el Servicio que suele ser 1 mes, ya que en la Comunidad Valenciana el proceso ha mejorado notablemente.

Respecto a las horas dedicadas a impartir docencia para el alumnado convaleciente que permanece en su domicilio podemos distinguir dos grupos:

Por una parte, se sitúan las Comunidades de Andalucía, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana mostrando similitud en horas destinadas al alumnado convaleciente situándose, entre 6 y 10 horas a la semana según el nivel educativo. El otro grupo estaría formado por Extremadura dedicando tan sólo 4 horas a la semana a la Atención Educativa Domiciliaria. Por tanto, esta Comunidad presenta escasez de *Horario* lectivo en dicho Servicio. Evidentemente, el caso de esta Autonomía es muy

peculiar respecto al resto, ya que queda reflejado que es la única, en la que dicho Servicio es atendido por las propias maestras de las Aulas Hospitalarias. Esto refleja grandes carencias, por no disponer de profesorado para cubrir dicha atención educativa y, en segundo lugar por las escasas horas dedicadas al alumnado convaleciente.

Por otra parte, a nivel global queda reflejado que la Atención Educativa Domiciliaria debe de mejorar en ciertos aspectos, y especialmente en algunas CC.AA. Bajo nuestro punto de vista, son muy pocas las horas destinadas a este Servicio, ya que hay cierto alumnado que suele pasar largos periodos en su domicilio.

Pasando a considerar el *Funcionamiento* de la Atención Educativa Domiciliaria se observan dos tipos diferenciados de Autonomías:

Por una parte, el primer grupo lo establecerían las Comunidades de Madrid y Valencia. En su normativa reflejan todos los trámites burocráticos que hay que realizar para solicitar dicho Servicio, o cómo se realiza el proceso de intervención. El segundo grupo de Autonomías estaría compuesto por Andalucía, Extremadura y País Vasco donde no queda reflejado en su normativa nada al respecto. Sí que nos consta, la existencia del preceptivo proceso de tramitación de una serie de documentos para acceder al Servicio.

Desde un punto de vista personal, dichos trámites burocráticos son excesivos y demasiado exhaustivos demorando en muchas ocasiones la atención educativa. Como se ha señalado anteriormente, en la Comunidad Valenciana se suele dar una demora de, entre 2 semanas y 2 meses, excesivo ya que como se han comentado en otras ocasiones ha habido grandes avances en Medicina que ha supuesto estancias hospitalarias más reducidas para pasar más tiempo de recuperación en su domicilio. Por tanto, es necesario que se replanteen las características que actualmente presentan dichos Servicios. En definitiva, que se dé un progreso con el aumento en horas de atención educativa, así como aligerar toda la tramitación que enlentece el proceso. Por otra parte, un aspecto criticado en ciertos apartados de nuestra investigación es que, la solicitud se efectúe a partir de 1 mes de convalecencia, ya que 4 semanas sin atención educativa puede producir desconexión del proceso de enseñanza - aprendizaje, y que posiblemente perjudique la reincorporación posterior del alumno a su centro ordinario.

Continuando con el siguiente Indicador Comparativo, *Dependencia*, las AA.HH. y la Atención Educativa Domiciliaria, se observan cuatro tipos de Comunidades. Primeramente, Extremadura mostrando una clara y gran descentralización puesto que sus Aulas Hospitalarias y la Atención Educativa Domiciliaria dependen del centro educativo de zona cerca del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Por tanto, dichos Servicios están organizados y coordinados desde instituciones mostrando una gran descentralización pudiendo ocasionar mayor descoordinación con otros Servicios, organismos, etcétera.

A continuación, se sitúa Andalucía presentando un Programa de AA.HH. bastante descentralizado, ya que sus docentes están adscritos administrativamente al centro educativo de zona más cercano al Hospital, pero a nivel Organizativo y Funcional dependen y están coordinados por el Equipo de Orientación Educativa (EOE) de cada Delegación Territorial. Este aspecto, supone una coordinación por organismos superiores, los Servicios de Ordenación Educativa, aspecto que en Extremadura no se contempla.

En un tercer grupo situamos a las Comunidades de Madrid y Valencia mostrando una descentralización en la Coordinación de dichos Programas Educativos, pero no tan acentuada como las anteriores. La Comunidad de Madrid destaca porque los Servicios de AA.HH. y Atención Educativa Domiciliaria están coordinados desde los tres Ámbitos Territoriales de Madrid capital dentro del área “Atención Educativa al Alumnado Enfermo”. En la Comunidad Valenciana se sitúan dentro de un Programa de Innovación Educativa de la Consejería de Educación, Investigación Cultura y Deporte.

Para finalizar, en un cuarto grupo situamos el País Vasco mostrando una gran centralización en sus Programas debido a las características que presenta. Primeramente, se caracteriza por disponer de los CAHDT-E, cuyo objetivo ha sido desde un principio la coordinación de los dos Servicios estudiados. Dependen organizativa, funcional y coordinadamente de profesionales que trabajan en un mismo Centro, supone mayor interrelación, interacción, existiendo dentro de cada centro Territorial un Claustro, un *Equipo Docente*, etcétera, única y exclusivamente para trabajar con este tipo de alumnado, mostrando claramente una gran *Coordinación* y destacando aspectos muy positivos en estos Programas Educativos.

Pasando a comentar el siguiente Indicador Comparativo, hay que destacar que, a nivel general todas las Autonomías objeto de estudio disponen de manera equivalente de aspectos relacionados con el *Espacio y el Equipamiento*. Aun así, destaca con cierta peculiaridad Extremadura, con la Atención Educativa Domiciliaria, por disponer de un Proyecto Telemático a disposición de aquel alumnado convaleciente que resida fuera de la ciudad de Badajoz, incluso proporcionando portátiles a aquel alumnado que careciera de dicho material. Podría suponer un avance, si se dispusiera a su vez, de personal docente que desarrolle dicho Servicio, pero al no ser así marca cierto retroceso respecto al resto de Autonomías objeto de estudio, por no disponer de un Programa específico y personal docente para el alumnado convaleciente. Aspecto a contemplar y a considerar en nuestro apartado dedicado a recomendaciones.

Con el Indicador Comparativo *Equipo Docente* destacan dos tipos de Comunidades. Por un lado, se encuentran el País Vasco y Extremadura situándose el profesorado de Pedagogía Terapéutica (PT), como figura principal en su *Equipo Docente*. A su vez, en Extremadura se menciona al profesorado de Secundaria, pero como personal voluntario de un IES cercano al Hospital. Sin embargo, en el País Vasco, aunque en su normativa no aparece ningún tipo de información respecto al *Equipo Docente* que compone las Aulas Hospitalarias, sí que contamos con aportaciones de profesorado del CAHDT-E indicando a su vez, que se cuenta con profesorado de Secundaria, pero primeramente se estudiará el caso del paciente en cuestión.

El otro grupo está compuesto por Andalucía, Comunidad de Madrid y Comunidad Valenciana. En estas tres Autonomías, el *Equipo Docente* de las AA.HH. está formado por profesorado de Infantil y Primaria, y el profesorado de Secundaria para el ámbito Lingüístico y Científico-Técnico. Sí que es cierto, que mientras Andalucía y Madrid demandan la especialidad según necesidades, decantándose mayoritariamente por la especialidad de Primaria, (aunque en alguna convocatoria se ha pedido la especialidad de PT o AL), en la Comunidad Valenciana predomina la especialidad de PT.

En definitiva, a nivel global tres Comunidades consideran relevante que el profesorado de Secundaria forme parte de la plantilla del AA.HH., como son: Andalucía, Madrid y Comunidad Valenciana. Sin embargo, el País Vasco cree que el profesorado en PT debe impartir educación hasta la edad de 14 años, y sólo se cuenta con docente en Secundaria según se considere el caso. Finalmente, Extremadura cuenta

con docentes de Secundaria de manera voluntaria del IES “Ciudad Jardín”, pero que no forman parte de la plantilla del AA.HH.

El único aspecto, que destaca en el Indicador Comparativo *Perfil Profesional básico* exigido a todo el profesorado que ocupa estos puestos, queda reflejado en la normativa de la Comunidad Valenciana siendo la única que indica “*Los recursos personales son Funcionarios con Titulación de maestros y profesores de la ESO.*” En el resto de Comunidades objeto de estudio este aspecto, se ha obtenido mediante informaciones ofrecidas por personal docente.

Por otra parte, el *Perfil Profesional de especialización* docente requerido en cada Comunidad, así como la *Formación Inicial y Permanente* que tienen o adquieren se ha obtenido mediante aportaciones prestadas por personal de AA.HH., o Directores de CAHDT-E, y algún Inspector Educativo de las cinco Comunidades objeto de estudio. Centrándonos en la titulación profesional específica que ejerce en cada Autonomía objeto de estudio, y que queda manifestada en las respectivas convocatorias, hemos diferenciado dos tipos de Comunidades.

Por un lado, las Comunidades que exigen la especialidad de Maestro en PT o AL, siendo el País Vasco y Extremadura.

Por otra parte, Andalucía, Madrid y Comunidad Valenciana demandan varias especialidades según necesidad, y teniendo en cuenta la convocatoria se demandarán unos requisitos u otros. Tomado como ejemplo el caso del AA.HH. de Cádiz, el docente accedió por Comisión de Servicios, pero a su vez se le evaluó su Currículum y tuvo que elaborar un Proyecto Educativo.

Por otra parte, en la Comunidad Valenciana se ha establecido una convocatoria para el curso 2016/17, donde se exige que todo el profesorado que acceda a dichos puestos tenga la especialidad en Pedagogía Terapéutica, así como poseer el título de B2 de inglés, y finalmente que presenten un Proyecto Educativo. Esto ha supuesto, mediante aportaciones señaladas por miembros del *Equipo Docente* del Hospital Universitario y Politécnico “La Fe” de Valencia, que todo el profesorado que ha formado parte durante años del *Equipo Docente* del Aula Hospitalaria deberá volver a sus plazas de origen por no cumplir dichos requisitos quedando así dicho Servicio sin personal docente con experiencia en el sector, aspecto totalmente relevante en unidades escolares específicas y complejas de Hospitales como es el caso del AA.HH de “La Fe”

de Valencia. A su vez, aportaciones ofrecidas por un Inspector Educativo específico ha destacado cierto retroceso en este aspecto, por prescindir de personal cualificado y con experiencia en dicha Aula.

Respecto a la *Formación Permanente*, todas las Comunidades coinciden en que no existe formación respecto al ámbito de la Pedagogía Hospitalaria. Sí que nos consta que todo conocimiento adquirido por el propio profesorado en dicho sector es por motivación personal, participando en jornadas que organizan ellos mismos, o involucrándose en Proyectos de los que forman parte.

Respecto a la *Formación Inicial* podríamos distribuir las Comunidades objeto de estudio en dos grupos. Por una parte, se encuentran Andalucía, Extremadura, País Vasco y Comunidad Valenciana admitiendo que carecen de Formación Inicial. A su vez, en la normativa de la Comunidad Valenciana se especifica que los docentes deberán poseer conocimientos en torno a TICs y Pizarra digital, sin concretar si será exigido en la convocatoria al puesto o aportado como Formación Inicial, así como señala que respecto a la *Formación del Profesorado* el Servicio competente en dicha materia realizará acciones formativas para los docentes de las UPH, sin especificar nada más al respecto.

Sí que debemos señalar, que en el otro grupo la normativa madrileña que regula dichos Servicios indica que, la formación de dichos docentes depende de la Consejería de Educación que procurará ofertar cursos para dicho profesorado sin especificar nada más al respecto. Sí que es cierto, que las aportaciones de docentes nos han señalado que hasta hace unos años existían unas jornadas formativas obligatorias para el docente novel realizadas durante el mes de septiembre, pero actualmente son consideradas como actividades voluntarias, tanto para el profesorado novel como como para docente veterano sirviendo de *Formación Permanente*.

En relación al *Horario Escolar*, a nivel global se pueden realizar diversas clasificaciones:

- La primera clasificación estaría determinada por el tipo de jornada escolar. Por una parte, la Comunidad Valenciana y el País Vasco presentan un *Horario* con jornada partida en sus AA.HH., es decir, *Horario* de mañana y tarde. El otro

grupo estaría formado por Andalucía, Extremadura y Madrid presentando un *Horario* en sus Aulas Hospitalarias de jornada intensiva.

- Otra clasificación estaría determinada por las horas destinadas a la impartición docente y reflejada en la propia normativa. Por una parte, situaríamos las Comunidades de Madrid y Valencia en cuya normativa especifican el *Horario* establecido, o más en concreto las horas destinadas a trabajar en Educación Primaria y Secundaria. El otro grupo estaría formado por Extremadura, Andalucía y País Vasco donde no especifican las horas destinadas a cada nivel educativo.
- Finalmente, la última clasificación establecida quedaría determinada por el *Horario* de apertura de las AA.HH. Por una parte, se sitúan Andalucía, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana, con un *Horario* de apertura similar en sus Aulas Hospitalarias dejando aparte la Atención Educativa Domiciliaria. Por otra, situaríamos a Extremadura con un *Horario* de apertura reducido, condicionado también por el *Horario* destinado a impartir docencia en la Atención Educativa Domiciliaria de manera rotatoria por parte de las propias maestras de las AA.HH.

Respecto al *Calendario Escolar*, todas coinciden en que éste es similar al del resto de centros docentes.

Respecto al Indicador Comparativo *Coordinación y Seguimiento con el Equipo Multidisciplinar y Centro de referencia*, todas coinciden en que se da una interacción con los tutores de los centros escolares.

Por tanto, siguiendo la *Coordinación y Seguimiento con el Equipo Multidisciplinar* se observan tres clases de Comunidades:

Por una parte, se encuentra el País Vasco mostrando una centralizada *Coordinación* con el *Equipo Multidisciplinar*. Éste se encuentra dentro de los CAHDT-E siendo el Claustro, el Equipo Directivo, el Director, los profesionales que única y exclusivamente se dedican a este tipo de alumnado.

El otro grupo estaría formado por las Comunidades de Madrid y Valencia donde se coordinan y se siguen los Servicios desde Departamentos dependientes de las respectivas Consejerías de Educación. En ambas existe una conexión entre un Inspector Educativo y un Coordinador del Programa. Sí que debemos constatar que en ambas Autonomías queda reflejada una Coordinación descentralizada pero no tan acusada como las Autonomías que señalamos a continuación.

Finalmente, nos encontramos con dos Comunidades cuya *Coordinación y Seguimiento* está mucho más descentralizada que el resto. Dichas Autonomías son: Extremadura, donde los Servicios dependen del colegio educativo de zona, y en Andalucía del Equipo de Orientación Educativa.

Con este aspecto podemos reflejar que la Comunidad del País Vasco es la que mayores avances puede tener respecto al Indicador Comparativo *Coordinación y Seguimiento* de dichos Servicios, ya que todo está centralizado bajo una misma Dirección y Equipo. Sin embargo, Autonomías como Andalucía o Extremadura deberían de avanzar a pasos agigantados hasta alcanzar dichos objetivos.

Respecto a la *Coordinación y Seguimiento* con el *Centro de referencia*, en todas las Autonomías objeto de estudio hay uniformidad por mantener contacto el Aula Hospitalaria con el colegio de origen del escolar enfermo. Sí que hemos de constatar gracias a las aportaciones docentes, que hay tutores que se implican en mayor o menor grado con los docentes hospitalarios durante el proceso de enseñanza-aprendizaje del escolar enfermo.

A nivel global, todas coinciden en que atender al alumnado hospitalizado o en Atención Educativa Domiciliaria, conlleva unos trámites burocráticos que pueden demorar el Servicio. Sí que es cierto, que no todas especifican dichos trámites, aunque sí que nos consta su existencia.

La Atención Educativa Domiciliaria en cada Comunidad funciona de manera distinta respecto a su Coordinación, Seguimiento e Interacción. En dicho Servicio destaca notablemente Extremadura, ya que las maestras del AA.HH. son las que se dedican de manera rotatoria a la Atención Educativa Domiciliaria. Ellas son las que efectúan una serie de reuniones con el Equipo Directivo, Tutor, *Equipo Docente* del Centro de referencia del alumnado convaleciente, etcétera. Pese a que desde un punto de

vista refleja carencias por falta de personal, supone mucha interacción del Equipo, implicación, aunque también muestra mayor descentralización.

Para concluir con el apartado de las Comparaciones Globales finalizamos con el último Indicador Comparativo, la *Evaluación* de los escolares en los dos Servicios estudiados: Las AA.HH. y la Atención Educativa Domiciliaria.

Todas las Autonomías objeto de estudio comparten que el alumnado enfermo ingresado o convaleciente es evaluado por su Centro de referencia. Si está hospitalizado, el tutor del Centro de origen del escolar envía los exámenes al docente del Hospital. Tras su realización son devueltos y el profesorado del Centro de referencia los corrige. Sí que consta que con alumnado de larga estancia o con convalecencia de larga permanencia en el domicilio, el docente Hospitalario o Domiciliario realiza un informe de seguimiento para la evaluación final del alumnado en cuestión.

Bloque III.

Conclusiones y Recomendaciones

Capítulo 9. Conclusiones

Con este capítulo finalizamos nuestro proceso de investigación concluyendo con las consideraciones pertinentes acerca de las convergencias y divergencias existentes en nuestros modelos educativos hospitalarios y domiciliarios, dando paso al último epígrafe destinado a las recomendaciones y futuras líneas de investigación.

El principal objetivo de este primer apartado va a ser doble. Por una parte, vamos a constatar los resultados del trabajo mediante una valoración comparativa a través de los Indicadores Comparativos empleados en el Programa de Atención Educativa Hospitalaria por una parte y, por la otra, aunque no de manera tan específica en los Programas de Atención Educativa Domiciliaria. A su vez, destacaremos los aspectos más sobresalientes de las unidades de comparación que hemos empleado para nuestro estudio de campo.

En segundo lugar, vamos a hacer referencia al planteamiento general de nuestra Tesis habiéndola contrastado con los resultados obtenidos, confirmando o no de esta manera la hipótesis planteada al comienzo de nuestra investigación.

Puntualizaremos en aspectos significativos y relevantes para nuestro estudio, y profundizaremos en los Indicadores Comparativos propiamente dichos, subrayando los aspectos más significativos de las CC.AA. seleccionadas, dentro de los Programas de Atención Educativa Hospitalaria y, posteriormente, del Programa de Atención Educativa Domiciliaria.

Debemos destacar que las Autonomías del País Vasco y Extremadura despuntan respecto al resto de las unidades de comparación, por no disponer de Instrucciones específicas que regulan los Programas destinados a las AA.HH. y la Atención Educativa Domiciliaria. Aunque hemos de constatar que el País Vasco dispone de un Decreto, concretamente el 266/2006 elaborado para regular los criterios básicos de los CAHTD-E, donde dirigen y coordinan los tres Servicios marcados bajo normativa. Dichos Programas disponen de un Proyecto Socioeducativo que marca las directrices de cada uno de ellos, aunque sí que es cierto que no hay existencia de Instrucciones específicas que regulen dichos Programas, como ocurre en las Comunidades de Andalucía, Madrid y Valencia.

Continuando con los resultados obtenidos, y centrándonos en los Indicadores Comparativos en los que hemos basado el estudio de la normativa, y sus prácticas docentes de cada Autonomía objeto de estudio, destacamos los aspectos más característicos y las tendencias más significativas tras el proceso realizado.

Para ello, vamos a comenzar con los Programas Educativos Hospitalarios, y seguidamente y en menor profundidad, con los Programas de Atención Educativa Domiciliaria.

Dentro de los Programas o Servicios de AA.HH., y situándonos en el primer Indicador Comparativo, *Tipología*, un aspecto a destacar es que, mientras el País Vasco comprende dentro de los CAHDT-E los Servicios de AA.HH., Atención Educativa Domiciliaria y Terapéutico-Educativa, la Comunidad de Madrid en el área de Atención Educativa al Alumnado Enfermo acoge también estos tres Programas. Sin embargo, el resto de Autonomías objeto de estudio sólo mencionan los Servicios Educativos Hospitalarios y Domiciliarios.

Centrándonos en el segundo Indicador Comparativo empleado en los Programas de las AA.HH., los *Destinatarios* de dicho Servicio, se muestra uniformidad en todas las Autonomías objeto de estudio. En todas se cubren los niveles educativos desde los 3 a los 16 años, aunque cada una de ellas refleja sus respectivas peculiaridades. Por otra parte, se observa que todas ellas coinciden en prestar la Atención Educativa Hospitalaria en el nivel de Bachillerato y, destaca Andalucía por reflejar ya en la normativa del 2007, la atención al alumnado de los Ciclos Formativos, siendo un aspecto destacable en sí mismo.

Continuando con el siguiente Indicador Comparativo, *Objetivos y Finalidad*, debemos subrayar que las cinco unidades comparativas empleadas como objeto de estudio coinciden en que las AA.HH. mantienen coordinación con su Centro de referencia. Por otra parte, inciden en evitar el aislamiento mediante la Integración, la Normalización, el Asesoramiento a las familias, alumnado, centros educativos y profesorado. También, todas ellas muestran uniformidad en ciertas finalidades a perseguir como son trabajar con las TIC.

Siguiendo con dicho Indicador Comparativo y, centrándonos en los aspectos más sobresalientes de las cinco Autonomías objeto de estudio, destacamos la Comunidad de Extremadura por ser la única en plantear como objetivos a perseguir, *ofrecer formación en Pedagogía Hospitalaria*. Es uno de los aspectos más reivindicativos por parte de los docentes que ejercen en dichos puestos, y por ser inexistente dentro de la *Formación Inicial y Permanente*.

Otra de las Comunidades que destacan respecto al resto de Autonomías objeto de estudio es el País Vasco. Refleja que uno de sus *Objetivos* es la creación de Centros Territoriales de Atención Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa, establecidos para dirigir y coordinar estos Servicios. Por consiguiente, refleja una gran centralización existente en la *Organización, Funcionamiento, Coordinación, Dirección*, etcétera, a diferencia del resto de Comunidades objeto de estudio. Esta característica, marca ya una notable diferencia en la Comunidad vasca, pudiendo haber influido en otros Indicadores Comparativos.

Situándonos en el cuarto Indicador Comparativo empleado, *Organización, Funcionamiento y Dependencia* se han observado ciertas tendencias a nivel general entre las Comunidades objeto de estudio, pudiéndolas agrupar de la siguiente manera en función de quién *Depende* su Programa o, de organismos más locales u otros más provinciales o centrales:

Primeramente, se sitúa Extremadura donde el Aula Hospitalaria depende de organismos educativos locales cercanos a la zona, como es el colegio educativo de zona.

Con esta *Coordinación* más a nivel local se puede dar un mayor desajuste con otros Programas o Servicios y organismos educativos superiores.

Con Andalucía constatamos una *Dependencia* administrativa del centro educativo de zona, aunque su *Organización y Funcionamiento* depende del Equipo de Orientación Educativa (EOE) de cada Delegación Provincial. Por tanto, dependen mayoritariamente de los Servicios de Ordenación Educativa, no tan locales sino más territoriales, y no estando tan descentralizados como en Extremadura.

En el siguiente nivel, se sitúan las Comunidades de Madrid y Valencia dependiendo ambas de organismos educativos provinciales, como el área de Atención Educativa al Alumnado Enfermo de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte en el caso de Madrid y, de los Programas de Innovación Educativa de la Consejería de Educación, Investigación, Cultura y Deporte en el caso de la Comunidad Valenciana. Como queda reflejado, en ambas Comunidades el Servicio de las Aulas Hospitalarias está descentralizado, pero no de una manera tan acusada como en las dos Autonomías anteriores.

Finalmente, situamos al País Vasco donde los Programas de las AA.HH. *Dependen* de los CAHDT-E situados uno en cada Provincia. Se refleja así una mayor centralización en la *Coordinación, Organización y Funcionamiento* de dicho Programa. Por tanto, hemos mostrado a lo largo de nuestro estudio que esta Autonomía muestra una característica muy significativa que destaca del resto, y es disponer de un Centro Territorial única y exclusivamente para *Dirigir y Coordinar* los tres Programas para los que fue creado. Este aspecto ha podido influir notablemente en la calidad educativa de los tres Servicios que comprende.

Concretando en la *Organización* se observa, que las Comunidades de Andalucía, Extremadura, Madrid y Valencia describen claramente dicho *Indicador* en su normativa. Sin embargo, el País Vasco se fundamenta en reflejar la *Organización* de los Centros Territoriales de Atención Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa.

Respecto al *Funcionamiento* de las AA.HH. todas muestran similitud, ya que indican que el alumnado hospitalizado sigue matriculado en su Centro de referencia.

Mediante este Indicador Comparativo hemos podido observar qué directrices siguen los diferentes Programas Educativos autonómicos, y que han podido influir en aspectos tan relevantes como el *Funcionamiento*, la *Dirección*, la *Organización* de dichos Programas, etcétera.

Con el siguiente Indicador Comparativo nos situamos en el *Espacio* y el *Equipamiento* de los Programas de Atención Educativa Hospitalaria. Todas las Autonomías objeto de estudio presentan características uniformes al respecto, ya que en todas ellas el *Espacio* del AA.HH. lo proporciona el Hospital donde va a estar ubicada, y el *Equipamiento* el organismo educativo del que dependa dicha aula y, por supuesto, la respectiva Consejería de Educación.

Respecto al siguiente Indicador Comparativo, *Equipo Docente*, podemos diferenciar dos tipos de Autonomías entre las seleccionadas como objeto de estudio. En las Comunidades de Andalucía, Madrid y Valencia nos encontramos con profesorado para Infantil y Primaria, así como profesorado para Secundaria dentro de la plantilla docente del AA.HH. A su vez, debemos constatar que, en la Comunidad de Madrid también forma parte del equipo, el docente del Servicio de Atención Educativa Domiciliaria reflejando así una mayor coordinación entre ambos Programas.

El otro grupo está compuesto por las Comunidades del País Vasco y Extremadura, donde el profesional docente en la especialidad de PT es la figura principal de la plantilla del AA.HH. En estas dos Autonomías el profesorado de Secundaria se sitúa en un papel secundario. Es decir, en la Autonomía Vasca se cuenta con dicho docente, pero siempre estudiando con antelación el caso del paciente en cuestión. Por otra parte, en Extremadura se cuenta con la figura de dicho profesional, pero según nos consta es profesorado voluntario de un centro educativo de Secundaria cercano al Hospital.

Siguiendo esta línea, se muestra claramente que tres Comunidades objeto de estudio, Andalucía, Madrid y la Comunidad Valenciana consideran relevante que el profesorado de Secundaria forme parte del Equipo Docente del Aula Hospitalaria. Sin embargo, la Comunidad vasca y extremeña sí que hacen uso de dicho profesorado, pero con un papel secundario.

En lo que concierne al Indicador Comparativo, *Perfil Profesional y Formación Permanente*, debemos señalar que ha sido uno de los aspectos que más hemos comentado en nuestro apartado referente a la comparación valorativa. Todas las Autonomías objeto de estudio coinciden en que en ninguna de sus normativas queda reflejado el *Perfil Profesional* básico demandado para ejercer en los Programas de Atención Educativa Hospitalaria, a excepción de la Comunidad Valenciana. En dicha Autonomía se describe bajo normativa que el personal que ocupa estos puestos debe ser “(...) *Funcionarios con Titulación de maestros y Profesores de la ESO.*” En el resto de Autonomías objeto de estudio tenemos constancia de ello, gracias a las informaciones ofrecidas por su personal docente.

Otra de las características coincidentes en todas ellas es que, el personal docente accede a dichos puestos de manera similar, es decir, siendo personal funcionario con plaza en propiedad, y mediante Comisión de Servicios.

Asimismo, otra de las peculiaridades que destacan de manera uniforme en todas las Autonomías objeto de estudio es que en ninguna de sus normativas estudiadas o documentos oficiales se hace referencia al *Perfil Profesional de especialización* que debe poseer dicho profesional para acceder al puesto. Por consiguiente, la información reflejada de las especialidades demandadas en cada AA.HH. ha sido obtenida mediante las aportaciones ofrecidas por los profesionales entrevistados. Debido a estas contribuciones hemos podido observar ciertas divergencias, que nos han permitido diferenciar dos tipos de Autonomías determinadas por dicho Indicador Comparativo:

Por una parte, se encuentran las Comunidades de Extremadura y el País Vasco, pues ambas demandan la especialidad docente en Pedagogía Terapéutica, y en el caso de la Comunidad Extremeña también Audición y Lenguaje. Actualmente, con los estudios de Grado, la titulación profesional específica se denomina Maestro de Primaria con mención en PT.

Por otra parte, se encuentran las Comunidades de Andalucía, Madrid y Valencia en las que se puede acceder a dicho puesto mediante la titulación de maestro de Infantil, Primaria, PT/ Educación Especial o AL., según necesidades del Servicio.

Sin embargo, mientras que en Andalucía y Madrid predomina la especialidad docente en Primaria y, según necesidad se convocan especialidades complementarias, en la Comunidad Valenciana ha predominado la figura docente de PT, y debemos constatar que hasta la actualidad también se ha podido acceder con otro tipo de especialidades.

Hemos de constatar, que para acceder a dichos puestos para el curso 2016-2017, en la convocatoria establecida en la Comunidad Valenciana se han modificado los criterios de acceso, no reflejados en nuestra investigación porque hemos seguido las directrices establecidas del curso finalizado, el 2015-2016. Aunque sí que queremos dejar constancia de los criterios de esta última convocatoria, por haber sido cuestionada por diversos profesionales de la educación. Dicha convocatoria se ha caracterizado por demandar profesionales docentes en PT, con titulación de B2 de inglés, y presentar a su vez un proyecto educativo. Dichos profesionales de la educación hacen crítica al respecto, por considerarlo como un retroceso en el sistema educativo hospitalario, ya que personal docente cualificado que ha formado parte durante años de la plantilla educativa hospitalaria, ha debido volver a sus puestos de origen por no cumplir el

requisito de inglés exigido o, no presentar un proyecto educativo. Esta restricción ha podido ocasionar que dichos Programas se hayan quedado sin personal docente cualificado y con experiencia, en Aulas Hospitalarias tan complejas y peculiares como la del Hospital Universitario y Politécnico “La Fe” de Valencia.

Continuando con los resultados obtenidos, y situándonos en la valoración final establecida, nos ubicamos en el octavo Indicador Comparativo denominado *Horario Escolar*. Observamos algunas divergencias entre las Comunidades objeto de estudio, entre ellas:

Dentro de la normativa o documentos oficiales, y sólo en el caso de Extremadura se especifica el *Horario* de apertura y cierre de las AA.HH. siendo éste de 10 a 13:30, reducido respecto al resto de Autonomías. Con el resto de unidades comparativas dicha información se ha obtenido mediante las aportaciones ofrecidas por los docentes entrevistados.

Continuando con el mismo Indicador Comparativo, pero reflejando la *Jornada Escolar* se han observado divergencias entre las Autonomías objeto de estudio. Mientras que dos Comunidades Autónomas como son, el País Vasco y la Comunidad Valenciana⁵⁹ presentan una jornada escolar partida (cuyo *Horario* de aula es de mañana y tarde), las Comunidades de Madrid, Andalucía y Extremadura ofrecen un *Horario* Escolar con jornada intensiva (hasta mediodía).

Dentro de este Indicador Comparativo también reflejamos el *Calendario Escolar*. Se muestra uniformidad en todas las Autonomías objeto de estudio, por presentar un *Calendario* similar al resto de centros docentes de zona.

En lo que concierne a la *Coordinación y Seguimiento* con el *Equipo Multidisciplinar y Centro de referencia* debemos indicar que, en todas ellas se mantiene interacción y contacto con los tutores de los Centros de referencia del alumnado enfermo.

⁵⁹Durante el presente curso 2016-2017 en la Comunidad Valenciana y, de manera optativa, se ha podido elegir la opción de jornada intensiva. Pero se ha de constatar que las AA.HH. de la ciudad de Valencia no se han planteado su cambio de Horario, ya que miran siempre por las necesidades del escolar y de sus padres.

Situándonos con *el Equipo Multidisciplinar*, volvemos a destacar que en las cinco Autonomías objeto de estudio se establece una interacción, así como *Coordinación* por parte de los docentes hospitalarios con la familia del escolar enfermo, el personal sanitario, organismos que mantienen un *Seguimiento* de estos Programas, etcétera, aunque cada Autonomía estableciendo sus propias directrices.

Dos de estas Autonomías, Extremadura y Andalucía presentan una *Coordinación* y un *Seguimiento* mucho más descentralizado que el resto al depender de organismos locales o territoriales.

Por otra parte, destacan las Comunidades de Madrid y Valencia donde se establece una *Coordinación* y un *Seguimiento* por parte de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria en el caso de Madrid y, la Dirección General de Política Educativa en el caso valenciano. En ambas existe una *Coordinación* entre un Inspector Educativo y un Coordinador del Programa en cuestión. Destaca la Comunidad Valenciana por disponer de una Comisión Coordinadora por cada Provincia indicando como aspecto fundamental la interacción entre la familia, tutor, docente hospitalario y domiciliario del escolar enfermo. Por tanto, se muestra una *Coordinación* descentralizada pero no tan notoria como las anteriores Autonomías.

Evidentemente, con este Indicador Comparativo destaca notablemente, el País Vasco del resto de Autonomías objeto de estudio. Es la Comunidad que muestra una mayor centralización con este Indicador, estableciendo desde los CAHDT-E una *Coordinación* y un *Seguimiento* con todo el Equipo Multidisciplinar que envuelve cada Servicio. Hay una *Coordinación* por parte del Claustro, del Equipo Docente, de los Coordinadores de cada Programa, del personal sanitario, etcétera, estableciendo un *Seguimiento* del alumnado enfermo, ya que como hemos advertido en otras ocasiones, estos Centros Territoriales y su equipo se dedican única y exclusivamente a dichos sectores.

Respecto a la *Coordinación* y *Seguimiento* con el *Centro de referencia*, en todas las Autonomías objeto de estudio hay uniformidad por mantener contacto el Aula Hospitalaria con el colegio de origen del escolar enfermo. Sí que hemos de constatar gracias a las aportaciones docentes, que hay tutores que se implican en mayor o menor grado con los docentes hospitalarios durante el proceso de enseñanza-aprendizaje del escolar enfermo.

El último Indicador Comparativo que hemos empleado dentro de los Programas de Atención Educativa Hospitalaria, hace referencia a la *Evaluación* del escolar enfermo. Hemos observado que en todas las Autonomías objeto de estudio se decantan por que la *Evaluación* del alumnado hospitalizado depende de su Centro de referencia.

Tras haber realizado el análisis de la normativa que regula las AA.HH. y, sus prácticas docentes a través de una serie de Indicadores Comparativos, hemos podido observar ciertas características y tendencias que nos han permitido agrupar a las Autonomías objeto de estudio reflejando así, sus divergencias y convergencias. Por otra parte, hemos destacado las que despuntan en su progreso, así como las que están más rezagadas y muestran mayores carencias.

Continuando con los Programas de Atención Educativa Domiciliaria debemos constatar que, hemos hecho referencia a ellos por ser Servicios paralelos al de las AA.HH., e incluso en alguna Comunidad comparten regulación legislativa conjunta. Pero es evidente que son Programas diferentes y, como queda reflejado, hemos profundizado mayoritariamente en las AA.HH., ya que ahondar en ambos Programas habría supuesto elaborar Tesis diferentes.

Comenzando con los Indicadores Comparativos empleados para el estudio de la normativa y las prácticas docentes que desarrollan dichos Programas señalamos primeramente, los *Destinatarios*. Queda reflejada la poca uniformidad existente en todas las Autonomías objeto de estudio, ya que se han observado las divergencias existentes al mostrar cada una de ellas sus propias características sin tener patrones asimilables.

Continuando con el siguiente Indicador Comparativo nos situamos en los *Objetivos y Finalidad* de dichos Programas Educativos. Para ello hemos seguido la misma línea que en el apartado dedicado a las AA.HH. destacando los aspectos más sobresalientes de las Autonomías objeto de estudio. Extremadura, despunta del resto de Comunidades por indicar dentro de sus *Objetivos* perseguidos, *la formación en Pedagogía Hospitalaria*. Es uno de los aspectos más reivindicativos que se da en dicho ámbito por la falta de *Formación Específica*, que refleja dicha disciplina. Con este objetivo dicha Autonomía muestra cierto avance respecto al resto, considerando este aspecto como algo relevante y a tener en cuenta.

Otra de las Comunidades que desputa en uno de sus *Objetivos* es, el País Vasco. Incide en la creación de los Centros Territoriales de Atención Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa. Mediante estos Centros Territoriales se dirigen y coordinan los Programas estudiados marcando una notable diferencia en la centralización de aspectos tan relevantes como, la *Organización*, el *Funcionamiento*, la *Coordinación*, la *Dirección*, etcétera, de este Servicio. Debido a esta peculiaridad queda reflejado el avance que muestra el País Vasco respecto al resto de Autonomías objeto de estudio.

Respecto al siguiente Indicador Comparativo, *Organización*, *Funcionamiento* y *Dependencia* de los Programas de Atención Educativa Hospitalaria hemos agrupado las Autonomías de manera similar que en los Programas de AA.HH.

Por una parte, Andalucía y Extremadura muestran un Servicio muy descentralizado al depender de organismos locales o territoriales, como el EOE de la Delegación Provincial o el colegio educativo de zona.

Por otra parte, se encuentran las Comunidades de Madrid y Valencia, que pese a presentar unos Programas descentralizados por depender de organismos oficiales provinciales de la Consejería de Educación, no es tan acusado como las anteriores.

Finalmente, se sitúa el País Vasco con una *Organización*, un *Funcionamiento* y una *Dependencia* más centralizada girando en torno a los CAHDT-E.

Por otra parte, tras reflejar estas divergencias entre Autonomías sí que hemos de constatar que todas muestran características similares respecto al proceso de solicitud cuando se demanda dicha atención educativa. Como queda reflejado es a partir de 1 mes de convalecencia del escolar enfermo cuando se puede solicitar dicho Servicio. Sí que es cierto, que en los últimos años se han dado ciertas mejorías en alguna de las Autonomías objeto de estudio. Por ejemplo, anteriormente en la Comunidad Valenciana se solicitaba dicho Servicio a partir de 2 meses de convalecencia.

Otra de las características donde se refleja uniformidad en las Autonomías objeto de estudio, es que en todas ellas existe el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria, aunque cada una de ellas con sus respectivas características.

Se evidencia que la Autonomía que más destaca con este Programa es la Comunidad Extremeña, por ir más rezagada respecto al resto. Dicho Servicio es llevado a cabo por las docentes de las AA.HH., pero sólo para el alumnado de la capital. Con el resto de alumnado convaleciente el Servicio se lleva a cabo mediante un Programa Telemático. Por tanto, hay escasez de profesorado específico para llevar a cabo dicho Programa, mostrando cierto retraso al respecto. Dicho aspecto lo destacaremos en el apartado recomendaciones, ya que como se ha comentado anteriormente la medicina está cada vez más avanzada siendo los ingresos más cortos y el periodo de recuperación en el domicilio más duradero. Por tanto, se reivindican dichos profesionales educativos destinados en dicho sector.

Respecto a las horas dedicadas a dicho Servicio, todas las Autonomías objeto de estudio muestran similitud dedicando entre 6 y 10 horas semanales dependiendo del nivel educativo, excepto Extremadura. Dicha Autonomía despunta por la escasez de horas destinadas al alumnado convaleciente dedicando únicamente, 4 horas a la semana.

Es evidente, que se muestra escasez de horas destinadas al Servicio Educativo Domiciliario por parte de todas las Autonomías objeto de estudio, pero despunta con gran notoriedad Extremadura. Por ello, y siguiendo la misma línea demandaremos mejoras en el apartado de recomendaciones.

Continuando con el *Funcionamiento* debemos incidir en el excesivo proceso de tramitación que conlleva solicitar dicha atención educativa en todas las Autonomías objeto de estudio. Como mostramos en los Anexos adjuntos, y como queda reflejado en la normativa de alguna de las Comunidades, dicho trámite ha de pasar por diversos organismos educativos demorando, incluso con creces, la atención educativa en el domicilio.

Finalizamos dicho Indicador comparativo apuntando a la *Dependencia* de dichos Programas. Observamos que se pueden agrupar en cuatro tipos de Autonomías. Por una parte, Extremadura es la que presenta una mayor descentralización en la *Coordinación* de sus Programas por mostrar un Servicio dependiente de un organismo local, el colegio educativo de zona.

En un segundo lugar, se sitúa Andalucía mostrando también gran descentralización por depender su Servicio de Atención Educativa Domiciliaria del Equipo de Orientación Educativa de zona.

En tercer lugar, están las Comunidades de Madrid y Valencia dependiendo sus Servicios de los organismos oficiales situados en las respectivas Consejerías de Educación reflejando descentralización, pero no tan acusada como las dos anteriores. Aunque hemos de constatar, que el alumnado de Valencia capital y 20 km a la redonda es atendido exclusivamente por profesorado del colegio concertado “Auxilia”. Dicho aspecto, puede ocasionar ciertas desigualdades respecto al alumnado atendido fuera de la ciudad y alrededores. Por otra parte, debemos destacar que mientras el Programa SAED de la Comunidad de Madrid depende del Programa de AA.HH. de su área territorial, en la Comunidad Valenciana dicho Programa funciona de manera independiente, pudiendo ocasionar mayor descoordinación entre ambos Servicios, el hospitalario y domiciliario.

Finalizamos dicho Indicador destacando con notoriedad el País Vasco. Presenta una gran centralización en la *Coordinación* de dicho Programa, por disponer de un Centro que dirige, coordina y regula todos los Servicios relacionados de manera paralela desde una misma Institución. Por tanto, muestra grandes avances en todo lo que concierne a la *Organización*, el *Funcionamiento*, la *Coordinación*, el *Seguimiento*, el paso de un Programa a otro, etcétera.

Respecto al siguiente Indicador Comparativo, *Espacio y Equipamiento* hemos de destacar que en dicho Programa no se ha profundizado tanto en aspectos relacionados con este tema.

Sí que queremos dejar constancia que, en todas las Autonomías objeto de estudio hay similitud en aspectos relativos a que, el *Espacio* donde se desarrolla la atención educativa es en el propio hogar del escolar enfermo y convaleciente. Respecto al *Equipamiento* muestran similitud las Comunidades de Andalucía, Madrid y el País Vasco, ya que el personal docente depende de los organismos oficiales de las respectivas Consejerías de Educación o del Departamento de Educación del Gobierno Vasco.

Destaca la Comunidad Valenciana del resto de Autonomías porque el personal docente que lleva a cabo el Servicio Educativo Domiciliario de Valencia capital, y hasta 20 km más allá de la ciudad, proviene del Centro concertado “Auxilia”. Sin embargo, el resto de alumnado es atendido por personal interino de la bolsa de educación o profesorado titular del Departamento de Educación de la Comunidad Valenciana.

Con este Indicador también despunta, Extremadura. El alumnado convaleciente de Badajoz ciudad es atendido por las propias docentes de las AA.HH. del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. El resto de alumnado convaleciente de la Provincia es atendido mediante un Programa Telemático, así como ayudas económicas o mediante material informático proporcionado para desarrollar dicho Proyecto.

Evidenciando estas características se observan claramente similitudes en las políticas educativas seguidas por las Comunidades vasca, andaluza y madrileña. Sin embargo, hay divergencias en Valencia y Extremadura, sobre todo esta última por carecer de personal cualificado para llevar a cabo parte de dicho Programa.

Con los dos siguientes Indicadores Comparativos, *Equipo Docente* y *Perfil Profesional y Formación Permanente*, volvemos a hacer referencia que hemos estudiado de forma muy escueta dichos Indicadores:

Respecto al *Equipo Docente*, se ha podido observar que todas las Autonomías objeto de estudio disponen de personal para desarrollar dicho Programa, excepto Extremadura. En dicha Comunidad lo llevan a cabo las propias docentes de las AA.HH. de Badajoz, y atendiendo únicamente al alumnado de la ciudad.

Reflejando los niveles educativos atendidos en los Programas de Atención Educativa Domiciliaria se observa poca uniformidad entre las Autonomías objeto de estudio. A nivel global, se aprecia que cada una de ellas muestra sus propias características y peculiaridades sin ninguna homogeneidad. Sí que debemos admitir que, mientras los Programas de AA.HH. tienen ya un amplio rodaje en la historia de España, los Programas de Atención Educativa Domiciliaria presentan un recorrido corto, aspecto que podría justificar que dichos Servicios vayan más rezagados.

Respecto al *Perfil Profesional y Formación Permanente* debemos remarcar que tampoco hemos profundizado mucho al respecto. Sí que debemos mencionar, que en todas las Autonomías objeto de estudio se ocupan dichos puestos por Comisión de Servicios, pero en estos casos también se accede siendo interino de la bolsa de educación. La excepción la tiene el Programa que se desarrolla en Valencia capital y alrededores, donde los docentes pertenecen a un colegio concertado y no han pasado por ninguna oposición.

Respecto al *Perfil Profesional de especialización* tenemos tímidas referencias en alguna de las Autonomías objeto de estudio a las que no vamos hacer referencia. Igualmente, no podemos constatar ningún tipo de información respecto a la *Formación Permanente* dejándolo para estudios futuros.

Continuando con el *Horario Escolar* volvemos a señalar que no se ha profundizado en dicho Indicador. Sí que hemos querido destacar las horas destinadas a la Atención Educativa Domiciliaria en cada Autonomía agrupándolas así de la siguiente manera:

Primeramente, nos encontramos con las Comunidades de Andalucía, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana mostrando similitud respecto al número de horas destinadas al alumnado convaliente. Todas ellas dedican entre 6 y 10 horas semanales a la atención educativa según el nivel educativo. Por otra parte, se sitúa Extremadura destacando de nuevo por la escasez de horas dedicadas a dicho alumnado, 4 horas semanales.

Para ir finalizando con los Indicadores Comparativos, nos centramos en la *Coordinación y Seguimiento* con el *Equipo Multidisciplinar y Centro de referencia*. Con el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria no hay uniformidad respecto a las políticas educativas seguidas en las Autonomías objeto de estudio. Sí que nos consta, que todas ellas mantienen contacto con el Centro de referencia del escolar convaliente, pero cada una de ellas con sus propias directrices. Sí que es cierto, que se observa cierta peculiaridad en Extremadura, posiblemente debido a la gran descentralización apreciada en dicho Servicio. La tendencia que la caracteriza es que, mientras que en el resto de Autonomías el contacto del docente es fundamentalmente, con el tutor del escolar en cuestión, en la Comunidad extremeña los docentes mantienen un *Seguimiento* y una *Coordinación* más intensa con el Equipo Directivo, Equipo Docente, tutor, y familia del escolar convaliente en cuestión. En este aspecto, se observa el desarrollo de funciones por parte de dicho personal docente extremeño, que debería cubrir otro profesional.

Para finalizar con el último Indicador Comparativo nos centramos en la *Evaluación*. En todas las Autonomías objeto de estudio hay uniformidad respecto a dicho proceso. La característica compartida por todas ellas es que la *Evaluación* final del alumnado en cuestión depende del Centro de referencia.

Por tanto, tras haber observado las convergencias y divergencias a través de los Indicadores Comparativos reflejados en nuestro estudio, podemos constatar el planteamiento central o hipótesis de nuestra Tesis. Dicho planteamiento afirma que, tras conocer la estructura del Estado español distribuido en CC.AA., y considerando que cada una de ellas dispone de sus propias competencias en Educación se ha demostrado que existen modelos educativos de Atención Educativa Hospitalaria y Atención Educativa Domiciliaria no similares configurando una modulación divergente en sus políticas educativas en este terreno.

Por otra parte, siguiendo la cuestión planteada en esta investigación nos centramos en observar si las convergencias y divergencias que, claramente se han apreciado en la parte comparativa, han podido estar condicionadas por las diferencias político-ideológicas que han predominado en las respectivas CC.AA. objeto de estudio.

Por tanto, siguiendo la variable *Contexto Ideológico-Político* podríamos diferenciar tres tipos de Autonomías en base a su ideología dominante de las últimas décadas:

Por una parte, se encuentran las Comunidades de Andalucía y Extremadura predominando prácticamente, desde que existe la democracia un mandato ideológico-político progresista gobernado por el PSOE, mostrando un pequeño paréntesis Extremadura. Este aspecto podría haber sido un condicionante reflejando la descentralización mostrada dependiendo de organismos locales. Aunque hemos de advertir que estas Autonomías, aunque presentan similitudes en algunos Indicadores muestran, a su vez discrepancias en muchos otros, pese a haber estado gobernadas los últimos veinte años por la misma línea política. Por consiguiente, podemos justificar que dicha variable no influye en los aspectos más relevantes de los Programas Educativos Hospitalarios y Domiciliarios.

Siguiendo la misma línea, nos centramos en las Comunidades de Madrid y Valencia. Han sido dos Autonomías seleccionadas en parte, por presentar un mandato conservador dentro de su contexto político gobernado por el PP en las últimas décadas. La descentralización mostrada en dichos Programas, dependiendo de organismos provinciales del Gobierno autonómico como las respectivas Consejerías de Educación, podría haber estado condicionada por el contexto político dominante en estas Autonomías.

Sin embargo, debemos constatar que de las cinco Comunidades objeto de estudio, Madrid y la Comunidad Valenciana son las que mayores similitudes presentan, aunque también hemos de admitir que muestran divergencias en criterios como, la *Tipología*, la normativa, el *Perfil específico*, etcétera. Con este planteamiento queda reflejado, que pese a haber predominado el mismo contexto ideológico en los últimos veinte años, ambas muestran discrepancias en aspectos relevantes que regulan dichos Programas, por lo que dicha variable no sería condicionante en la regulación y *Funcionamiento* de dichos Programas.

Al margen de las obvias diferencias ideológicas entre los dos grupos constatamos la coincidencia en sus estrategias de descentralización, si bien es más acusado en los casos de Andalucía y Extremadura.

Finalmente, se sitúa el País Vasco, cuyo contexto político ha predominado la ideología nacionalista mediante el Partido Nacionalista Vasco (PNV). La Autonomía Vasca es la única de las Comunidades objeto de estudio que presenta una mayor centralización en la *Coordinación* y *Dirección* de ambos Servicios. Mediante la elaboración del Decreto elaborado en el 2006 se crearon Centros Territoriales para dirigir, coordinar y regular estos Programas permitiendo una mayor centralización de los Servicios prestados.

Podríamos justificar, que la centralización reflejada en sus políticas educativas mostradas en los Servicios de AA.HH. y Atención Educativa Domiciliaria, sí que podrían estar relacionadas con el contexto político predominante.

Por consiguiente, los planteamientos ideológicos nacionalistas pueden justificar la creación de su propio Centro Territorial *Coordinando* y regulando dichos Servicios, reflejando así, una *Dirección* mucho más controlada por el propio Gobierno Vasco, en su voluntad de marcar políticas propias no necesariamente en consonancia con las del Estado.

Tras observar que esta ideología ha podido ser condicionante de la centralización mostrada en estos Programas educativos vascos, se observa que no ha sido condicionante suficiente respecto al resto de Indicadores que regulan los Programas de Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria, ya que hay características que coinciden en algunos Indicadores Comparativos con otras Autonomías, y disidentes en

otros aspectos de sus políticas educativas desarrolladas en las AA.HH. o Atención Educativa Domiciliaria.

En definitiva, esta distinción entre Autonomías respecto a tener una mayor o menor centralización en la *Coordinación* de los Servicios estudiados, sí que podría estar condicionada por el **Contexto Ideológico-Político** dominante en cada Autonomía. Pero deja evidente que no condiciona otros aspectos relacionados con la regulación de las Aulas Hospitalarias y Atención Educativa Domiciliaria. De hecho, podemos constatar que Comunidades con el mismo contexto ideológico han mostrado divergencias relevantes en ambos Programas y viceversa.

Por tanto, es evidente que esta variable no es significativa para condicionar las convergencias y divergencias que se han mostrado en los modelos educativos hospitalarios y domiciliarios de cada Autonomía, pasando así a depender de las competencias educativas de cada CC.AA.

Finalmente, tras haber observado que el objetivo planteado queda reflejado a lo largo de nuestro estudio y, se ha confirmado nuestra hipótesis vamos a pasar a desarrollar el último capítulo, no por ello menos importante destinado a las recomendaciones propuestas, para que se den mejoras en los futuros Programas de Atención Educativa Hospitalaria y Atención Educativa Domiciliaria. Asimismo, destacaremos las futuras líneas de investigación que nos gustaría realizar tras la finalización de la Tesis Doctoral.

Capítulo 10. Recomendaciones

A continuación, se van a sugerir una serie de recomendaciones, debido a que a lo largo de nuestro proceso de investigación hemos conocido en mayor profundidad qué son los Programas de Atención Educativa Hospitalaria o Servicios de Aulas Hospitalarias y, en menor medida los Programas de Atención Educativa Domiciliaria. Dichas recomendaciones se van a plantear como propuestas de mejora para aplicar en los respectivos modelos educativos autonómicos en este sector.

Antes de comenzar con las sugerencias hemos de constatar, que nuestro proceso de investigación se ha enriquecido gracias al contacto que hemos mantenido a lo largo del estudio con los profesionales que se enfrentan diariamente con los escolares enfermos. Gracias a estos docentes hospitalarios, a los profesionales encargados de la Dirección de los CAHDT-E y, a diversos Inspectores del sistema educativo valenciano, nos han mostrado cómo funciona el ámbito educativo Hospitalario y el Domiciliario. Asimismo, hemos podido conocer sus carencias, y así poder reflexionar sobre una serie de recomendaciones que podrían ayudar a una futura mejoría.

Por tanto, a juicio personal y siguiendo un orden de relevancia, hemos considerado oportuno ir mencionando las sugerencias para un posible avance en los Programas o Servicios educativos estudiados:

- Seguir unas políticas educativas similares en este ámbito, así como un *Funcionamiento* equivalente respecto a los Programas Educativos estudiados. Por tanto, no condicionaría tanto la Autonomía a la que pertenezcas, y el depender de unos Servicios educativos que tengan mayor o menor calidad dentro del contexto sanitario. No es apropiado que un sistema educativo de un mismo país funcione de manera diferente según la Comunidad donde el escolar enfermo se encuentre.
- Considerar que se coordinen estos Servicios (AA.HH. y Atención Educativa Domiciliaria) desde un mismo centro, como se realiza en el País Vasco con los CAHDT-E. Como se ha observado, los dos Programas estudiados están centralizados bajo una misma Dirección, unas mismas políticas educativas, un Equipo Directivo, un Claustro, etcétera. Del mismo modo, ambos Programas trabajan paralelamente teniendo una mayor coordinación, regulación e

interacción. Este planteamiento permite que se ofrezca una mayor calidad educativa y un mejor funcionamiento.

- Crear una materia relacionada con la Pedagogía Hospitalaria dentro de los Grados de Magisterio, Pedagogía y Educación Social. Por otra parte, diseñar un Máster y/o título de Postgrado con dicha especialización a nivel nacional, para aquellos estudiantes que estén interesados en este ámbito educativo. Podemos constatar que la asignatura o Máster en Pedagogía Hospitalaria está presente en diversas Universidades españolas, como la Universidad de Navarra, la Universidad de Barcelona y la Universidad de Cantabria, pero reivindicamos su generalización dentro del sistema educativo universitario español, así como una especialidad más dentro de la rama de la Pedagogía.
- Reivindicar la existencia de la figura del Pedagogo Hospitalario dentro de los Hospitales públicos, como persona relevante dentro de la atención educativa hospitalaria. Dicho profesional podría ejercer sus funciones, las cuales actualmente las desarrollan los docentes de las AA.HH., y los de Atención Educativa Domiciliaria, ya que, como nos han afirmado en varias ocasiones, ellos no son Pedagogos. Del mismo modo que se da la existencia de la figura del Psicólogo, Trabajador Social, Logopeda y Docente en la mayoría de los Hospitales españoles.
- Reflejar bajo normativa autonómica, el *Perfil Profesional de especialización* que debe poseer todo docente para ejercer en las Aulas Hospitalarias españolas. Por consiguiente, que se demande dicha especialidad de manera homogénea en todas las Autonomías. Por las discrepancias observadas y, posiblemente por la falta de conocimiento de los organismos que convocan dichos puestos, hay desconocimiento del Perfil idóneo que debería poseer la figura del docente hospitalario. Por tanto, sería recomendable consultar a los propios maestros, estableciendo así, la figura competente para dicho sector y que quede reflejada bajo normativa.

Por consiguiente, hemos considerado oportuno determinar los aspectos, a juicio personal y profesional, que todo docente hospitalario debería poseer para ejercer en dichos Servicios:

Todo profesional docente que ejerce en un Aula Hospitalaria debe gozar de mayores conocimientos académicos que cualquier otro profesional que imparte docencia en un Centro de enseñanza ordinaria, es decir, poseer más de una titulación académica. Por otra parte, es conveniente disponer de conocimientos relacionados en cómo trabajar con escolares cuando se enfrentan a pruebas médicas, cómo afrontar el miedo, la tristeza, el dolor, el enfado, etcétera. Asimismo, poseer actitudes relacionadas con la Inteligencia Emocional, es decir, saber interpretar emociones y controlar las propias, ya que diversos profesionales de la materia han especificado en varias ocasiones que, “No toda persona vale para estos puestos”.

Pasando a mencionar todo lo relativo a la Formación Inicial, se considera relevante poseer mucho “rodaje” en otro tipo de aulas, específicas, ordinarias y haber adquirido un amplio abanico de recursos personales en todo tipo de situaciones.

Respecto a la Formación Permanente, todos los profesionales entrevistados confirman que no existe dicha formación y reivindican, a su vez, la existencia de la misma. Como bien se ha comentado existen jornadas y, hasta el año 2011 han existido congresos bianuales vinculados a dicho ámbito. Aunque nos consta que debido a los recortes ocasionados en el ámbito educativo y sanitario se ha prescindido de ellos. Por otra parte, las jornadas efectuadas en dicho sector han sido debido a la implicación de los propios docentes.

No debemos finalizar dicho Indicador, sin mencionar antes a Mejía (n.d.), cuando señala las características que debería poseer todo docente para dedicarse a dicho sector. Constata que dicho profesional debe poseer actitudes afables, saber dialogar y escuchar, controlar sus emociones, así como ser consciente que va a ser una especie de psicólogo para el niño, y un especialista en muchas materias. Destaca a su vez, por disponer de conocimientos sobre qué es la enfermedad desde muy de cerca.

Tras haber observado las características más destacables en este Indicador Comparativo, queremos finalizar haciendo mención sobre el gran desconocimiento que a nivel general existe en las Carreras de Ciencias de la Educación sobre dicha disciplina, sobre los profesionales que ejercen en ella y, sobre su Perfil. Por tanto, se reivindica hacer hincapié en difundir y fomentar el conocimiento y conocer las funciones del Pedagogo Hospitalario, demandando así su figura profesional dentro del contexto educativo hospitalario, tan requerido por los profesionales de dicho ámbito educativo.

- Reivindicar una *Formación Inicial y Permanente* relacionada con nuestro ámbito de estudio. Que todo docente que quiera ejercer en las Aulas Hospitalarias como en la Atención Educativa Domiciliaria, pueda disponer de una formación previa anterior a ocupar el puesto, así como una continua.
- Crear la figura del “Docente de Transición” como un gran avance dentro del sistema educativo de nuestro país. Es una figura existente en países como Australia, con un *Perfil* sugerido para aquellos escolares que han tenido un ingreso hospitalario largo o alguna enfermedad crónica, como el Cáncer.

Dichos escolares pasan largos periodos ingresados o alternando su domicilio con el Hospital, así como los que precisan de tratamiento ambulatorio. Sí que es cierto, que existen diversos Programas en España como los de Acompañamiento Escolar para aquellos niños que desconocen la lengua, necesitan integrarse, etcétera. Con este Programa estos niños disponen de un acompañamiento o un refuerzo en el colegio a través de técnicos, estudiantes, profesores, etcétera. En nuestro caso se plantea desde otra perspectiva, es decir, más que un acompañamiento para mejorar su rendimiento académico dentro del colegio, supone un acompañamiento emocional, reforzando seguridad y equilibrio, hasta que el escolar se encuentre con la suficiente fuerza emocional para ir sólo, y desenvolverse en un contexto diferente.

Cuando un niño ha estado aislado en un Hospital puede sufrir trastornos emocionales como fobias, frustración, culpabilidad, complejos, inseguridades. Su reincorporación a la vida normalizada se la plantea en ocasiones, no como un reto, sino como un trauma. Aquí es donde cobraría protagonismo nuestro “Docente de Transición”, pues como hemos comentado sus funciones estarían relacionadas con un acompañamiento físico, desde su casa hasta el colegio de origen, así como una preparación emocional ante las posibles cuestiones planteadas por compañeros, profesorado y amigos del centro.

Otra de las funciones planteadas sería el refuerzo escolar de las materias mientras el escolar permanece en clase. Así dicho escolar podrá continuar con total normalidad el proceso de aprendizaje. Por otra parte, se plantea un acompañamiento durante la permanencia en el patio ante posibles estados de malestar ocasionados por el ingreso hospitalario. Asimismo, mediante un Equipo Multidisciplinar formado por Pedagogo, Psicólogo, Trabajador Social y Docente, se podría establecer un asesoramiento hacia las familias, los hermanos, para una mejor adaptación a la vida diaria. Cuando una enfermedad llama a la puerta todo sufre una transformación, y cuando todo vuelve a la normalidad se necesita un tiempo de transición, ajuste y adaptación. Aquí tendría un papel relevante el “Docente de Transición” mediante ayuda a la adaptación, ofrecer refuerzo, orientación académica al niño, etcétera.

- Poder solicitar los Servicios de Atención Educativa Domiciliaria a partir de 15 días de convalecencia, y no a partir de 1 mes como se ha señalado en nuestro estudio. Gracias a los avances en la medicina, actualmente los pacientes están menos tiempo hospitalizados y pasan mayor tiempo en su domicilio recuperándose. Así pues, se considera que un niño con vacío académico causado por los trámites burocráticos, puede producir retrasos a la hora de promocionar de curso.
- Reivindicar que no haya demora de más de 15 días, cuando un escolar enfermo pasa de una Atención Educativa Hospitalaria a Domiciliaria. Por tanto, que dicha solicitud del nuevo Servicio sea instantánea en el momento que el paciente pediátrico sabe que va a ser paciente domiciliario. Para ello, se reivindica a su vez, que los trámites burocráticos para la solicitud del Servicio de Atención

Educativa Domiciliaria no sean tan excesivos. Por tanto, entendemos que debe haber mayor *Dependencia y Coordinación* entre ambos Servicios, AA.HH. y Atención Educativa Domiciliaria, para que no ocasione tanto trámite administrativo. Para finalizar, sugerir que dichas gestiones las realice el colegio de referencia del paciente pediátrico o el equipo que coordina el Programa de Atención Educativa Domiciliaria u Hospitalaria.

- Asistir o atender el Programa de Atención Educativa Domiciliaria con un 100% de personal docente cualificado. Que sus funciones no sean realizadas por otro tipo de personal, perteneciente a otros Programas o mediante Programas Telemáticos, como en el caso de Extremadura. Como se ha mencionado con anterioridad, hasta hace unos años en Comunidades como Andalucía, dicho Servicio estaba cubierto por personal voluntario de la Organización Save The Children. Actualmente, si no hay personal docente suficiente para dicho Servicio se cubre por personal perteneciente al Programa de Acompañamiento Escolar (personal voluntario, estudiantes, técnicos, etc). Con este aspecto, se visualiza que es una carencia todavía reflejada en el siglo XXI. Por tanto, se reivindica un Derecho a la Educación mediante un sistema educativo de calidad, donde no se manifieste este tipo de carencias en algunas CC.AA.
- Demandar mayor número de horas destinadas a cubrir el Servicio de Atención Educativa Domiciliaria. Se consideran insuficientes las horas dedicadas para cubrir el proceso de enseñanza-aprendizaje en los niveles de Primaria, Secundaria, y más todavía en Bachillerato.
- Informar sobre el papel que desarrollan las AA.HH. y la Atención Educativa Domiciliaria a los padres y a los profesores de los Centros de referencia. Son Programas y/o Servicios que pese a presentar ya una trayectoria histórica, especialmente el de AA.HH., todavía son desconocidos por personal docente, pero a su vez por personal sanitario y fundamentalmente por los padres. Supone un aspecto a tener en cuenta para fomentar y dar a conocer sus objetivos, sus finalidades y sus funciones.

- Mejorar la atención educativa hospitalaria en el nivel de 0 a 3 años. Es una etapa educativa que debería estar presente en todas las AA.HH. del país. Cada vez hay más niños, que en edades tempranas visitan estas Unidades Escolares de Apoyo, y también reclaman dicha atención educativa, lúdica y recreativa.
- Homogeneizar la atención educativa de los niveles formativos postobligatorios en todas las CC.AA. Es decir, que dichas enseñanzas no obligatorias consten y queden reflejadas en las normativas reguladoras de cada Autonomía.
- Fomentar el conocimiento y el desarrollo de Proyectos de Tecnologías de la Información y Comunicación, para una mayor interacción entre las Aulas Hospitalarias, la Atención Educativa Domiciliaria, y los Centros de referencia.
- Proporcionar mayor interacción y colaboración entre los organismos oficiales de Educación y Sanidad, ya que ellos son los responsables de las AA.HH. En este aspecto, sugerimos llevar a cabo Proyectos entre diferentes equipos de distintos ámbitos profesionales. Esta mayor interacción supondría, a su vez, otra sugerencia, es decir, que si los docentes de ambos Servicios educativos son partícipes de eventos del ámbito sanitario, como congresos, les sean útiles como méritos de promoción.
- Crear un espacio destinado a la familia haciendo especial hincapié al padre, madre, y la figura de los hermanos. Como se ha observado a lo largo de la investigación, cuando la enfermedad entra en algún miembro de la familia repercute indudablemente en todos ellos, causando desestructura, estrés, psicopatologías, Lizasoain (2000).
- Por otra parte, los recursos materiales y personales que disponga la familia, así como la estructura y la manera de funcionar de la misma, también sufren una modificación. Por tanto, una enfermedad larga y/o crónica repercute notablemente en el sistema familiar ocasionando un cambio.

A su vez, la enfermedad conlleva una superprotección por parte de los padres, así como una permisibilidad hacia el niño enfermo reorganizando el aspecto afectivo y sobre todo la relación padres-hermanos. El niño enfermo pasa a ser el centro de atención de toda la familia, abuelos, tíos, primos pasando los hermanos a formar parte de un segundo plano, sintiéndose rechazados y/o sobrecargados de responsabilidades. Por consiguiente, se reivindica por ello este tipo de atención, olvidada todavía, hacia los padres y hermanos del paciente pediátrico.

Tras haber hecho referencia a una serie de recomendaciones, sugeridas como propuestas de mejora para el desarrollo de dichos Servicios, vamos a definir las futuras líneas de investigación que pretendemos llevar a cabo:

- Atendiendo a mi trayectoria personal como voluntaria y, habiendo formado parte de diversos Programas de Voluntariado, una de las líneas de investigación que me gustaría desarrollar está relacionada con el papel que ejerce el personal voluntario en dicho campo.
- Por otra parte, como miembro de un Proyecto del que formo parte desde hace unos años, y que está relacionado con las TIC en las Aulas Hospitalarias, me gustaría desarrollar a corto plazo alguna investigación afín a este tema.
- Finalmente, un sector importante en el que me gustaría ahondar notablemente hace referencia a los adolescentes de Salud Mental. Es evidente que, cada vez es más abundante la presencia de adolescentes en las plantas de Psiquiatría de los Hospitales públicos y privados de nuestro país. También hay Hospitales como “La Fe” de Valencia que disponen de plantas de pacientes con Anorexia y Bulimia. Sí que es cierto, que es alumnado muy específico de atender educativamente, pero es necesario la presencia de docentes cualificados en la atención a este tipo de escolares. Por consiguiente, uno de los temas que quiero tratar en mis futuras líneas de investigación es la atención educativa a los jóvenes de Salud Mental.

Referencias Bibliográficas

Fuentes Bibliográficas.

- Acciones de Desarrollo (2011). 5 Competencias de la Inteligencia Emocional que debes conocer. Recuperada de <http://accionesdesarrollo.com/5-competencias-de-la-inteligencia-emocional-que-debes-conocer> el 3 de febrero de 2017.
- Arrieta, M. (2014). Pedagogía Hospitalaria, campo y objeto de estudio. En J. González (Coord.), *Memorias I Congreso Internacional de Pedagogía Hospitalaria en Colombia* (pp.88-90). Bogotá, Colombia.
- Ávila, N. (2005) *Diseño y desarrollo de recursos on-line aplicaciones virtuales de arte infantil en contextos hospitalarios* (Tesis doctoral). Recuperada de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/bba/ucm-t28940.pdf>.
- Bayo, P., Valle, S., Insa, M.D., & Ferreras, F.J. (1993): La problemática del niño oncológico en el marco de la LOGSE. *Primeras Jornadas Internacionales de atención multidisciplinar al niño con cáncer*. Valencia: ASPANION.
- Bartón, L. & Tomlinson, S. (Comps.) (1984). *Special Education and Social Interest*. Londres: Croom Helm.
- Beltran, F. (n.d.). Pedagogía Hospitalaria. Recuperado de <http://www.sifiip.com/pedhosp.pdf>
- Blatt, R. & Morris (1984). *Perspectives in special education*. Glenvieww, Illinois: Burton.
- Bisquerra, R. & Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:EducacionXXI-2007numero10-823/Documento.pdf>

Patricia Asensio Ramón

Caballero, S.A.M. (2007). El aula hospitalaria. Un camino a la educación inclusiva. *Investigación educativa*, 11(19), 153-161.

Caballero, P., Álvarez, I., & Álvarez, L. (septiembre, 2014). *Análisis del presupuesto sanitario 2014. ¿Por qué llaman austeridad si quieren decir recortes?* Federación Estatal de Sanidad y Sectores Sociosanitarios. Área de Negociación Colectiva. CC.OO. Recuperado de http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/30/pub130464_ANALISIS_DE_L_PRESUPUESTO_SANITARIO_2014.pdf.

Caballero, A., Manso, J., Matarranz, M., & Valle, J.M. (2016). Investigación en Educación Comparada: Pistas para investigadores noveles. *Revista Latinoamericana de Educación Comparada*, 7(9), 39-56.

Cardone, P., & Monsalve, C. (2010). *Pedagogía Hospitalaria: Una propuesta educativa de FEDUPEL*. Caracas, Venezuela: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.

Casas, F. (2002). Los derechos del niño a la provisión, la protección y la participación. En *IV Congrés europeu de mestres i pedagogs a l'hospital ACPEAH. El futur de la pedagogia hospitalaria* (pp.33-38). Barcelona: Pau Education. ISBN 84-8294-593-9.

Casas, C., Corchero, C., & García, M.M. (2013). *Memoria de actuación de las Aulas Hospitalarias de Badajoz, 2012-2013*. Unidad de Programas Educativos de Badajoz. Gobierno de Extremadura. Recuperado de <http://gset.net/index.php/component/flexicontent/44-aula-hospitalaria/481-aula-hospitalaria> el 14 de febrero del 2015.

Las Aulas Hospitalarias en España. Un estudio comparado de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Extremadura, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana

Casas, C., Corchero, C., & García, M.M. (2014). *Plan de Actuación Anual de las Aulas Hospitalarias de Badajoz, 2012-2013*. Unidad de Programas educativos de Badajoz. Gobierno de Extremadura. Recuperado de <http://gset.net/index.php/component/flexicontent/44aulahospitalaria/481-aula-hospitalaria> el 14 de febrero del 2015.

Castillo, M.D. (2006). Escuela para todos: el Aula Hospitalaria del Complejo Hospitalario de León. En *Actas de las XXIII Jornadas Nacionales de Universidades y Educación Especial. Hacia una educación sin exclusión*. CD-Rom. Murcia: Dpto. de Didáctica y Organización Escolar de la Universidad de Murcia. ISBN 84-932433-6-1

Comunidad de Madrid (n.d.). Aulas Hospitalarias. Recuperada de <http://www.madrid.org/promocion/diver/aulashospitalarias.htm> el 15 de marzo de 2014.

Comunidad Europea (1986). Carta Europea de los Niños Hospitalizados. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, No. 148, 37-38. Resolución de 13 de mayo (doc. A2-25/86).

Corchero, C. (junio, 2014). Vuelta al cole. En C. Corchero, (Dir.), *Revista Sana Sana n°2*. Revista Digital de las Aulas Hospitalarias del Complejo Hic-Mi de Badajoz. Recuperado de <http://v.calameo.com/index.htm> el 30 de enero de 2015.

Dávila, P., & Naya, L. M. (2006). La evolución de los derechos de la infancia: Una visión internacional. *Encounters on Education*, 7, 71-93.

Datosmacro.com (n.d.). Población de las Comunidades Autónomas. Recuperada de <http://www.datosmacro.com/demografia/poblacion/espana-comunidades-autonomas> el 28 de agosto de 2016.

Patricia Asensio Ramón

—(n.d.). Presupuestos de las Comunidades Autónomas. Recuperada de [http://www.datosmacro.com/estado/presupuestos/espana-comunidades autonomas](http://www.datosmacro.com/estado/presupuestos/espana-comunidades-autonomas) el 15 de enero de 2016.

Del Pino, P. (junio, 2013). Cambios en el modelo del Aula Hospitalaria. En C. Corchero (Dir.), *Revista Sana Sana nº1*. Revista Digital de las Aulas Hospitalarias del Complejo Hic-Mi de Badajoz. Recuperado de <http://v.calameo.com/index.htm> el 30 de enero de 2015.

European Association for Children in Hospital–EACH (1988). Carta de Derechos del Niño Hospitalizado. Leiden, Holanda.

El País (mayo, 2007). Elecciones Autonómicas 2007. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2007/autonomicas/ComunidaddeMadrid> el 23 de septiembre de 2014.

— (mayo, 2007). Elecciones Autonómicas 2007. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2007/autonomicas/ComunidadValenciana> el 23 de septiembre de 2014.

— (mayo, 2007). Elecciones Autonómicas 2007. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2007/autonomicas/Extremadura> el 23 de septiembre de 2014.

— (marzo, 2008). Elecciones Autonómicas 2008. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2008/autonomicas/Andalucia> el 23 de septiembre de 2014.

— (marzo, 2009). Elecciones Autonómicas 2009. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/autonomicas/PaisVasco> el 23 de septiembre de 2014.

- (mayo, 2011). Elecciones Autonómicas 2011. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2011/autonomicas/ComunidaddeMadrid> el 23 de septiembre de 2014.
- (mayo, 2011). Elecciones Autonómicas 2011. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2011/autonomicas/ComunidadValencia> na el 23 de septiembre de 2014.
- (mayo, 2011). Elecciones Autonómicas 2011. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2011/autonomicas/Extremadura> el 23 de septiembre de 2014.
- (marzo, 2012). Elecciones Autonómicas 2012. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2012/autonomicas/Andalucía> el 23 de septiembre de 2014.
- (octubre, 2012). Elecciones Autonómicas 2012. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2012/autonomicas/PaísVasco> el 23 de septiembre de 2014.
- (mayo, 2015). Elecciones Autonómicas 2015. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2015/autonomicas/Andalucía> el 28 de agosto de 2016.
- (mayo, 2015). Elecciones Autonómicas 2015. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2015/autonomicas/ComunidaddeMadrid> el 28 de agosto de 2016.
- (mayo, 2015). Elecciones Autonómicas 2015. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2015/autonomicas/ComunidadValenciana> el 28 de agosto de 2016.

Patricia Asensio Ramón

— (mayo, 2015). Elecciones Autonómicas 2015. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2015/autonomicas/Extremadura> el 28 de agosto de 2016

— (septiembre, 2016). Elecciones Autonómicas 2016. Recuperado de <http://resultados.elpais.com/elecciones/2016/autonomicas/PaisVasco> el 07 de enero de 2016.

Espitia, U.I. (noviembre, 2012). *Por una pedagogía hospitalaria de la infancia*. Encuentro Internacional de Educación Hospitalaria. Bogotá.

Fernández Hawrylak, M. (2000). La Pedagogía Hospitalaria y el Pedagogo Hospitalario. *Tabanque*, 15, 139-149.

Fernández Hawrylak, M. (2001). La intervención con padres de niños hospitalizados. En C. Grau & C. Ortiz, *La pedagogía hospitalaria en el marco de la educación inclusiva* (pp.99-127). Málaga: Aljibe.

Fundación Ciudadana (n.d.). ¿Dónde van mis impuestos? Recuperada de <http://dondevanmisimpuestos.es/ccaa> el 15 de enero de 2016.

Fundación Educacional Carolina Labra Riquelme (n.d.). Educación, formación y reinserción del niño, niña o joven hospitalizado y/o en tratamiento ambulatorio. Recuperada en www.felr.cl el 11 de febrero de 2017.

Gabinete Técnico FETE-UGT Enseñanza (enero, 2015). *Presupuestos de Gastos en Educación por Comunidades Autónomas. Evolución periodo 2012-2015*. Recuperado de <http://www.feteugt.es/Data/UPLOAD/asidxo4d.woy.pdf>.

Gándara, S., & Junquera, M. (2006). Volver a la escuela. *Revista de Aulas Hospitalarias*, 3, 16-16. Recuperado de <http://www.educa.jcyl.es/es/temas/atencion-diversidad/revistas-aulas-hospitalarias> el 17 de marzo de 2014.

Las Aulas Hospitalarias en España. Un estudio comparado de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Extremadura, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana

Garmendia, M. (1999). Respuesta educativa a niños y adolescentes con enfermedades crónicas y edad de escolarización obligatoria en la CAPV. *Revista de Servicios Sociales*, 36, 1134-1147.

García Álvarez, A., & Ruiz, G. (2014). El derecho a la educación y la educación para la diversidad: El caso de las escuelas y aulas hospitalarias en Europa. *Journal of supranational policies of education*, 2, 72-92.

García Garrido, J.L. (1982). *Educación Comparada: fundamentos y problemas*. Madrid: Dykinson.

García Ruiz, M.J. (2012). La metodología de la educación comparada e internacional en tiempos de globalización y postmodernismo. En P. Aullón (Ed.), *Metodologías comparatistas y Literatura comparada* (pp.129-141). Madrid: Dykinson.

García Ruiz, M.J. (2013). Creatividad en Educación Comparada en tiempos modernotardíos. En L.M. Lázaro (Ed.), *Lecturas de Educación Comparada e Internacional* (pp.11-24). Departamento Educación Comparada e Historia de la Educación: Universidad de Valencia.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (n.d.). La Fe. Departament de Salut. Unidad Pedagógica Hospitalaria-Escola La Fe. Recuperada de [http:// www.lafe.san.gva.es/ca/unidad-pedagogica hospitalaria](http://www.lafe.san.gva.es/ca/unidad-pedagogica-hospitalaria) el 1 de abril de 2014.

Gobierno Vasco. Departamento de Educación (n.d.). Servicios de apoyo > Centros Territoriales para la Atención Educativa Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa. Recuperada de www.hezkuntza.ejgv.euskadi.eus/r43573/es/contenidos/informacion/did/es_5486/d_c.html el 17 de junio de 2014.

Gobierno Vasco. Departamento de Educación, Universidades e Investigación (n.d.). Centro Territorial para Atención Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa de Guipúzcoa. Recuperada de www.oethgipuzkoa.org el 30 de junio de 2014.

González-Simancas, J.L., & Polaino-Lorente, A. (1990). *Pedagogía Hospitalaria. Actividades educativas en ambientes clínicos*. Madrid: Narcea.

Grau, C. (2001). La organización de los servicios educativos para niños con enfermedades crónicas y de larga duración. En C. Grau, & C. Ortiz, *La pedagogía hospitalaria en el marco de una educación inclusiva* (pp.129-163). Málaga: Aljibe.

Grau, C. & Ortiz, C. (2001). *La Pedagogía Hospitalaria en el marco de una educación inclusiva*. Málaga: Aljibe.

Grau, C. (2004). *Atención educativa al alumnado con enfermedades crónicas o de larga duración*. Málaga: Ediciones Aljibe.

Guillén, M., & Mejía, A. (2002). *Actuaciones educativas en Aulas Hospitalarias. Atención escolar al niño enfermo*. Madrid: Narcea.

Hermo, C. (2009). Experiencias docentes en ámbitos hospitalarios. *Una Investig@ción*, 1(2), 62-75.

Hospital Organisation for Pedagogues in Europe-H.O.P.E. (2000). Carta Europea sobre el Derecho a la Atención Educativa de los Niños y Adolescentes Enfermos. *Asamblea General de la Asociación HOPE*. Barcelona.

Las Aulas Hospitalarias en España. Un estudio comparado de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Extremadura, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana

Junta de Andalucía. Consejería de Educación (n.d.). Colabor@. Entorno Colaborativo. Recuperada de <http://colaboraeducacion.juntadeandalucia.es/educacion/colabora/web> el 08 de abril de 2016.

Junta de Andalucía. Consejería de Educación (2011). *Programa Educativo Revisado por el Hospital Margarita Cabra de Córdoba*. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/nav/contenido.jsp?pag=/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educocompesatoria/aahh/indexaahh&perfil=431> el 23 de abril de 2014.

— (2011). *Programa Educativo Revisado por el Hospital Reina Sofía de Córdoba*. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/nav/contenido.jsp?pag=/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educocompesatoria/aahh/indexaahh&perfil=431> el 23 de abril de 2014.

Junta de Extremadura. Consejería de Educación y Empleo (2017). Aulas Hospitalarias del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Documentos. Recuperada de <http://aulahospitalariaba.educarex.es/index/php/documentos> el 25 de mayo de 2017.

Latorre, M.J., & Blanco, F.J. (2010). Función profesional del pedagogo en centros hospitalarios como ámbitos educativos excepcionales. *Educación XXI*, 13(2), 95-116.

Lansdown, G. (2005). *La evolución de las facultades del niño*. Save the Children/Unicef. Recuperado de www.unicef-icdc.org/publications.pdf.

Lê Thành Khôi (1981). *L, education comparée*. Paris: Armand Colin Éditeur.

- Libertad Digital (octubre, 2015). ¿Qué es el Cupo vasco? Recuperado de <http://www.libremercado.com/2015-10-08/que-es-el-cupo-vasco-12766558772> el 21 de diciembre de 2015.
- Lieutenant, C. (2006). La evolución de las aulas hospitalarias. Un camino por recorrer. En S. Riquelme (Presidencia). *Aulas Hospitalarias. Reflexiones sobre la VIII Jornada de Pedagogía Hospitalaria*. Unesco & Fundación Carolina Labra Riquelme, Chile. ISBN: 978-956-8302-75-7.
- Lizasoáin, O. (2000). *Educando el niño enfermo. Perspectivas de la Pedagogía Hospitalaria*. Pamplona: Ediciones Eunate.
- Lizasoáin, O. (2005). Los derechos del niño enfermo y hospitalizado: El derecho a la educación. Logros y perspectivas. *Estudios sobre Educación*, 9, 189-201.
- Lizasoáin O. (2014). Pedagogía Hospitalaria. Un contexto fuera de contexto. En J. González (Coord.) *Memorias I Congreso Internacional de Pedagogía Hospitalaria en Colombia*, 5-9. Bogotá, Colombia.
- López, I., & Fernández, A. (2006). Hospitalización infantil y atención psico-educativa en contextos excepcionales de aprendizaje. *Revista de Educación*, 34(1), 553-557.
- Manzón, M. (2010). La comparación de espacios. En M. Bray, B. Adamson & M. Mason (Comp.), *Educación comparada. Enfoques y métodos* (pp. 117-158). Buenos Aires-México-Santiago-Montevideo: Granica.
- Medina, R., & Mejías, V. (2008). C.P. Hospital La Fe. *V Jornadas "Aula y TIC"-Hospital Lliurex* (pp.1-14) Gandía.
- Mejía, A. (n.d.). *El maestro de las aulas hospitalarias*. Recuperado de http://aulashospitalarias.es/wiki/index.php?title=El_maestro_de_las_aulas_Hospitalarias el 23 de noviembre de 2016.

Las Aulas Hospitalarias en España. Un estudio comparado de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Extremadura, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana

Mejía, A., Ruiz, P., Estévez, N., Martínez, A & Reyes, M. (2011). Aulas Hospitalarias. Recuperada de <http://www.aulashospitalarias.es> el 21 de diciembre de 2016.

Ministerio de Economía y Hacienda & Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Estudios Fiscales (2005). *Informe para el Análisis del Gasto Sanitario*. Recuperado de http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/libros/Libros_blanco/GastoSanitario.pdf

Ministerio de Educación y Cultura. Centro Nacional de Información y Comunicación Educativa (2006). Las Aulas Hospitalarias. Recuperada de http://ntic.educacion.es/w3/recursos2/atención_diversidad/05_06.htm el 15 de julio de 2014.

Ministerio de Educación y Cultura (2006). Atención Hospitalaria. Recuperada de http://ntic.educacion.es/w3/recursos2/atencion_diversidad/05_06.htm el 15 de julio de 2014.

Ministerio de Educación y Cultura. Centro Nacional de Información y Comunicación Educativa (2006). Necesidades Educativas Especiales: Respuesta a la diversidad. Centro Nacional de Información y Comunicación Educativa (2006). Recuperada de http://ntic.educacion.es/w3/recursos2/atencion_diversidad/05_01.htm el 29 de noviembre de 2014.

Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2016). *Datos y cifras. Curso escolar 2016/2017*. Recuperado de www.mecd.gob.es/servicios/estadisticas/datos-cifras/Datosycifras1617esp.pdf.

- Molina, M^a.C., & Violant, V. (2009). La formación de los profesionales implicados en la pedagogía hospitalaria. *III Jornada Nacional de Pedagogía Hospitalaria en Venezuela: La Educación Prioridad de Vida. "Estrategias operativas para docentes de aulas hospitalarias."* Los Teques, Venezuela.
- Monsalve, C. (2014). La planificación educativa en el contexto hospitalario. En J. González (Coord.) *Memoria I Congreso Internacional de Pedagogía Hospitalaria en Colombia*, 73-80. Bogotá, Colombia.
- Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperada de <http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml> el 28 de marzo de 2014.
- Naciones Unidas (1959). Declaración de los Derechos del Niño. Recuperada de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/4/pr/pr20.pdf>.
- Naciones Unidas (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Recuperada de <http://www.2.ohchr.org/spanish/law/index.htm> el 28 de marzo de 2014.
- Naciones Unidas (2002). Un mundo apropiado para los niños. Recuperado de <https://www.unicef.org/spanish/specialsession/documentation/documents/A-S27-19-Rev1S-annex.pdf>.
- Olivares, J.F., Méndez, F.X., & Ros, M.C. (2002). El entrenamiento de padres en contextos clínicos y de la salud. En V. Caballo, & M. A. Simón (Dir.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos* (pp.127-156) Madrid: Pirámide.
- Ortiz, M^a del C. (1994). Pedagogía Hospitalaria. *Siglo Cero*, 25(5) 155,41-45.
- Ortiz, M^a del C. (1995). Las personas con necesidades educativas especiales. Evolución histórica del concepto. En M.A. Verdugo, *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp.37-74). Madrid: Siglo XXI.

- Ortiz, M^a del C. (1998). Aulas hospitalarias: aulas inclusivas. Universidad de Oviedo (Eds.), *Educación o Diversidad: XV Jornadas Nacionales de Universidades y Educación Especial*. Volumen II (pp.285-299). Universidad de Oviedo, España. ISBN 84-8317-041-8.
- Ortiz, M^a del C. (1999). Formación de los profesionales del contexto hospitalario. *Profesorado, revista de currículum y formación del profesorado*, 3 (2), 1-15.
- Peirats, J., & Granados, J. (2015). Las Unidades Pedagógicas Hospitalarias y el aprendizaje por proyectos de trabajo. *Aula de Encuentro*, 1(17), 187-211. Recuperado de www.auladeencuentro.safa.edu el 25 de agosto de 2016.
- Perandones, E., Van Den Eynde, C., & Ávila, N. (2011). Utilización del campus virtual en el proyecto I+D Curarte. Ampliando horizontes más allá del ámbito universitario a través de la investigación. En A. Sanz, J.A. López, & L.P. Núñez, (Eds.), *VI Jornada Campus Virtual UCM: Campus Virtual crece retos del EES y oportunidades para la UCM* (pp. 48-55). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España. ISBN 978-84-694-40957.
- Peyrard, J.P. (1999). *L'enseignement en milieu hospitalier- La Leucémie ou le complément d'objet direct*. L'Harmattan.
- Plá, N. (2006). Un acompañamiento a medida. En S. Riquelme (Presidencia). *Aulas Hospitalarias: Reflexiones sobre la VIII Jornada de Pedagogía Hospitalaria*. Unesco & Fundación Carolina Labra Riquelme, Chile. ISBN: 978-956-8302-29-40.
- Polaino, A. (1987). *Educación para la Salud*. Barcelona: Herder
- Prats, R. (2002). El tratamiento de la diversidad en el Aula Hospitalaria. En *IV Congrés europeu de mestres i pedagogs a l'hospital ACPEAH. El futur de la pedagogia hospitalaria*, (pp.27-30). Barcelona: Pau Education. ISBN 84-8294-593-9.

Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados (n.d.). Por el Derecho a la Educación de Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados o en Situación de Enfermedad. Recuperada de <http://www.redlaceh.org/> el 23 de febrero de 2017.

Sandoval, M., Simón, C., & Echeita, G. (2012). Análisis y valoración crítica de las funciones del profesorado de apoyo desde la educación inclusiva. *Revista de Educación*, número extraordinario 2012, 117-137.

Serradas, M. (n.d.). Pluridimensionalidad del rol del pedagogo hospitalario. Universidad Nacional Abierta. Recuperado de <http://www.redlaceh.org/DocumentosWeb/idCarp1247060ba99ccc264d5b258df2cced7fa5.pdf>.

Sociedad de Naciones (SDN). Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño, 26 de septiembre de 1924. Recuperada de <http://www.humanium.org/es/ginebra-1924> el 17 de marzo de 2014.

Spitz, R.A. (1946). Hospitalism: a follow up report on an investigation described in 1945. *Psychoanalytic Study of Child*, 2, 113-117.

Tomasevski, K. (2004). *El asalto a la educación*. Barcelona: Intermón Oxfam.

Torralba, F. (2002). Educar desde la vulnerabilidad. Actitudes éticas y excelencia profesional. *IV Congrés Europeu de Mestres i Pedagogs a l'Hospital. ACPEAH. El futur de la pedagogia hospitalaria*, p.13 Barcelona: Pau Education. ISBN 84-8294-593-9.

Ullán, A.M. (2005). Proyecto curarte de juego y creatividad en niños hospitalizados. *Revista de Aulas Hospitalarias*, 2, 4-5.
Recuperado de <http://www.educa.jcyl.es/es/temas/atencion-diversidad/revistas-aulas-hospitalarias> el 18 de marzo de 2014.

Unesco (1990) Conferencia mundial sobre la EPT. Jomtien, Tailandia. Recuperada de <http://www.unesco.org/new/es/education/themes/leading-the-international-agenda/education-for-all/the-efa-movement/jomtien-1990/> el 14 de febrero de 2014.

Unesco & Fundación Carolina Labra Riquelme (2006). *Aulas Hospitalarias. Reflexiones de la VIII Jornada sobre Pedagogía Hospitalaria*. Chile. ISBN: 978-956-8302-75-7.

Urmeneta, M. (2010). *Alumnado con problemas de salud*. Barcelona: Grau.

Urmeneta, M., Rubio, L., Bassaganya, C., Torrentes, A. & Boada, M. A. (2011). *Posa't al seu lloc*. Associació Catalana de Professionals de l'Educació en l'Àmbit Hospitalari (ACPEAH). Una proposta pedagògica d'ACPEAH i el grup de recerca en Educació moral de la Universitat de Barcelona.

Vila, J.I., Barrena, J., & Puerto, F.J. (2013). Aulas Hospitalarias: Espacios educativos inclusivos abiertos a la sociedad. *Trances*, 5 (6), 571-592.

Violant, V., Molina, M.C., & Pastor, C. (2011). *Pedagogía Hospitalaria. Bases para la atención integral*. Barcelona. Laertes.

Violant, V. (2014). Competencias del Perfil Profesional implicado en la atención educativa en situación de enfermedad y hospitalización. En J. González (Coord.) *Memorias I Congreso Internacional de Pedagogía Hospitalaria en Colombia*, 37-42. Bogotá, Colombia.

Fuentes Legislativas.

Circular de 26 de septiembre de 2003, de la Dirección General de Centros Docentes relativa a la organización en los Centros Públicos de Educación Infantil y Primaria y de Educación Secundaria, del Profesorado de apoyo educativo al alumnado con necesidades educativas especiales asociadas a condiciones personales de discapacidad de la Comunidad de Madrid (26.09.2003).

Circular de la Dirección General de Calidad y Equidad Educativa de la Junta de Extremadura (07.06.2011).

Circular de las Direcciones Generales de Educación Infantil y Primaria y de Educación Secundaria y Enseñanza de Régimen Especial para la organización de la atención educativa de los alumnos con Necesidad Específica de Apoyo Educativo con NEE y alumnos de Compensación Educativa en Infantil y Primaria e Institutos de Educación Secundaria de la Comunidad de Madrid (27.07.2012).

Constitución Española. BOE, No. 311.1, (29.12.1978).

Convenio Específico de Cooperación entre la Consejería de Educación y Ciencia y la Consejería de Salud para la Atención Educativa de Niños y Niñas en Edad escolar internados en Centros Hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud (08.07.1998).

Decreto 118/1998, de 23 de junio, del Departamento de Educación y Ordenación del Gobierno Vasco da la respuesta educativa al alumnado con Necesidades Educativas Especiales en el marco de una escuela comprensiva e integradora. BOPV, No. 130 (13.07.1998).

Decreto 167/2003, de 17 de junio, por el que se establece la ordenación de la atención educativa a los alumnos y alumnas con Necesidades Educativas Especiales asociadas a condiciones sociales desfavorecidas. BOJA, No. 118 (23.06.2003)

Las Aulas Hospitalarias en España. Un estudio comparado de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Extremadura, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana

Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad. BOJA, No. 244 (16.12.2005).

Decreto 266/2006, de 26 de diciembre, por el que se crean los Centros Territoriales para la Atención Educativa Hospitalaria, Domiciliaria y Terapéutico-Educativa. BOPV, No. 4 (5. 01. 2007).

Decreto 201/2008, de 2 de diciembre, sobre derechos y deberes de los alumnos y alumnas de los centros docentes no universitarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco. BOPV, No. 240 (21.10.2008).

Decreto 185/2010, de 6 de julio, por el que se aprueba el Acuerdo Regulator de las condiciones de trabajo del personal funcionario docente no universitario de la Comunidad Autónoma de Euskadi. BOPV, No.136, 3455 (16.07.2010).

Decreto 228/2014, de 14 de octubre, por el que se regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de Extremadura. DOE, No. 202 (21.10. 2014).

Documento sobre Aulas Hospitalarias (1991), de la Subdirección General de Educación Compensatoria.

Instrucción de la Dirección General de Formación Profesional y Promoción Educativa por la que se establecen medidas de atención al alumnado con dificultades de escolarización debidas a problemas de salud o pertenencia a familias dedicadas a tareas de temporada o trabajos itinerantes. No. 13, 10 de octubre 2001.

Instrucciones sobre la Organización y Funcionamiento de las Aulas Hospitalarias en la Comunidad Autónoma de Andalucía, 29 de junio de 2007.

Patricia Asensio Ramón

Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria para el funcionamiento de las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias de la Comunidad de Madrid, 9 de diciembre de 2010.

Instrucciones de la Dirección General de Participación y Equidad para la Atención Educativa Domiciliaria destinada al alumnado con imposibilidad de acudir al centro docente por razones de enfermedad, 14 de noviembre de 2013.

Instrucciones de la Dirección General de Participación y Equidad, por la que se establece la Organización y Funcionamiento del Programa de Refuerzo, Orientación y Apoyo en los centros docentes públicos de Andalucía, 29 de septiembre de 2014.

Instrucción 2/2015, se concretan aspectos de Atención a la Diversidad según lo establecido en el Decreto 228/2014, de 14 de octubre, por el que se regula la respuesta educativa a la diversidad en la Comunidad Extremeña, 29 de enero de 2015.

Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria para el funcionamiento del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario en la Comunidad de Madrid, 8 de septiembre de 2014 modificadas por las Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria, 12 de marzo de 2015.

Instrucción de la Dirección General de Política Educativa por la que se regula el funcionamiento de las Unidades Pedagógicas Hospitalarias ubicadas en hospitales públicos de la Comunidad Valenciana para el curso 2015/2016, 22 de septiembre de 2015.

Junta de Extremadura. Consejería de Educación (2011). Plan Marco de Atención a la Diversidad en Extremadura 2011.

Las Aulas Hospitalarias en España. Un estudio comparado de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Extremadura, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana

Ley 13/1982, de 7 de abril, sobre la Integración Social de los Minusválidos. BOE, No. 103 (30. 4.1982).

Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. BOE, No. 238 (4 .10. 1990).

Ley 1/1993, de 19 de febrero, de la Escuela Pública Vasca. BOE, No. 35 (10.02.2012).

Ley 2/1993, de 19 de febrero, de cuerpos docentes de la enseñanza no universitaria de la Comunidad Autónoma del País Vasco. BOE, No. 35 (10.02.2012).

Ley 9/1999, de 18 de noviembre, de Solidaridad en la Educación. BOJA, No. 140 (2.12.1999).

Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación. BOE, No. 307 (24. 12. 2002).

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. BOE, No.106 (4.5.2006).

Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía. BOJA, No. 252 (26.12.2007).

Ley 4/2011, de 7 de marzo, de Educación de Extremadura. DOE, No. 47 (09.03.2011).

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. BOE, No. 295 (10 .12.2013).

Orden de 18 de septiembre por la que se establecen las proporciones de profesionales/alumnos en la atención educativa de los alumnos con necesidades especiales. BOE, No. 236, 28615 (1990).

Patricia Asensio Ramón

Orden de 30 de julio del Consejero de Educación, Universidades e Investigación por la que se establecen los criterios de escolarización del alumno con necesidades educativas especiales y dotación de recursos para la atención en diferentes etapas del sistema educativos. BOPV, No. 164, 15977 (1998).

Orden de 22 de julio por la que se regulan las actuaciones de compensación educativa en centros docentes sostenidos con fondos públicos. BOE, No. 179, 28052 (1999).

Orden 2316/1999 del 15 de octubre, del Consejero de Educación por la que se regula el funcionamiento de las actuaciones de compensación educativa. BOCM, No. 253, 5 (1999).

Orden de 4 de julio, de la Consejería de Cultura, Educación y Deporte, por la que se regulan la atención al alumnado con necesidades de compensación educativa. DOGV, No. 4.044, 19282 (2001).

Orden 992/2002, de 11 de diciembre, de las Consejerías de Educación y Sanidad por la que se establece la colaboración entre ambas Consejerías, para la atención educativa de la población hospitalizada en edad de escolaridad obligatoria. BOCM, No. 19, 41 (2003).

Orden de 14 de marzo de 2005, de la Conselleria de Cultura, Educación y Deporte, por la que se regula la atención al alumnado con necesidades educativas especiales escolarizado en centros que imparten educación secundaria. DOGV, No. 4985, 12385 (2005).

Orden de 25 de julio, por la que se regula la atención a la diversidad del alumnado que cursa la educación básica en los centros docentes públicos de Andalucía. BOJA, No. 167, 7 (2008).

Orden de 18 de marzo, por la que se regula la ordenación de la educación del alumnado con necesidad de apoyo educativo y se regulan los servicios de orientación educativa en el ámbito de gestión del Ministerio de Educación, en las ciudades de Ceuta y Melilla. BOE, No. 83, 31332 (2010).

Orden de 20 de agosto de 2010, por la que se regula la organización y el funcionamiento de las escuelas infantiles de segundo ciclo, de los colegios de educación primaria, de los colegios de educación infantil y primaria y de los centros públicos específicos de educación especial, así como el horario de los centros, del alumnado y del profesorado. BOJA, No. 169,9 (2010).

Real Decreto 2639/1982, de 15 de octubre, de ordenación de la educación especial. BOE, No. 253 (22.10.1982).

Real Decreto 1174/1983, de 27 de abril, sobre educación compensatoria. BOE, No. 112 (11.05.1983).

Real Decreto 334/1985 de 6 de marzo de ordenación de la educación especial. BOE, No. 65 (16.03.1985).

Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales. BOE, No, 131 (2.06.1995).

Real Decreto 299/1996 de 28 de febrero, de ordenación de las acciones dirigidas a la compensación de desigualdades en educación. BOE, No. 62 (12 .03.1996).

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. BOE, No. 289 (3.12.2013).

Resolución de 3 de julio de 1998 de la Secretaría General Técnica por la que se da publicidad al Convenio suscrito entre el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de la Salud para la atención educativa a los niños hospitalizados. BOE, No. 179 (28. 07. 1998).

Resolución de 11 de junio de 2001, por la que se dictan instrucciones de la Dirección General de Promoción Educativa, relativas al seguimiento y evaluación del alumnado hospitalizado o con convalecencia prolongada. BOCM, No. 161 (11.06.2001).

Resolución de 21 de julio de 2006 de la Viceconsejería de Educación, por la que se dictan Instrucciones para la organización de las actuaciones de compensación educativa modificada por la Resolución de 10 de julio de 2008 y 26 de marzo de 2012. BOCM, No. 192 (14.08.2006).

Resolución de 10 de julio de 2008 de la Viceconsejería de Educación, por la que se dictan Instrucciones para la organización de las actuaciones de compensación educativa. BOCM, No. 186 (6.08.2008).

Resolución de 26 de marzo de 2012, de la Viceconsejería de Educación, por la que se modifican parcialmente las Resoluciones de 10 de julio de 2008 y de 21 de julio de 2006, por las que se dictan instrucciones para la organización de las actuaciones de compensación educativa. BOCM, No 102 (30.04.2012).

Resolución de la Viceconsejería de Educación sobre la organización del curso 2015-2016 en los Institutos de Educación Secundaria del Departamento de Educación, Política Lingüística y Cultura del Gobierno Vasco (11.03.2015).

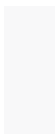
Anexos

Entrevista realizada en los Hospitales tomados de referencia.

- ¿Qué nombre tiene este Aula Hospitalaria?
- ¿Cuántas unidades escolares hay en este Hospital?
- ¿Cuántos docentes sois en este Aula?
- ¿Cuál es el Equipo que compone dicha unidad?
- ¿Qué niveles educativos atendéis y/o quiénes son sus destinatarios?
- ¿Este Aula dedica atención educativa a niños del Hospital de Día, UCI, etcétera?
- ¿Cuál es el Horario del Aula y cómo organizáis las materias curriculares?
- ¿Qué Perfil profesional, tanto básico como específico se exige a los docentes para ocupar dichos puestos?
- ¿Cómo se accede al puesto?
- ¿Hay formación inicial antes de entrar en dichas unidades escolares?
- ¿Hay formación permanente una vez ocupáis el puesto, y existe enseñanza permanente específica en dicho ámbito?
- ¿Qué contacto mantenéis con los tutores de los Centros de referencia de los alumnos?
- ¿Qué papel desempeñan en las Aulas Hospitalarias las nuevas tecnologías?
- ¿Qué especialidades médicas demandan más la atención educativa?
- ¿Hay Ciberaula “La Caixa” en este Hospital?
- ¿Se ha desarrollado desde este Hospital algún proyecto educativo o proyecto de innovación?
- ¿De vuestra experiencia en el Aula y en dicho ámbito, qué aspectos consideraréis podían ser mejorados o replanteados?
- ¿Algo que resulta de vuestro interés que pudiera constar en esta entrevista?
- ¿Mantenéis reuniones periódicas los profesores de las Aulas Hospitalarias de esta Comunidad?

- ¿De quién depende vuestra Aula Hospitalaria? ¿Y los docentes de quién dependéis?
- ¿Qué aspectos positivos y negativos observáis por esta dependencia?
- ¿Cómo está organizada la Atención Educativa Domiciliaria en esta Comunidad y de quién depende?
- ¿Cómo os organizáis y cómo es el funcionamiento del Aula desde primera hora de la mañana?
- ¿Cómo os coordináis con el Centro de referencia y qué seguimiento soléis realizar?
- ¿Qué relación tenéis con el personal sanitario? ¿Manteneis reuniones puntuales con dicho personal o por el contrario son reuniones periódicas?
- ¿Quién ofrece el espacio y el equipamiento del Aula?
- ¿De quién depende la evaluación? ¿Quién realiza los exámenes y quién pone la calificación final del alumnado enfermo?

Anexos Andalucía



ANEXO I

SOLICITUD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS (PADRE/MADRE O TUTOR/A LEGAL):.....

DNI:..... PROFESIÓN:.....

DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIÓN:

DOMICILIO:.....

LOCALIDAD:..... CÓDIGO POSTAL:.....

PROVINCIA:..... TELÉFONOS DE CONTACTO:.....

EXPONE que:

Mi hijo/hija..... de de edad,

escolarizado en curso, del centro educativo.....

de la localidad....., presenta el siguiente problema de salud:

.....
.....

(Consiguar, en su caso, fechas, ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas, tratamientos, convalencia, ...etc.)

SOLICITA:

Atención Educativa Domiciliaria.

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA:

-
-

En, a de de 200...

Fdo.:

SR./A.DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA DELEGACIÓN DE EDUCACIÓN DE **CÁDIZ**

IV. DATOS SOBRE LA HISTORIA PERSONAL Y ESCOLAR. ANTECEDENTES

INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD DEL ALUMNO/A SOBRE SU DESARROLLO PERSONAL Y SOBRE EL CONTEXTO FAMILIAR

INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD EN EL APRENDIZAJE DEL ALUMNO/A (Escolarización, Asistencia al Centro, Apoyos recibidos)

V. SINTESIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

Desarrollo cognitivo, Desarrollo de la comunicación y el lenguaje, Desarrollo psicomotor, Datos médicos y sanitarios/historia médica, otros aspectos.

VI. ORIENTACIONES

Propuesta de atención, intervención, inclusión en el Programa de Atención Educativa Domiciliaria

- Temporalización.
- Recursos humanos.
- Recursos materiales.
- Tipos de actividades.
- Facilitar contactos sociales con sus iguales (clase, barrio, etc).

VII. NIVELES DE COMPETENCIA CURRICULAR.

- a) Adecuado
- b) Retraso en algunas áreas:.....
- c) Retraso generalizado
- d) Otras:.....

En caso de que el alumno necesite una atención específica en algunos contenidos concretos de las áreas curriculares (centrarse en las áreas instrumentales) detállese por área dichos contenidos:

- ÁREA LOGICO-MATEMÁTICA / ÁMBITO CIENTIFICO-TÉCNICO:

- ÁREA LENGUA CASTELLANA Y LITERATURA / AMBITO SOCIO-LINGÜÍSTICO:

- OTRAS (Conocimientos del Medio, idiomas,)

- OBSERVACIONES:

VIII. DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR AL PROTOCOLO:

(señalar los que se entregan).

OBLIGATORIOS:

- 1.- Instancia de los responsables familiares solicitando la Atención Domiciliaria al Ilmo/a Delegado/a de Educación.
- 2.- Informe médico que atiende al alumno donde se especifique la enfermedad que padece y el tiempo previsible en el domicilio.
- 3.- Protocolo de Atención Domiciliaria cumplimentado por el E.O.E. de la zona o Departamento de Orientación del IES.

OPCIONALES:

- 1.- Informe del Profesor/tutor, especificando aquellos aspectos, tanto escolares como personales, que deben ser conocidos por el maestro de atención domiciliaria.
- 2.- ACI. en el que caso de que la tuviera.
- 3.- Programas específicos.
- 4.- Otros informes de otros profesionales o Instituciones de interés para el caso.

En _____ a de _____ del 2.00

(*) Fdo.: _____

() Firma y referencia (Equipo de Zona / IES) del Orientador que realiza el informe (E.O.E. / D.O.)*

Fuente: Instrucciones de la Dirección General de Participación y Equidad para la Atención Educativa Domiciliaria destinada al alumnado con imposibilidad de acudir al centro docente por razones de enfermedad, 14 de noviembre de 2013.

ANEXO III

INFORME DE PROGRESO DEL ALUMNADO ATENDIDO EN DOMICILIO

Con el objeto de que el centro educativo donde está escolarizado el alumnado esté informado de los progresos de este/a y se pudiera valorar el trabajo realizado durante su convalecencia a efectos de evaluación parcial y/o final, se emitirá un informe por parte de los profesores con detalle de los contenidos trabajados por áreas y la correspondiente valoración. De este modo, para conseguir la consecución de los objetivos fundamentales del programa, los centros educativos a los que pertenezcan los alumnos y alumnas atendidos conocerán y valorarán el aprendizaje de estos durante todo el proceso de la atención educativa domiciliaria, y evaluarán siempre que sea posible a sus alumnos utilizando los cauces de coordinación necesarios con el profesorado de atención domiciliaria.

INFORME DE EVALUACIÓN

Nombre del profesor:.....

Organismo al que pertenece.....

Alumno/a:..... Edad..... Nivel..... Etapa.....

Fecha del comienzo de la atención:.....

Nº de horas que se atiende semanalmente.....

Reuniones de Coordinación mantenidas con el centro educativo.

Fechas, asistentes y contenidos de la reunión :

A) Áreas y contenidos trabajados con el alumno/a:

- ÁREA DE MATEMÁTICAS / ÁMBITO CIENTIFICO-TÉCNICO:

- ÁREA DE LENGUA / ÁMBITO SOCIO-LINGÜÍSTICO:

- OTRAS

OBSERVACIONES:

B) Valoración del trabajo realizado por el alumno/a en relación a los contenidos desarrollados:

- Instrumentos específicos aplicados para la evaluación del alumno (exámenes, pruebas específicas, cuestionarios, trabajos, seguimiento y observaciones...):

- Valoración final:

Propuestas de mejoras en la intervención con el alumno/a:

NOTA: Adjuntar como anexo toda aquella documentación e información que sea necesaria para conocer la evolución del alumno o alumna en relación con la atención educativa recibida en domicilio.

Firma y Sello

Fuente: Instrucciones de la Dirección General de Participación y Equidad para la Atención Educativa Domiciliaria destinada al alumnado con imposibilidad de acudir al centro docente por razones de enfermedad, 14 de noviembre de 2013.

Anexos Extremadura



ANEXO II
AUTORIZACIÓN PARA APOYO EDUCATIVO EN AULA HOSPITALARIA

Don/Doña _____

con DNI _____ como padre/madre/tutor del alumno/a:

escolarizado/a en el centro educativo _____
en el curso _____ de _____

AUTORIZA

A su hijo/a a que asista al Aula Hospitalaria de Badajoz en este curso _____ y/o reciba apoyo educativo por parte de las profesoras de este Aula.

El alumno estará hospitalizado aproximadamente _____ días en la _____ planta habitación _____ de este centro hospitalario.

En Badajoz, a ____ de _____ de 201

Fdo.: _____

ANEXO II
AULAS HOSPITALARIAS M. INFANTIL E INFANTA CRISTINA DE BADAJOZ

1



**ANEXO IV
INFORME DEL CENTRO EDUCATIVO PARA EL AULA HOSPITALARIA**

DATOS PERSONALES DE LA ALUMNA O DEL ALUMNO			
Apellidos			
Nombre			
Fecha de nacimiento			
Curso académico		Nivel educativo	
Centro matriculado			
Domicilio			
Localidad			
Teléfono			
DATOS DEL CENTRO EDUCATIVO			
Nombre del Centro			
Localidad			
Dirección			
Teléfono			
Persona de contacto			
Horario disponible			
Correo electrónico			
DATOS DEL TUTOR			
Nombre			
Apellidos			
Horario atención			
Teléfono			
Correo electrónico			
DESARROLLO PERSONAL Y EDUCATIVO DEL ALUMNO/A			
Consigne únicamente aquellos datos relevantes para el desarrollo de la atención educativa del A.H.: NCC, Estilo de Aprendizaje, Motivación e intereses, Adaptación e			

ANEXO IV
AULAS HOSPITALARIAS COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

1

Fuente: Junta de Extremadura. Consejería de Educación y Empleo (2017). Aulas Hospitalarias del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Documentos. Recuperada de <http://aulahospitalariaba.educarex.es/index.php/documentos> el 25 de junio de 2017.



**ANEXO V
ACTA DE COORDINACIÓN CON LA FAMILIA**

Fecha	
Nombre Alumno/a	
Curso escolarización	
Nombre Padres	
Asistentes	
Motivo reunión	
Contenidos reunión	
Acuerdos y pautas de intervención	

En Badajoz a ____ de _____ del 2 ____

FIRMA DE LOS ASISTENTES

ANEXO V
AULAS HOSPITALARIAS COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ



**ANEXO VI
ACTA DE COORDINACIÓN CON EL TUTOR**

Fecha	
Lugar de reunión	
Motivo	
Asistentes	
Motivo reunión	
Contenidos reunión	
Acuerdos y pautas de intervención	

En Badajoz a ____ de _____ del 201__

FIRMA DE LOS ASISTENTES

**ANEXO VI
AULAS HOSPITALARIAS COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ**

Fuente: Consejería de Educación y Empleo-Junta de Extremadura (2017). Aulas Hospitalarias del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Documentos. Recuperado de <http://aulahospitalariaba.educarex.es/index.php/documentos> el 25 de junio de 2017.



ANEXO VII PLAN DE TRABAJO INDIVIDUALIZADO	
ORGANIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE EN LA ATENCIÓN EDUCATIVA HOSPITALARIA O DOMICILIARIA	
Responsables	
Actividades individuales	
Actividades en grupo	
Métodos de Trabajo	
Distribución de tiempos por áreas/ materias, actividades	

ANEXO VII
AULAS HOSPITALARIAS COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ



**ANEXO VIII
INFORME SEGUIMIENTO DEL AULA HOSPITALARIA PARA EL CENTRO**

DATOS PERSONALES DE LA ALUMNA O DEL ALUMNO	
Apellidos	
Nombre	
Fecha de nacimiento	
Curso académico	
Centro matriculado	
Domicilio	
Localidad	
Teléfono	
DATOS DEL AULA HOSPITALARIA	
Apellidos Profesora	
Nombre Profesora	
Aula Hospitalaria	
Localidad	
Teléfono	
Fax	
Correo Electrónico	
Periodo de atención escolar al que se refiere el informe	
VALORACIÓN DEL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE	
ÁREA DE LENGUA CASTELLANA.	Valoración/Evolución

ANEXO VIII
AULAS HOSPITALARIAS COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

Fuente: Consejería de Educación y Empleo-Junta de Extremadura (2017). Aulas Hospitalarias del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Documentos. Recuperado de <http://aulahospitalariaba.educarex.es/index.php/documentos> el 25 de junio de 2017.



**ANEXO IX
INFORME FINAL DEL AULA HOSPITALARIA PARA EL CENTRO DE REFERENCIA**

DATOS PERSONALES DE LA ALUMNA O DEL ALUMNO		
Apellidos		
Nombre		
Fecha de nacimiento		
Curso académico	Nivel educativo	
Centro matriculado		
Domicilio		
Localidad		
Teléfono		
Persona de contacto		
Horas disponibles		
Correo electrónico		
DATOS DEL AULA HOSPITALARIA		
Apellidos Profesora		
Nombre Profesora		
Aula Hospitalaria		
Localidad		
Teléfono		
Fax		
Correo electrónico		
Periodo de atención escolar al que se refiere el informe		
VALORACIÓN DEL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE		
ÁREA DE LENGUA CASTELLANA: Competencias, objetivo, contenido o actividad.	Consecución	

ANEXO IX
AULAS HOSPITALARIAS COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

Fuente: Junta de Extremadura. Consejería de Educación y Empleo (2017). Aulas Hospitalarias del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Documentos. Recuperada de <http://aulahospitalariaba.educaex.es/index.php/documentos> el 25 de junio de 2017.



**ANEXO X
AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE IMÁGENES**

Desde el Aula Hospitalaria (AH) solicitamos su consentimiento para poder publicar las imágenes que con carácter pedagógico sean realizadas a sus hijos/as, individualmente o en grupo, en las actividades lectivas, complementarias o extraescolares.

Don/Doña _____
con DNI _____ como padre/madre/tutor del alumno:

que asiste al Aula Hospitalaria de Badajoz en este curso _____
autoriza a un uso pedagógico de las imágenes, en las que aparece dicho alumno/a y que han sido realizadas en actividades lectivas, complementarias y extraescolares organizadas por el AH. Estas imágenes serán publicadas en revistas destinadas a difusión educativa.

En Badajoz, a ____ de _____ de 201

Fdo.: _____

ANEXO X
AULAS HOSPITALARIAS COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

1



**ANEXO XI
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA PADRES Y MADRES**

Esta encuesta es totalmente anónima y confidencial, en ella le solicitamos complete con una X las casillas para indicar su grado de satisfacción con la atención recibida por su hijo/a en el Aula Hospitalaria. Su opinión es importante para nosotros, nos ayuda a mejorar. Gracias por su colaboración.

ITEMs	GRADO DE SATISFACCIÓN		
	NADA	POCO	MUCHO
1.- La acogida al aula hospitalaria ha sido de su agrado.			
2.-Le ha resultado positiva la información proporcionada a los/as alumnos/as sobre las actividades y funcionamiento del AH			
3.- La atención por parte de las maestras del AH ha sido satisfactoria.			
4.-El estado de las aulas es de su agrado.			
5.-El estado del material es satisfactorio.			
6.-Grado de satisfacción de sus hijos/as con las actividades realizadas.			
7.-Considera importante un horario de tutorías de atención a familias.			
8.-La comunicación con las profesionales del AH ha sido fluida			
9.-La relación y ambiente con sus maestras y compañeros ha sido de su agrado.			
10.-Si su hijo ha participado en el Proyecto "¿Qué tal hospital?" señale en qué grado le ha gustado.			
11.-Añada cualquier otra valoración que considere de especial relevancia que debamos conocer: sugerencias, propuestas de mejora, ¿cómo piensa que podríamos mejorar?			
Badajoz, ____ de _____ de 20__			

ANEXO XI
AULAS HOSPITALARIAS COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ
1



**ANEXO XIII
ACTA DE COORDINACIÓN INTERDISCIPLINAR**

Fecha	
Lugar de reunión	
Motivo	
Asistentes	
Motivo reunión	
Contenidos reunión	
Acuerdos y pautas de intervención	

En Badajoz a ____ de _____ del 201__

FIRMA DE LOS ASISTENTES

**ANEXO XIII
AULAS HOSPITALARIAS COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ**

1



**ANEXO XV
RENUNCIA AL APOYO EDUCATIVO EN AULA HOSPITALARIA**

Don/Doña _____

con DNI _____ como padre/madre/tutor del alumno/a:

escolarizado/a en el centro educativo _____

en el curso _____ de _____

RENUNCIA

A que su hijo/a asista al Aula Hospitalaria del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz en este curso _____ y/o reciba apoyo educativo por parte de las profesoras de este Aula.

El alumno estará hospitalizado aproximadamente _____ días en la _____ planta habitación _____ de este centro hospitalario.

En Badajoz, a ____ de _____ de 201

Fdo.: _____

ANEXO XV
AULAS HOSPITALARIAS COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

1

Anexos Comunidad de Madrid

ANEXO I

SOLICITUD DEL SERVICIO DE APOYO EDUCATIVO DOMICILIARIO

DATOS DEL ALUMNO

Apellidos: _____ Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
Centro: _____ Localidad: _____
Curso y etapa en el que se encuentra escolarizado: _____

DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR

Nombre y apellidos: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ CP: _____
Correo electrónico: _____ Teléfonos: _____

SOLICITAN que le sea concedido el Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario durante el periodo de convalecencia de su hijo.

JUSTIFICAN por medio del correspondiente informe médico la imposibilidad de su hijo para asistir con regularidad a las clases en su centro educativo.

AUTORIZAN, en el caso de los alumnos con trastornos de salud mental, que los profesores que atienden a su hijo se coordinen, si fuera necesario, con el médico especialista de referencia.

SE COMPROMETEN A:

1. Respetar el horario acordado con el Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario, avisando con la suficiente antelación cuando, por causas debidamente justificadas, el alumno no pueda recibir el apoyo educativo.
2. Asegurar la permanencia de algún familiar, mayor de edad, en el domicilio durante dicho horario.
3. Proporcionar un lugar y condiciones adecuados en el domicilio para el trabajo de docencia directa.
4. Realizar el seguimiento de las actividades educativas de su hijo, siguiendo las indicaciones de los profesores del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario.
5. Facilitar la reincorporación del alumno al centro educativo en cuanto sea posible.

El incumplimiento de los compromisos adquiridos será causa de suspensión del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario.

El padre/madre/tutor legal

Fdo.: _____

ILMO. SR. DIRECTOR DEL ÁREA TERRITORIAL DE MADRID- _____

ANEXO III

INFORME DEL CENTRO EDUCATIVO DE REFERENCIA PARA EL PROFESOR DEL SAED

El alumno _____ ,
escolarizado en el Centro _____ ,
de la localidad de _____ , ha solicitado ser atendido
por el Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario.

Adjunto se remite la programación con las adaptaciones curriculares y las orientaciones que se
consideran necesarias para continuar con su proceso educativo.

_____ , a _____ de _____ de 20 _____

Sello del centro

VºBº del Director

El Tutor

Fdo.: _____

Fdo.: _____

ILMO. SR. DIRECTOR DEL ÁREA TERRITORIAL DE MADRID- _____

ANEXO IV

COMUNICACIÓN AL PROFESOR SAED DEL INICIO DE LA ATENCIÓN EDUCATIVA

DATOS DEL ALUMNO Apellidos: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Curso y etapa en el que se encuentra escolarizado: _____ Domicilio: _____ Localidad: _____ Teléfono: _____

DATOS DEL CENTRO Nombre: _____ Código: _____ Tipo de centro _____ Localidad/Distrito: _____ Nombre y apellidos del director: _____ Correo electrónico: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
--

DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR Nombre y apellidos: _____ Domicilio: _____ Localidad: _____ CP: _____ Correo electrónico: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
--

Se comunica que la fecha de comienzo de la atención será el: _____ de _____ de 20 ____

DÍAS Y HORAS DE ATENCIÓN

--

Los documentos que se deberán cumplimentar son los siguientes:

- Informe diario.
- Informe de evaluación final de la atención educativa domiciliaria para la DAT(Anexo VI).
- Informe de evaluación final para el centro educativo del alumno (Anexo XI).

_____, a ____ de _____ de 20 ____

El Responsable del SAED.

Fdo.: _____

ANEXO V

COMUNICACIÓN AL CENTRO EDUCATIVO DE REFERENCIA DE LA CONCESIÓN DEL SAED

DATOS DEL ALUMNO	
Apellidos: _____	
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Centro: _____	
Curso y etapa en el que se encuentra escolarizado: _____	
Domicilio: _____	
Localidad: _____	Tel.: _____
Tiempo previsto de atención domiciliaria: _____	

Le comunico que la solicitud del alumno de referencia, respecto a la prestación del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario, ha sido estimada favorablemente.

Le ruego facilite la coordinación y la información necesarias para dar continuidad al proceso educativo de acuerdo con las *Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria para el funcionamiento del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario*.

Profesores del SAED asignados y horarios lectivos:

Nombre y apellidos	Horario
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Estos profesores se encuentran adscritos al Centro Educativo/Aula Hospitalaria _____
Localidad _____

Dirección _____
teléfonos _____ Correo electrónico _____

_____, a ____ de _____ de 20 ____

El responsable del SAED

Fdo.: _____

ANEXO VI

COMUNICACIÓN A LA FAMILIA DE LA CONCESIÓN DEL SAED

Con fecha _____ se concede el servicio de apoyo educativo domiciliario para el alumno _____ escolarizado en el curso _____ de Educación _____ (Primaria, Secundaria, etc.) durante _____ horas semanales.

Los profesores asignados para desarrollar la docencia en su domicilio son:

D./D^a _____

D./D^a _____

Los días y horas en las que acudirán los profesores al domicilio familiar son:

--

Les recordamos su compromiso de:

1. Respetar el horario acordado con el Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario avisando con la suficiente antelación cuando, por causas debidamente justificadas, el alumno no pueda recibir el apoyo educativo.
2. Asegurar la permanencia de algún familiar, mayor de edad, en el domicilio durante dicho horario.
3. Proporcionar un lugar y condiciones adecuados en el domicilio para el trabajo de docencia directa.
4. Realizar el seguimiento de las actividades educativas de su hijo, siguiendo las indicaciones de los profesores del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario.
5. Facilitar la reincorporación del alumno al centro educativo en cuanto sea posible.

Igualmente, les recordamos que el incumplimiento de los compromisos adquiridos será causa de suspensión del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario.

_____, a ____ de _____ de 20 ____

El responsable del SAED de Madrid- _____

Padre/madre/tutor legal

Recibí fecha _____

Fdo.: _____

Fdo.: _____

ANEXO VII

INFORME DE LA DAT PARA LA CONCESIÓN DEL SAED A ALUMNOS CON BAJAS INTERMITENTES INFERIORES AL MES

Recibida la solicitud de intervención del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario presentada por D./D^a _____ en calidad de padre/madre/tutor legal del alumno _____ que, según se recoge en el informe médico, faltará a sus clases de manera intermitente por un periodo de _____ meses, esta Dirección de Área Territorial considera procedente/no procedente(*) la prestación del SAED debido a los siguientes motivos

Observaciones

_____, a _____ de _____ de 20____

VºBº del Jefe del Servicio de la
Unidad de Programas Educativos

Asesor responsable

Fdo.: _____

Fdo.: _____

(*) Táchese lo que no proceda

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA

Fuente: Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria para el funcionamiento del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario en la Comunidad de Madrid, 8 de septiembre de 2014, modificadas por las Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria para el funcionamiento del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario, 12 de marzo de 2015.

ANEXO IX

INFORME SEMANAL DE LA ATENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA

Profesor SAED _____

Alumno _____

<p>Día _____ de _____ de 20____</p> <p>¿Se ha cumplido el horario previsto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Causas de la variación del horario</p> <p>Breve descripción de la actividad (Área/materia y aspectos trabajados).</p> <p>Observaciones</p>	<p>Día _____ de _____ de 20____</p> <p>¿Se ha cumplido el horario previsto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Causas de la variación del horario</p> <p>Breve descripción de la actividad (Área/materia y aspectos trabajados).</p> <p>Observaciones</p>
<p>Día _____ de _____ de 20____</p> <p>¿Se ha cumplido el horario previsto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Causas de la variación del horario</p> <p>Breve descripción de la actividad (Área/materia y aspectos trabajados).</p> <p>Observaciones</p>	<p>Día _____ de _____ de 20____</p> <p>¿Se ha cumplido el horario previsto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Causas de la variación del horario</p> <p>Breve descripción de la actividad (Área/materia y aspectos trabajados).</p> <p>Observaciones</p>

El profesor del SAED

El familiar responsable en el domicilio

Fdo.: _____

Fdo.: _____

ANEXO X

INFORME FINAL DEL PROFESOR DEL SAED

Profesor _____

Alumno _____

Curso _____ Centro de referencia _____

Fecha de inicio de la atención _____ Finalización _____

Fechas de contacto con el tutor

--

Colaboración del centro ALTA MEDIA BAJA

Actitud del alumno COLABORADORA NORMAL PASIVA

Actitud de la familia COLABORADORA NORMAL PASIVA

Observaciones

--

Horario de atención (indicar horario y áreas/materias)

--

Total de días de atención domiciliaria _____

Breve informe del apoyo realizado y valoración de los resultados

--

El profesor del SAED

Fdo.: _____

ILMO. SR. DIRECTOR DEL ÁREA TERRITORIAL DE MADRID- _____

ANEXO I

COMUNICADO DE INCORPORACIÓN AL AULA HOSPITALARIA

Sr. Director del centro _____,
le comunico que con fecha _____, el alumno
_____, escolarizado en el centro educativo
que usted dirige, se ha incorporado al Aula Hospitalaria de _____.

De acuerdo con las *Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria para el funcionamiento de las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias*, se indican los documentos relativos al citado alumno que deben ser cumplimentados y remitidos, a la mayor brevedad, al Aula Hospitalaria:

1. Informe del equipo docente (Anexo II).
2. Propuesta de actividades que deberá realizar el alumno en aquellas áreas/materias/módulos, etc., en las que no recibe apoyo directo en el Aula Hospitalaria.

Una vez se haya recibido la documentación anteriormente mencionada, un miembro del equipo educativo del Aula Hospitalaria se pondrá en contacto con usted para informarle de la situación del alumno y establecer la coordinación entre ambos centros.

Para cualquier aclaración puede ponerse en contacto con el Aula Hospitalaria en el teléfono _____, en horario de _____, o en la siguiente dirección de correo electrónico: _____.

_____, a _____ de _____ de 20 ____

Sello del centro

El Director/Coordinador del Aula Hospitalaria

Fdo.: _____

ANEXO II

**INFORME DEL CENTRO EDUCATIVO DE REFERENCIA PARA EL EQUIPO DOCENTE DEL
AULA HOSPITALARIA**

El alumno _____ ,
escolarizado en el Centro _____ de
la localidad de _____ , está siendo atendido en el Aula
Hospitalaria _____ .

Adjunto se remite la programación con las adaptaciones curriculares y las orientaciones que se
consideran necesarias para continuar con su proceso educativo.

_____ , a _____ de _____ de 20 _____

Sello del centro

VºBº del Director

El Tutor

Fdo.: _____

Fdo.: _____

DIRECTOR/COORDINADOR DEL AULA HOSPITALARIA _____

ANEXO III

**INFORME SOBRE EL PROCESO EDUCATIVO DURANTE EL PERIODO DE ASISTENCIA
AL AULA HOSPITALARIA PARA EL CENTRO DE REFERENCIA**

<p>DATOS DEL ALUMNO</p> <p>Apellidos: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Curso y etapa en el que se encuentra escolarizado: _____ Domicilio: _____ Localidad: _____ Tel.: _____</p>
<p>DATOS DEL CENTRO</p> <p>Nombre: _____ Código: _____ Tipo de centro¹: _____ Localidad/Distrito: _____ Nombre y apellidos del director: _____ Correo electrónico: _____ Teléfono: _____ Fax: _____</p>
<p>DATOS DEL AULA HOSPITALARIA</p> <p>Aula Hospitalaria: _____ Domicilio: _____ Localidad/Código Postal: _____ Tel.: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____ Periodo de atención escolar al que se refiere el informe: _____</p> <p>Nombre y apellidos Profesor 1: _____ Nombre y apellidos Profesor 2: _____</p>

¹ Indique si es público, concertado o privado.

Anexos País Vasco

ANEXO I

AL DECRETO 266/2006, DE 26 DE DICIEMBRE

Ámbito geográfico: TERRITORIO HISTORICO DE ÁLAVA.

CENTRO TERRITORIAL DE ATENCIÓN EDUCATIVA HOSPITALARIA,
DOMICILIARIA Y TERAPÉUTICO-EDUCATIVA.

SEDE: VITORIA-GASTEIZ.

PLANTILLA:

- Director/a.
- Profesor o profesora de apoyo de atención hospitalaria.
- Profesor o profesora de apoyo de atención hospitalaria.
- Profesor o profesora de apoyo de atención domiciliaria.
- Profesor o profesora de apoyo de atención domiciliaria.
- Profesor o profesora de apoyo de Unidad Terapéutico Educativa.
- Profesor o profesora de apoyo de Unidad Terapéutico Educativa.
- Profesor o profesora de apoyo de Unidad Terapéutico Educativa.

Ámbito geográfico: TERRITORIO HISTORICO DE BIZKAIA.

CENTRO TERRITORIAL DE ATENCIÓN EDUCATIVA HOSPITALARIA,
DOMICILIARIA Y TERAPÉUTICO-EDUCATIVA.

SEDE: BILBAO.

PLANTILLA:

- Director/a.
- Profesor o profesora de apoyo de atención hospitalaria.
- Profesor o profesora de apoyo de atención hospitalaria.
- Profesor o profesora de apoyo de atención hospitalaria.
- Profesor o profesora de apoyo de atención hospitalaria.
- Profesor o profesora de apoyo de atención domiciliaria.
- Profesor o profesora de apoyo de atención domiciliaria.
- Profesor o profesora de apoyo de atención domiciliaria.
- Profesor o profesora de apoyo de Unidad Terapéutico Educativa.

Patricia Asensio Ramón

- Profesor o profesora de apoyo de Unidad Terapéutico Educativa.
- Profesor o profesora de apoyo de Unidad Terapéutico Educativa.
- Profesor o profesora de apoyo de Unidad Terapéutico Educativa.

Ámbito Geográfico: TERRITORIO HISTORICO DE GIPUZKOA
CENTRO TERRITORIAL DE ATENCIÓN EDUCATIVA HOSPITALARIA,
DOMICILIARIA Y TERAPÉUTICO-EDUCATIVA
SEDE: DONOSTIA-SAN SEBASTIAN.

PLANTILLA:

- Director/a.
- Profesor o profesora de apoyo de atención hospitalaria.
- Profesor o profesora de apoyo de atención hospitalaria.
- Profesor o profesora de apoyo de atención hospitalaria.
- Profesor o profesora de apoyo de atención domiciliaria.
- Profesor o profesora de apoyo de atención domiciliaria.
- Profesor o profesora de apoyo de Unidad Terapéutico Educativa.
- Profesor o profesora de apoyo de Unidad Terapéutico Educativa.
- Profesor o profesora de apoyo de Unidad Terapéutico Educativa.



SOLICITUD DE ASISTENCIA PEDAGÓGICA DOMICILIARIA

(Padres/Tutores)

D./Dña _____

Dirección: _____

Teléfono: _____, siendo padre/madre o tutor del alumno/a
_____ matriculado en el
centro _____.

JUSTIFICAN, mediante justificante médico adjuntado a esta petición, la imposibilidad de su hijo/a a asistir regularmente a la escuela, y

SOLICITAN la intervención del servicio de Asistencia Pedagógica Domiciliaria, con la intención de continuar con la escolarización del alumno/a de la manera más normalizada posible.

SE COMPROMENTEN a acordar y respetar los siguientes puntos:

- El horario acordado con el servicio.
- La presencia de un adulto durante ese horario.
- Disponer en un lugar adecuado para poder realizar la intervención educativa.

En _____, a _____ de _____ del ____

Padre/ madre/ tutor



ETXEZ ETXEKO IRAKASLAGUNTZA ESKAERA (IKASTETXEA)

_____ jn.ak/and.ak

_____ ikastetxeko zuzendariak

Udalerria: _____, Helbidea: _____

Telefonoa: _____, jarraian aipatzen den ikaslearen aldeko Etxez etxeko

irakaslaguntza zerbitzua, **ESKATZEN DU:**

1.- IKASLEAREN DATUAK	
1.1.- DEITURAK, <i>Izena:</i> _____, _____, <i>Jaiotze data:</i> _____	
1.2.- ESKOLATZEA: <i>Etap:</i> _____, <i>Maila:</i> _____, <i>Hezkuntza eredu:</i> _____	
1.3.- BIZITOKIA:	
<i>Helbidea:</i> _____, <i>Udalerria:</i> _____,	
<i>Telefonoa:</i> _____	
2.- HEZKUNTZA PREMIAK	
2.1.- <i>Gainditu gabeko arlo edo mailak:</i> _____	
2.2.- <i>Hezkuntza premia bereziak (Mugitzeko aparatuak, CNE, curr. aniztasuna, berariazko esku hartzerako proiektua, etab.)</i> _____	
2.3.- <i>Exentzioak eta beste berezitasun batzuk:</i> _____	

O.E.T-H GIPUZKOA Umieta bidea,2 - 20160 Lasarte-Oria Tel: 943369103 / Fax: 943368969 / e-mail:0133393aa@hezkuntza.net

Fuente: Gobierno Vasco. Departamento de Educación, Universidades e Investigación (n.d.). Procedimiento de Solicitud. Recuperado de www.oethgipuzkoa.org el 30 de julio de 2014.

Anexos Comunidad Valenciana



ANNEX I / ANEXO I

DADES DE L'ALUMNE O ALUMNA QUE S'INCORPORA A LA UPH
DATOS DEL ALUMNO O ALUMNA QUE SE INCORPORA A LA UPH

1. DADES DE L'ALUMNE O ALUMNA / DATOS DEL ALUMNO O ALUMNA			
Cognoms /Apellidos:		Nom /Nombre:	
Data de naixement /Fecha de nacimiento:		Nacionalitat/Nacionalidad:	
Domicili /Domicilio:		Localitat/Localidad:	
Telèfon /Teléfono:		Nivell que cursa en el seu centre: Nivel que cursa en su centro:	NIA:
Correu electrònic de la família /Correo electrónico de la familia:			

2. DADES DEL CENTRE EN QUÈ ES TROBA ESCOLARITZAT L'ALUMNE O ALUMNA DATOS DEL CENTRO EN EL QUE SE ENCUENTRA ESCOLARIZADO EL ALUMNO O ALUMNA			
Nom del Centre: Nombre del Centro:		Codi: Código:	
Titularitat: Titularidad:		Domicili: Domicilio:	
Localitat: Localidad:		Codi Postal: Código Postal:	Província: Provincia:
Telèfon / Teléfono:		Fax:	eMail:
Nom i cognoms del director o directora: Nombre y apellidos del director o directora:			
Nom i cognoms del tutor o tutora de l'alumne o alumna: Nombre y apellidos del tutor o tutora del alumno o alumna:			
Tutor/a de l'Atenció Domiciliària: Tutor/a de la Atención Domiciliaria:		Telèfon: Teléfono:	Correu electrònic: Correo electrónico:
OBSERVACIONS/OBSERVACIONES:			

3. DADES D'INCORPORACIÓ A LA UPH / DATOS DE INCORPORACIÓN A LA UPH			
Data d'incorporació: Fecha de incorporación:		Especialitat mèdica d'ingrés: Especialidad médica de ingreso:	
Data de finalització de l'estada: Fecha de finalización de la estancia:		Dies d'atenció: Días de atención:	
ALTRA INFORMACIÓ D'INTERÉS / OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS			
OBSERVACIONS/OBSERVACIONES:			

En _____, a _____ de _____ de 20_____

ANNEX II / ANEXO II

CONSENTIMENT DE LA FAMÍLIA PER A L'INTERCANVI D'INFORMACIÓ AMB EL CENTRE EDUCATIU EN EL QUE ESTÀ ESCOLARITZAT L'ALUMNE O ALUMNA

CONSENTIMIENTO DE LA FAMILIA PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CON EL CENTRO EDUCATIVO EN EL QUE ESTÁ ESCOLARIZADO EL ALUMNO O ALUMNA

En/ Na: _____ **amb DNI:** _____
D. / Dña.: _____ **con DNI:** _____

com a pare, mare o tutor/a legal de: _____
como padre, madre o tutor/a legal de: _____

direcció: _____ **telèfon:** _____
dirección: _____ *teléfono:* _____

escolaritzat/da en el centre educatiu: _____ **de la localitat de:** _____
escolarizado/a en el centro educativo: _____ *de la localidad de:* _____

done el meu consentiment perquè els docents de la Unitat Pedagògica Hospitalària de l'Hospital:
doy mi consentimiento para que los docentes de la Unidad Pedagógica Hospitalaria del Hospital:

es posen en contacte amb el centre educatiu de referència del meu fill/a, a fi d'informar-los de la seua hospitalització i atenció per part de la dita unitat, així com establir les vies de coordinació i intercanvi d'informació necessaris entre ambdós centres.

se pongan en contacto con el centro educativo de referencia de mi hijo/a, con el fin de informarles de su hospitalización y atención por parte de dicha unidad, así como establecer los cauces de coordinación e intercambio de información necesarios entre ambos centros.

En _____ **, a** _____ **de** _____ **de 20** _____

Firma: _____

Fuente: Instrucción de la Dirección General de Política Educativa por la que se regula el funcionamiento de las Unidades Pedagógicas Hospitalarias ubicadas en Hospitales públicos de la Comunidad Valenciana para el curso 2015/2016, 22 de septiembre de 2015.

ANNEX III / ANEXO III

COMUNICACIÓ AL CENTRE EN QUÈ ES TROBA ESCOLARITZAT L'ALUMNE O ALUMNA DE LA SEUA INCORPORACIÓ A LA UPH, I SOL·LICITUD INICIAL DE DOCUMENTACIÓ

COMUNICACIÓN AL CENTRO EN EL QUE SE ENCUENTRA ESCOLARIZADO EL ALUMNO O ALUMNA DE SU INCORPORACIÓN A LA UPH, Y SOLICITUD INICIAL DE DOCUMENTACIÓN

A/A del director/a del centre educatiu:

A/A del director/a del centro educativo: _____

Li comuniquem que, amb data:

l'alumne/as:

Le comunicamos que, con fecha:

el alumno/a: _____

escolaritzat en el centre educatiu referit més amunt, s'ha incorporat a la Unitat Pedagògica Hospitalària de:
 escolarizado en el centro educativo referido arriba, se ha incorporado a la Unidad Pedagógica Hospitalaria de: _____

En conseqüència, en virtut del que estableix l'article tercer, punt 1 apartat b, de la de l'Ordre de 21 de novembre de 2006 de la Conselleria de Cultura, Educació i Esport, per la qual es determinen els criteris i procediments per a l'atenció hospitalària i domiciliària de l'alumnat que requereix compensació educativa en educació primària i educació secundària obligatòria, li sol·licitem que, tan ràpidament com siga possible, ens remeta la documentació que a continuació es detalla:

En consecuencia, en virtud de lo establecido en el artículo tercero, punto 1 apartado b, de la de la Orden de 21 de noviembre de 2006 de la Conselleria de Cultura, Educación y Deporte, por la que se determinan los criterios y procedimientos para la atención hospitalaria y domiciliaria del alumnado que requiera compensación educativa en educación primaria y educación secundaria obligatoria, le solicitamos que, a la mayor brevedad posible, nos remita la documentación que seguidamente se detalla:

1. Informe de la tutora o tutor de l'alumne o alumna, en el que, breument, es precisen els aspectes més transcendents pel seu potencial implicació en la resposta educativa a les seues necessitats, que s'haja de planificar i implementar conjuntament entre l'equip docent del mateix i la UPH, relatius, almenys, a la seua situació socioafectiva i emocional; aspectes sociofamiliars; nivell actual de competència curricular; aspectes actitudinals i motivacionals; si és el cas, necessitats específiques de suport educatiu; així com, en funció de tot l'anterior, recomanacions de materials i metodològiques.

1. Informe de la tutora o tutor del alumno o alumna, en el que, brevemente, se precisen los aspectos más trascendentes por su potencial implicación en la respuesta educativa a sus necesidades, que se deba planificar e implementar conjuntamente entre el equipo docente del mismo y la UPH, relativos, al menos, a su situación socioafectiva y emocional; aspectos sociofamiliares; nivel actual de competencia curricular; aspectos actitudinales y motivacionales; si es el caso, necesidades específicas de apoyo educativo; así como, en función de todo lo anterior, recomendaciones de materiales y metodológicas.

2. Detall prioritizat segons la programació de les diferents àrees i matèries que cursa l'alumne o alumna, de les tasques i activitats concretes que està realitzant, i que ha de continuar a curt termini, açò és, en els dies següents a l'hospitalització o, segons el cas, en la setmana o quinzena corresponent.

2. Detalle priorizado según la programación de las diferentes áreas y materias que cursa el alumno o alumna, de las tareas y actividades concretas que está realizando, y que debe continuar a corto plazo, esto es, en los días siguientes a la hospitalización o, según el caso, en la semana o quincena correspondiente.

Una vegada rebuda la documentació esmentada, ens posarem en contacte amb vostres des de la Unitat Pedagògica Hospitalària per a informar-vos de la situació de l'alumne/a i establir la coordinació entre ambdós centres.

Una vez recibida la documentación citada, nos pondremos en contacto con ustedes desde la Unidad Pedagógica Hospitalaria para informarles de la situación del alumno/a y establecer la coordinación entre ambos centros.

Per a qualsevol aclariment poden posar-se en contacte amb la Unitat Pedagògica Hospitalària en el telèfon:

Para cualquier aclaración pueden ponerse en contacto con la Unidad Pedagógica Hospitalaria en el teléfono: _____

en horari de:

o en la següent adreça de correu electrònic:

en horario de: _____

o en la siguiente dirección de correo electrónico: _____

Atentament/ Atentamente

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

El Coordinador/a de la UPH

Segell del Centre/ Sello del centro

Firma: _____



ANNEX IV / ANEXO IV

FITXA DE SEGUIMENT DIARI DE TASQUES I ACTIVITATS EXERCIDES AMB CADA ALUMNE O ALUMNA EN LA UPH
FICHA DE SEGUIMIENTO DIARIO DE TAREAS Y ACTIVIDADES DESARROLLADAS CON CADA ALUMNO O ALUMNA EN LA UPH

ALUMNE / ALUMNO: _____ NIVELL / NIVEL: _____ CURS / CURSO: _____ 20 ____ / 20 ____

DILLUNS LUNES	DIMARTS MARTES	DIÈCRES MIÉRCOLES	DIJOUS JUEVES	DIVENDRES VIERNES

Fuente: Instrucción de la Dirección General de Política Educativa por la que se regula el funcionamiento de las Unidades Pedagógicas Hospitalarias ubicadas en Hospitales públicos de la Comunidad Valenciana para el curso 2015/2016, 22 de septiembre de 2015.

