

ESCUELAS PARA NIÑOS HOSPITALIZADOS COMO UN INDICADOR DE LA JUSTICIA SOCIAL: UNA PROPUESTA DE ANÁLISIS MACRO POLÍTICA¹.

Alessandra Barros²

La existencia de profesores y espacios de enseñanza/aprendizaje en las enfermerías de hospitales que atienden a niños y a adolescentes ha sido ampliamente afirmada como un derecho de estos individuos, frente a la innegable contribución que esta modalidad de atención les da en su desarrollo integral, cuando estos se encuentran en situación de riesgo. Cuando se asocia a la mejoría del estado clínico y al aumento de la adhesión a los tratamientos médicos, la existencia de escuelas en los hospitales se afirma, entonces, en sus funciones terapéuticas. Cuando se la asocia favoreciendo la continuidad de los estudios y de la adquisición de las habilidades y competencias esperadas para la edad del joven paciente, se indica a la escuela hospitalaria por sus funciones educativas y, debido a esto, se la reafirma como un derecho.

Aquellos profesores que trabajan o que trabajaron con niños y con adolescentes hospitalizados saben bien lo que puede llegar a significar, al límite, la expresión de ese derecho. Pues, a veces, cuando el pronóstico que se anuncia es el óbito, la meta más probablemente alcanzada no es la conclusión de un ciclo de estudios, sino, solamente, y no por eso apenas, el ejercicio inalienable de lo que se llama simplemente un derecho: aquello que nos iguala en oportunidades. Derecho ese el cual, una concepción instrumental de educación, orientado hacia demandas inmediatas de formación para el trabajo, tal vez interprete casi como un capricho.

Lo que propongo en este artículo es que probemos medir, para cada país, la cobertura de escuelas hospitalarias: esta singular y significativa expresión de prioridad hacia la infancia y de asunción de la educación como principio humanizador.

Lo que sugiero de aquí en adelante son modos de ejecutar esta medida, no bajo la forma lista de una ecuación, sino al menos bajo las premisas analíticas que permitirían el cotejamiento de este particular indicador de justicia social.

En este sentido, empiezo aclarando que tal cobertura presume, antes de todo, la densidad de escuelas hospitalarias. Por densidad se debe entender la relación entre el número absoluto de éstas y la población de un país. Transformar un valor apreciable a partir de una razón de proporción permite corregir discrepancias extremas, en casos en que se compara este valor

¹ El trabajo presentado en el " II Jornada Nacional de Pedagogía Hospitalaria en Venezuela " y " Segunda Reunión de la Junta Directiva de la Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de los niños, niñas y jóvenes hospitalizados y/o en tratamiento médico ", en Los Teques/Miranda, Venezuela, entre los días 21 y 26 de abril de 2008. La investigación que precedía este trabajo fue financiada con recursos de CNPq - Consejo Nacional del Desarrollo Científico y Tecnológico del Gobierno Brasileño.

² Sanitarista, doctor en antropología, profesor de la universidad federal de la Bahía (UFBA) y coordinador del centro de estudios (www.cerelepe.faced.ufba.br). Av. Reitor Miguel Calmon, s/n - Faculdade de Educação – Térreo. Campus do Canela / Salvador – BA. Brasil - cep 40.110.100 - Tel.: (55 21 71) 3283-7231 e-mail: alssb@ufba.br

con otros. Así, al compararse, por ejemplo, la cantidad de escuelas hospitalarias existentes en Finlandia con la cantidad de estas escuelas existentes en Brasil, partiríamos del número absoluto, pero compararíamos el número relativo. De esta forma, no incurriríamos en el error de juzgar que Finlandia, porque tiene 18 escuelas hospitalarias, estaría dedicando una inversión menor a la escolarización en hospitales que Brasil, que tiene 120 de éstas. Pues, tomándose en cuenta que la población de Brasil es de 180 millones de habitantes y que la de Finlandia es de solamente 5 millones, no sería posible decir, con tanta facilidad, que Finlandia tiene un número menor de escuelas hospitalarias a disposición de sus niños y adolescentes hospitalizados.

Este principio necesario de ponderación de los valores absolutos de las escuelas hospitalarias, cuando se compara un país con otro, requiere, aún, la consideración de que diferentes países alrededor del mundo poseen perfiles demográficos bastante diversos unos de los otros. Así, pues, mientras Brasil posee cerca del 30 % de su población en la faja etaria de 0 a 19 años, Finlandia posee apenas el 18 % (con proyecciones de un porcentaje menor en el futuro, teniendo en cuenta la baja tasa de natalidad). De este modo, mejor aún que, en vez de comparar un país con el otro en lo respectivo a la oferta de escolarización en hospitales, lo hagamos teniendo en cuenta la proporción estimada de jóvenes de cada país.

Así, Brasil, con sus 54 millones de adolescentes y niños en edad escolar, tal vez no posea realmente tantos espacios de escolarización en hospitales como Finlandia, que dispone de 18 escuelas para un contingente potencial de jóvenes pacientes oriundos de un universo de poco menos de un millón de niños y adolescentes. En verdad, esta rápida comparación nos diría que **Finlandia tiene, proporcionalmente, cerca de ocho veces más escuelas hospitalarias que Brasil.**

Un mayor refinamiento interpretativo de esta comparación deberá considerar, también, que diferentes países, independientemente del tamaño de su población joven, hospitalizan más o menos niños y adolescentes. Lo hacen de esta forma, principalmente, debido a la oferta de lechos, en este caso, de lechos pediátricos. De modo general, cuanto mayor sea la oferta de lechos, mayor será la posibilidad de internación. En Brasil, existen 64.548 lechos pediátricos hospitalarios, los cuales, sin embargo, han sido progresivamente reducidos debido a la falta de recursos de manutención, de insumos y de profesionales.

No obstante, se debe entender por oferta de lechos no solamente la simple existencia física de estos, sino, también, el acceso en relación a la gratuidad. Así, pues, en Brasil, el 63 % de las internaciones totales se realizan en hospitales públicos y el 36,6 % en hospitales privados. Pero el acceso, en relación a la proximidad geográfica es igualmente relevante. Así, incluso distancias muy pequeñas, que incluyen gastos de transportes para las familias, provocan importantes reducciones en la probabilidad de atención.

Además de considerar a las instituciones hospitalarias propiamente dichas, cuando se trata de la apreciación de las posibilidades de internación de un individuo, se deben tomar en cuenta, también, las características de la red de asistencia a la salud, en el sentido más amplio, de un país. Esto se debe a que la atención en servicios de cuidado básico – puestos de salud, ambulatorios y programas de salud de la familia – cumple el papel de identificar y de encaminar demandas para internación hospitalaria, que de otro modo no se atenderían. En este sentido, un niño que llega a internarse para la realización de un procedimiento

quirúrgico en el corazón, por ejemplo, lo hace porque, antes que nada, tuvo tal demanda identificada. La atención en servicios de cuidado básico puede, además, prevenir el surgimiento y/o evitar el agravamiento de los problemas de salud y, por lo tanto, reducir la demanda de servicios de mayor complejidad – los hospitales. Así, por ejemplo, países que ofrecen, con regularidad y calidad, cobertura de asistencia prenatal y de parto, que no es el caso de Brasil, administran una menor demanda de internaciones de niños con parálisis cerebral, entre otros agravios.

Sin embargo, una internación hospitalaria es un evento aún más complejo desde el punto de vista de las variables que en él influyen. Además de las características señaladas, que pueden diferir significativamente entre un país y otro, también el perfil epidemiológico de una población es un factor importante en la conformación de los modelos asistenciales hospitalarios.

De este modo, se puede decir que diferentes países, más allá del tamaño de su población joven, hospitalizan a más o menos niños y adolescentes debido a las diferentes enfermedades que atacan a esta población, o de las diferentes tasas de incidencia de una misma enfermedad. De este modo, distintos perfiles de morbilidad en la infancia y la juventud determinan diferentes tipos y cantidades de internaciones hospitalarias para cada país. Y, en un contexto de competencia por un número limitado de lechos, situación por la que pasan muchos países periféricos, la ocupación de estos se da por las enfermedades más predominantes y/o por las de tratamiento más prolongado.

En Brasil, 457.388 niños de entre 5 y 9 años y 1.314.408 adolescentes de entre 10 y 19 años fueron internados en hospitales públicos en el año 2005. En Brasil, las causas de hospitalización más frecuentes de niños de entre 5 y 9 años son las enfermedades en el sistema respiratorio (que representan casi el 30 % de las hospitalizaciones en esa edad) seguidas por las enfermedades transmisibles (representando el 18 %), con énfasis en la diarrea y en otras enfermedades intestinales. Entre los adolescentes del sexo femenino, las causas más frecuentes son las complicaciones en el embarazo o en el parto (70 %), las enfermedades en el aparato genitourinario (5 %) y las enfermedades en el aparato respiratorio. Adolescentes del sexo masculino son internados debido a lesiones, fracturas y envenenamientos, provenientes de accidentes y violencia (30 %), por enfermedades en el aparato respiratorio (12 %) y por enfermedades en el aparato digestivo (10 %).

Así, volviendo a la comparación inicial que aproximó Brasil a Finlandia, podemos decir que los niños de este segundo país, además de que, numéricamente, representan una porción menor, cuando se los compara con la distribución de la infancia en la población brasileña, cuando se enferman y son internados lo hacen mucho más debido a enfermedades como cáncer, diabetes, asma y por algunas enfermedades crónicas, como la fibrosis quística – bastante común en poblaciones blancas caucásicas. Estas enfermedades, aunque también se dan en un escenario como el brasileño, compiten por espacios en los lechos con las enfermedades más típicas del perfil sanitario de este país, entre las cuales cabe destacar, también, aquellas determinadas por la herencia genética de la población, en este caso la anemia falciforme, más común en poblaciones descendientes de africanos.

Aun las diferencias culturales entre países carecen de consideración cuando se trata de sus perfiles sanitarios. Así, pues, un país como Brasil tiene, en su faja etaria de entre 10 y 19 años, una alta incidencia de internaciones resultantes de embarazos, no solamente porque son deficientes sus programas de educación en salud, sino probablemente porque su legislación no permite el aborto. Niñas francesas o portuguesas, por otro lado, si quedan embarazadas en la adolescencia, pueden optar por el aborto, sin necesidad de practicarlo clandestinamente, lo que no somete su salud a los agravios resultantes de ello.

El planeamiento y la gestión de los servicios de asistencia hospitalaria de un país deben, por lo tanto, contemplar esas variables cuando se trata de la dimensión de la atención a la salud y, en diálogo con el sector educativo, prever la cobertura ideal de escuelas hospitalarias. Si lo hacen adecuadamente, entonces, se puede decir – con base en este indicador social también – que serían países justos desde el punto de vista de la garantía del derecho incondicional a la educación.

No obstante, si queremos comparar países en este aspecto, es importante destacar que las distancias en crecimiento y desarrollo económico que separan radicalmente a los países centrales de los países periféricos pueden hacer inconmensurable una inversión real en la oferta de escolarización en hospitales.

En consecuencia, así como para comparar órdenes de grandezas diferentes se necesita ajustarlas a una base común, es necesario que, en este recorrido explicativo que propone la medida de la densidad de escuelas hospitalarias como indicador de justicia social, así lo hagamos a partir de la segmentación de los países por grupos. Un primer grupo de países, que tendrían sus coberturas de escolarización hospitalaria comparadas, sería aquel cuyos IDH's – Índices de Desarrollo Humano – se situasen en la faja de 0 a 0,5. El segundo grupo en la faja de 0,5 a 0,8 y el tercer grupo de países comparados en relación a la justeza de su cobertura de escuelas hospitalarias sería aquel de IDH's superior a 0,8. El ejercicio comparativo partiría, así, de contextos y conjeturas ya establecidas de conquistas ampliadas en derechos de ciudadanía y equidad social.

El Reino Unido, por ejemplo, es un país que, teniendo apenas 60 millones de habitantes y una pirámide etaria anómala para nuestros patrones, consigue contabilizar 30 escuelas hospitalarias, en parte porque no necesita destinar recursos para sanar enfermedades sanitarias. En su escenario de salud no se debate más con problemas como la mortalidad infantil, allí reducida a solo cinco niños que mueren antes de completar un año de edad, por cada 1.000 nacidos vivos. Además, porque reconocen los derechos de ciudadanía de su población, y entre estos los derechos de la infancia, es que se obligan a invertir tanto en las condiciones que garantizan los bajos índices de mortalidad infantil, como en aquellas que llevaron a la reducción extrema del analfabetismo, prácticamente erradicado en el Reino Unido.

Indicadores como el IDH y la puntuación del PISA, pasan a ser, de este modo, manifestaciones redundantes de esa conjetura. La gran disponibilidad de escuelas hospitalarias para la población infantil hospitalizada ganaría, igualmente, el peso de una constatación obvia. Sin embargo, hay que cotejar si, de hecho, todas las naciones que

reúnen esas mejores e ideales condiciones económicas y sociales, realmente cumplen el deber de asistir a sus niños integralmente.

Resultado de movilización política y de una coyuntura socioeconómica favorable, el hecho de que niños enfermos tengan el derecho de continuar aprendiendo dentro de un hospital es, sin embargo, también una causa, además de una consecuencia, de las plataformas democráticas de esas naciones. Pues, en la simpleza de sus números, que poco representan cuando se compara con la cobertura normal de un sistema regular de enseñanza, esas escuelas hospitalarias recuerdan, continuamente, a los ciudadanos y a sus representantes electos, los presupuestos implícitos que fundan aquellos programas de los gobiernos.

En consecuencia, si las treinta escuelas hospitalarias del Reino Unido son o no suficientes, se juzgará a partir de la comparación de este país con otros que gozan de semejantes condiciones de infraestructura y que, en los términos aquí sugeridos, comparten la misma faja de IDH. Hagámoslo así, entonces, aproximando el Reino Unido (IDH 0,928) a **Finlandia** (IDH 0,930). Este segundo país del que, para facilitar el cálculo aquí, se estimó su población joven en 1 millón de habitantes, tiene 18 escuelas hospitalarias: lo que representa cerca de **seis veces más que las 30 escuelas que el Reino Unido** dispone para sus 10 millones de niños y adolescentes.

Por consiguiente, en vez de comparar a Brasil con Finlandia, compararíamos a Brasil con Venezuela, por ejemplo. Esta aproximación nos diría, en principio, que, teniendo Venezuela cerca de 7,5 millones de niños y adolescentes, sus 14 escuelas hospitalarias representan, en términos de cobertura, casi lo mismo (un poco menos) que lo que las 120 escuelas hospitalarias brasileñas representan para Brasil y sus 54 millones de niños y adolescentes.

Pero entonces, si comparamos ahora a Brasil con Chile, confirmaremos cuán distante de un ideal de justicia social se coloca Brasil en términos de oferta de escuelas hospitalarias. Pues **Chile**, con sus 4 millones de niños y adolescentes ofrece, a través de sus 18 escuelas hospitalarias, **seis veces más que Brasil**.

Comparar países que están dentro de una misma faja de IDH nos llevaría a aproximar a Argentina (IDH 0,844) y a Chile (IDH 0,867), ambos países latinoamericanos, a Finlandia, una vez más, como ejemplo. El hecho de que Chile ostente una excelente posición en el ranking del PISA, el 1º entre todos los países de América Latina, nos insta a reafirmar la posibilidad de compararlo con Finlandia. Así, pues, si en relación a Brasil, Chile posee una cobertura bastante mayor de escuelas hospitalarias, no lo hace, por otro lado, cuando se lo compara con Finlandia. En relación a este país, **Chile y las 18 escuelas hospitalarias disponibles para sus 4 millones de niños y adolescentes aún representan 4 veces menos que las correspondientes a Finlandia**.

Cabe aseverar que este ejercicio de aproximación entre países se presentó aquí apenas como una breve ilustración del poder analítico de la propuesta. Tal ejercicio no podría prescindir, según sugieren los argumentos aquí expuestos, de una sofisticación analítica que agregase a estos cálculos otros indicadores que, al calificar las respectivas tasas de ocupación promedio de los lechos pediátricos, traerían un mejor ajuste a la comparación.

Naciones que alcanzan el sentido primero y tal vez el más verdadero de la educación, la eligen como prioridad en sus agendas de gobierno. Así, expresan cuando la consideran una opción incondicional, pues se niegan a exponerla a presupuestos insuficientes, metas a corto plazo o a cuantificaciones intangibles. Les ofrecen educación a todos sus niños, indistintamente.

Como resultado de un recorrido coherente de inversiones en saneamiento urbano, en generación de empleo y de renta, en el combate de epidemias, en la alfabetización de las mujeres, en la producción de divisas, pero sobre todo, en la búsqueda de una ecuación menos desigual de esas riquezas, estas nociones alcanzan un éxito mutuo y de retroalimentación en la erradicación tanto de enfermedades como del analfabetismo. Por eso, casi hacen que parezca, a los ojos de las naciones que no logran romper la circularidad de la relación pobreza, ignorancia y exclusión social, que la implantación – en número suficiente – de espacios de enseñanza/aprendizaje en hospitales para niños es un lujo posible apenas para gestores públicos que ya sanaron otras demandas más urgentes.

Que así sea, el hecho es que, en la práctica tal vez este ideal se esté cumpliendo más en unos países que en otros. De esto deriva, entonces, la necesidad de apreciación de la cobertura de escuelas hospitalarias de cada país. La medición que aquí se propone, siempre que sea en los términos que se sugiere ajustar, visibilizaría, incluso, el mérito eventual de un país empeñado en extender su cobertura de escolarización en hospitales, hasta entonces ocultada por la insuficiencia de recursos para los sectores de salud y educación, preponderantemente.

Aquella última estrategia de ajuste analítico aplicable al indicador de cobertura de escuelas hospitalarias cumpliría, igualmente, el papel de evitar la culpabilidad de países –muchos de América Latina y del Caribe –ya victimados por el endeudamiento y por la dependencia económica resultantes de la sumisión a países centrales; dominación esta que expresa el contrapunto de la riqueza y pujanza material de muchas de las naciones europeas.

Corregiría aún, tal vez, aberraciones resultantes de situaciones en las cuales un país, eventualmente poseedor de una gran cobertura de escuelas hospitalarias, porque antes de más nada referido a un gran contingente de niños y adolescentes enfermos e internados, fuese concebido como un país justo.

Finalizo este artículo, clamando por una mayor unión de esfuerzos intelectuales entre pedagogos, sociólogos, sanitaristas, psicólogos, demógrafos, científicos políticos y administradores, entre otros, en relación a la producción de más iniciativas de macro análisis como ésta y, principalmente, en relación al perfeccionamiento de ésta. La consolidación de las escuelas hospitalarias en el horizonte de los derechos de ciudadanía de los niños y de los adolescentes de todos los países depende, entre muchas otras cosas, de la capacidad de aquellos que ejecutan la escolarización en los hospitales y/o la justifican teóricamente, de hacer oír la importancia de esta modalidad de atención. La importancia está afirmada tanto por la escolarización hospitalaria en sí misma, como por las contribuciones que ella suma a otras instancias y fóruns de protección a la infancia y a la juventud.

Referencias

CASTRO, M. S. M. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(4): 987-998, 2006

CASTRO, M. S. M., TRAVASSOS, C., CARVALHO, M. C. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 2005;39(2):277-84

OLIVEIRA, E.X.G. TRAVASSOS, C, CARVALHO, M. S. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: S298-S309, 2004

NASCIMENTO, E. M. R., MOTA, E., COSTA, M. C. N. Custos das internações de adolescentes em unidades da rede hospitalar integrada ao SUS em Salvador, Bahia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2003; 137-145.

RUMEU, O.L., LINACERO, B.O., MORRÁS, A.S. Parámetros comunes em la pedagogia hospitalaria europea. In: **Acta IV Congrés Europeu de mestres i pedagogs a l'hospital**. P.A.U. Education, setembre de 2002.

UNESCO. **Aulas Hospitalarias**: reflexiones de la VIII Jornada sobre Pedagogia Hospitalaria. Santiago de Chile – 22 y 23 de agosto de 2006. Unesco/Fundación Carolina Labra Riquelme.