

Pedagogía Hospitalaria: Oportunidades y Desafíos Curriculares

VI Encuentro Académico Virtual (EAV 2026)

Dra. Maritzel Chinchilla Vargas

Directora del Centro de Apoyo en Pedagogía Hospitalaria (CeAPH)
Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera – Hospital San Juan de Dios
Ministerio de Educación Pública, Costa Rica

I. Apertura protocolaria y disrupción del concepto tradicional

Deseo expresar mi agradecimiento a las autoridades organizadoras de este VI Encuentro Académico Virtual, a las universidades participantes, a los colegas investigadores, docentes y estudiantes que hoy nos honran con su presencia en este espacio de reflexión, debate y co-construcción colectiva del conocimiento.

Es para mí un profundo honor comparecer ante este foro para proponer una reflexión crítica nacida en las fronteras de un escenario educativo históricamente invisibilizado por la academia tradicional: la pedagogía hospitalaria. Cuando escuchamos este término, la gran mayoría de las personas, e incluso amplios sectores especializados de la docencia superior, evocamos de manera inmediata la imagen de un aula lúdica infantil instalada dentro de un centro médico: niños realizando actividades pedagógicas durante un período de internamiento, o docentes que, movidos por una enorme sensibilidad humana, llevan materiales didácticos hasta la cabecera de una cama hospitalaria.

Esa imagen, ciertamente noble y conmovedora, forma parte viva de nuestra historia y de nuestra identidad institucional. Sin embargo, limitar la pedagogía hospitalaria a esa representación asistencialista significaría cercenar de raíz su potencia epistémica: el enorme potencial transformador que posee para interpelar críticamente nuestros sistemas educativos y, de manera particular, nuestras concepciones más arraigadas sobre el diseño y la gestión del currículo.

Tras siete décadas de experiencia acumulada en Costa Rica, la pedagogía hospitalaria ha dejado de ser únicamente una modalidad educativa adaptativa. Hoy se erige como un campo de estudio con identidad propia y como un laboratorio teórico-práctico excepcional

desde el cual es imperativo cuestionar aquello que la educación superior da por sentado en materia de metodologías de enseñanza, evaluación, formación docente, inclusión social y aseguramiento de la calidad educativa.

Por consiguiente, la tesis central que sostengo es la siguiente: la pedagogía hospitalaria representa una oportunidad extraordinaria y disruptiva para transformar los currículos universitarios, al tiempo que plantea desafíos normativos, éticos e institucionales impostergables para las instituciones de educación superior que proclaman un compromiso genuino con la equidad, la excelencia y la inclusión auténtica.

Esta intervención no pretende ofrecer respuestas definitivas ni recetas técnicas cerradas. Mi propósito es formular preguntas necesarias e incómodas que nos inviten a reconocer que la enfermedad, el dolor y la convalecencia no constituyen una excepción ajena al aula universitaria, sino parte indisoluble de la contingencia humana que el currículo debe, por derecho, prever y absorber.

II. Setenta años de vanguardia institucional en Costa Rica: el legado del CeAPH

Hablar de pedagogía hospitalaria en Costa Rica es adentrarse en una historia profundamente humanista, de la cual nuestro país es pionero indiscutible en la región latinoamericana. Mucho antes de que conceptos como inclusión, diversidad o continuidad educativa formaran parte del lenguaje cotidiano de las políticas públicas internacionales, el Estado costarricense ya se formulaba una pregunta medular: ¿qué ocurre con los proyectos de vida de quienes deben permanecer largos períodos confinados debido a una enfermedad prolongada?

Hito	Significado institucional
1955	Primeras aulas de continuidad educativa en el Hospital San Juan de Dios: la enfermedad deja de ser sentencia de exclusión educativa.
Décadas siguientes	Apertura del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera: consolidación técnico-pedagógica del acto educativo hospitalario.
2008–2013	Formalización del Modelo de Atención Educativa CeAPH, adscrito al Ministerio de Educación Pública.

2022–2023	Firma del Convenio Marco de Cooperación MEP–CCSS para la continuidad educativa de la población hospitalizada y en convalecencia.
-----------	--

Estos avances constituyen logros que debemos reconocer con legítimo orgullo nacional. Pero la verdadera madurez de una disciplina no se demuestra en la conmemoración del pasado, sino en su capacidad de autocrítica frente al presente. Al mirar de cerca este legado de setenta años, emerge una paradoja incómoda: hemos construido una sólida estructura protectora para la niñez y la adolescencia, pero hemos permitido que todo ese conocimiento permanezca aislado dentro de lo que denomino una “burbuja histórica”.

Y aquí surge la pregunta que debe sacudir el eje de esta conferencia: si las metodologías del CeAPH han demostrado ser eficaces para sostener procesos de aprendizaje rigurosos en contextos dominados por el dolor, la crisis y la incertidumbre, ¿cómo resulta científicamente justificable que la educación superior costarricense continúe operando de espaldas a este capital pedagógico e investigativo?

III. Contraste teórico: del currículo técnico-racional al enfoque crítico-flexible

Para comprender este distanciamiento entre la academia universitaria y la realidad de la pedagogía hospitalaria es indispensable un examen a la luz de la teoría curricular. Los currículos de la educación superior contemporánea padecen, en términos generales, de un sesgo de linealidad idealizada: se diseñan bajo el supuesto técnico de que el estudiante universitario es una abstracción homogénea, permanentemente sano, cronológicamente disponible y con capacidad ilimitada de adaptarse a calendarios inflexibles.

La praxis cotidiana desmiente ese reduccionismo. El estudiantado real experimenta crisis oncológicas, accidentes, patologías autoinmunes como el lupus o la esclerosis múltiple, y procesos gestacionales de alto riesgo que demandan confinamiento clínico o domiciliario prolongado. Es aquí donde la pedagogía hospitalaria entra en tensión directa

con el paradigma técnico-racional, demostrando que el aprendizaje no puede condicionarse a la uniformidad del tiempo o del espacio físico.

La teoría curricular crítica ofrece herramientas conceptuales valiosas. Michael Apple (1997) nos recuerda que el currículo jamás es un dispositivo neutro: es una construcción social, ética y política donde se expresan visiones del conocimiento y del tipo de persona que se pretende formar. Cuando un sistema universitario excluye a un estudiante porque no puede asistir físicamente debido a una hospitalización, está tomando una decisión política, no meramente administrativa.

Lawrence Stenhouse (1987), por su parte, propone concebir el currículo no como un plan prescriptivo cerrado, sino como un proceso abierto a la investigación y a la reflexión docente. En la pedagogía hospitalaria esta visión es la norma de supervivencia diaria: el educador hospitalario no aplica mecánicamente el currículo, sino que lo interpreta, lo prioriza y lo ajusta a las posibilidades reales del estudiante, convirtiéndose en un mediador curricular activo.

Esta perspectiva crítico-flexible converge con los principios de la reforma curricular impulsada por el MEP a partir de 2015-2016 (“Educar para una nueva ciudadanía”), que promueve un enfoque por competencias centrado en el desarrollo integral de la persona, la contextualización de los aprendizajes y el reconocimiento de que la diversidad de ritmos constituye la norma del aula y no una excepción. La pedagogía hospitalaria, lejos de operar al margen del currículo nacional, representa su expresión más avanzada y éticamente comprometida.

IV. Justificación neuroeducativa y aportes teóricos del campo

La exigencia de un currículo flexible no responde a una postura sentimental, sino a evidencia científica. El cerebro de un estudiante que enfrenta un diagnóstico severo o tratamientos invasivos como quimioterapia o diálisis se encuentra en un estado neurobiológico de supervivencia que detona una sobreproducción crónica de cortisol y adrenalina.

Estos glucocorticoides saturan la amígdala cerebral, hiperactivando las respuestas de miedo y ansiedad, mientras deprimen la actividad de la corteza prefrontal, sede de las funciones ejecutivas: memoria de trabajo, atención selectiva, flexibilidad cognitiva y metacognición. Exigir a ese estudiante la misma velocidad sincrónica que a sus pares sanos equivale a desconocer la evidencia neurocientífica disponible.

Olga Lizasoáin (2016) referente fundamental del campo sostiene que el eje del acto educativo no debe ser la patología, sino la persona que aprende, y que el hospital o el hogar de convalecencia deben reconocerse como entornos pedagógicos legítimos. En sintonía, Silvia Molina (2020) afirma que la pedagogía hospitalaria dota al aprendizaje de un sentido existencial: aprender se convierte en una experiencia de afirmación personal y de resistencia frente a la adversidad, alejando al estudiante de la etiqueta de “enfermo”. Esta mirada dialoga con la ética del cuidado de Nel Noddings (2013), quien sitúa las relaciones de cuidado en el centro de cualquier diseño curricular verdaderamente humano.

Al reactivar su rol de discente, el cerebro del estudiante libera dopamina, oxitocina y endorfinas, sustancias que no solo mitigan la percepción del dolor y el aislamiento, sino que estimulan la neuroplasticidad necesaria para procesar conocimiento con altos estándares de rigor cognitivo, siempre que las vías de acceso estén diversificadas.

V. La paradoja de la inclusión y la ceguera andragógica universitaria

Es al contrastar esta solidez teórica y científica con la realidad operativa de nuestras universidades cuando chocamos contra la “burbuja de la inclusión”. Pareciera que el derecho a recibir apoyos educativos ante la enfermedad posee una fecha de caducidad cronológica: se defiende con firmeza mientras el individuo es niño o adolescente, pero se extingue en el instante en que cruza el umbral de la educación superior.

¿Acaso la enfermedad discrimina según la edad? ¿Acaso el dolor oncológico de un joven universitario requiere menos empatía institucional que el de un niño de primaria? Por supuesto que no. La enfermedad no discrimina por edad, y la educación superior tampoco debería hacerlo.

Ante la incapacidad física de asistir a clases o cumplir sincrónicamente con las entregas, la maquinaria universitaria activa respuestas que oscilan entre el castigo administrativo y la pasividad indiferente: se empuja al estudiante hacia la “congelación de matrícula”, se dictamina la pérdida automática del curso por inasistencia, o la continuidad académica queda supeditada a la empatía discrecional de un docente en particular.

Someter la permanencia de un estudiante convaleciente a la buena voluntad individual revela la ausencia de una política institucionalizada y una ceguera andragógica que confunde rigor académico con intransigencia administrativa. La rigidez curricular no es sinónimo de excelencia; por el contrario, funciona como un vector activo de exclusión que violenta los principios de equidad validados por organismos como la UNESCO.

VI. Oportunidades curriculares para la educación superior

1. Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA)

El DUA nos enseña que las barreras para el aprendizaje no radican en las limitaciones biológicas del estudiante, sino en la rigidez del diseño curricular. Las mallas universitarias deben incorporar múltiples formas de representación, expresión y compromiso. Si un estudiante con capacidades intelectuales intactas no puede redactar un examen convencional debido a una condición postquirúrgica, el currículo debe facultar vías alternas: defensas orales asincrónicas, mapas argumentativos interactivos o portafolios formativos. El indicador de logro permanece inalterado; lo que se diversifica es la ruta de ejecución.

2. Transición hacia modelos evaluativos no punitivos

Debemos preguntarnos si estamos evaluando realmente el desarrollo de competencias de alta gama, o simplemente la capacidad del estudiante de amoldarse a formatos restrictivos. Paul Black y Dylan Wiliam (2009) demuestran que la evaluación formativa mejora el aprendizaje cuando se orienta a la retroalimentación y al acompañamiento, más que a la certificación punitiva de resultados. La experiencia del CeAPH valida tres estrategias que las universidades deberían incorporar:

Estrategia evaluativa	Sustento andragógico en convalecencia
Portafolios de evidencias compilatorias y reflexivas	Favorecen la autonomía y la autogestión de los tiempos de entrega, respetando los ciclos biológicos y de tratamiento del estudiante adulto.
Estudios de caso y aprendizaje basado en proyectos	Sustituyen la presión del examen sincrónico por una producción contextualizada, de alto valor profesional y ritmo flexible.
Evaluaciones formativas modulares y dosificadas	Ofrecen retroalimentación continua, reducen el estrés fisiológico y estimulan la permanencia académica.

3. Redefinición ecosistémica de los entornos virtuales

La tecnología digital de la universidad post-pandemia no puede degradarse a un simple repositorio de documentos o un buzón burocrático de tareas. Para el estudiante en aislamiento clínico, la interfaz virtual es un cordón umbilical con su identidad profesional: un ecosistema de pertenencia, socialización y validación existencial que preserva su salud mental en momentos de crisis.

VII. Desafíos estructurales y la deuda de las facultades de educación

A. Institucionalización de la inclusión, más allá del voluntarismo docente

Es éticamente inaceptable que la continuidad académica de un estudiante con una condición de salud compleja dependa del azar de encontrarse con un profesor empático. Las universidades tienen la obligación de diseñar e implementar protocolos vinculantes de alerta temprana, normativas de flexibilización andragógica ante emergencias médicas certificadas, y rutas claras de mediación curricular que garanticen el derecho a la educación sin detrimento de la excelencia técnica del perfil de egreso.

B. ¿Quién forma a quienes enseñan al pie de cama?

El desempeño docente en contextos sanitarios rebasa el dominio disciplinar y exige competencias transversales de alta complejidad:

- Competencia sanitaria: protocolos de bioseguridad, asepsia y dinámica médica.

- Competencia socioemocional: gestión de la ansiedad, resiliencia y autocuidado.
- Competencia andragógica: diseño curricular inverso y priorización de aprendizajes esenciales.

Si examinamos honestamente las mallas curriculares de las carreras de formación docente y psicopedagogía, las respuestas son desalentadoras: ¿cuántas incorporan la pedagogía hospitalaria como asignatura obligatoria? ¿Cuántas contemplan los hospitales de la CCSS como escenarios legítimos de práctica profesional supervisada? Ha llegado el momento histórico de saldar esta deuda, incorporando formalmente este capital metodológico en los planes de grado y posgrado, y abriendo líneas de investigación prioritarias.

VIII. Conclusión: convocatoria a la andragogía hospitalaria en la educación superior

Costa Rica le ha demostrado al mundo que es una nación con un tejido social lo suficientemente robusto y humanista para universalizar la educación básica dentro de sus hospitales. Hoy, las demandas de la modernidad nos exigen dar el siguiente paso cualitativo: derribar las fronteras etarias del derecho a aprender y expandir ese horizonte hacia la andragogía hospitalaria en la educación superior.

La verdadera excelencia de nuestras instituciones aquella que se evalúa bajo los más altos estándares de organismos como el SINAES no puede medirse exclusivamente por la rigidez de sus exclusiones o la uniformidad de sus procesos. La calidad institucional se valida cuando un sistema educativo es lo suficientemente elástico y humanista para sostener la trayectoria académica de una persona en sus horas de mayor fragilidad biológica.

Al estructurar currículos que reconozcan e integren la contingencia de la enfermedad, no estamos disminuyendo el rigor científico ni regalando títulos por condescendencia: estamos elevando la pertinencia humana de la ciencia y de la docencia. Cuando un estudiante universitario, en medio de una batalla por su salud, enciende su computadora para participar en un foro o avanzar en su proyecto de graduación, está ejecutando un acto soberano de resistencia intelectual: está declarando que su diagnóstico puede

afectar temporalmente su cuerpo, pero jamás definirá el límite de sus capacidades ni el alcance de sus aspiraciones.

Seamos, pues, las universidades costarricenses, las arquitectas de un currículo valiente, flexible y profundamente integrador. Hagamos de la educación superior ese puente inquebrantable que asegure que la enfermedad pueda irrumpir temporalmente en la cotidianidad de un cuerpo, pero que jamás vuelva a significar la cancelación del derecho humano a aprender y a construir el futuro.

Muchas gracias.

Referencias bibliográficas

Apple, M. (1997). Educación y poder. Barcelona: Paidós.

Ardón Esquivel, D., Leytón Vega, F., Méndez Rodríguez, N., Monge Brenes, K., & Valverde Cabezas, G. (2017). La pedagogía hospitalaria en Costa Rica: la atención a la niñez menor de siete años de edad. *Actualidades Investigativas en Educación*, 17(1), 1–27.

Black, P., & Wiliam, D. (2009). Developing the theory of formative assessment. *Educational Assessment, Evaluation and Accountability*, 21(1), 5–31.

Caraballo Colmenares, R. (2020). La andragogía en la educación superior: una mirada desde la perspectiva de la flexibilidad curricular. *Revista Electrónica de Educación Sinéctica*, (54), 1–18.

CAST. (2018). Universal Design for Learning Guidelines, versión 2.2. Wakefield, MA: Center for Applied Special Technology.

Echavarría Villalobos, N., & Espinoza Sánchez, V. D. (2013). Perfil profesional docente en educación preescolar para abordar servicios de pedagogía hospitalaria en Costa Rica (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.

Espada Chavarría, M., & González-Montesinos, M. (2023). Aplicación del Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA) en la educación superior como estrategia de

- retención ante la vulnerabilidad médica. *Revista Educación Inclusiva*, 16(2), 112–129.
- Lizasoáin, O. (2016). *Pedagogía hospitalaria: guía para la atención educativa al alumnado enfermo*. Madrid: Narcea.
- Ministerio de Educación Pública [MEP]. (2013). *Modelo de atención educativa para los Centros de Apoyo en Pedagogía Hospitalaria (CEAPH)*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Educación Pública [MEP]. (2016). *Educar para una nueva ciudadanía: política curricular*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Educación Pública [MEP]. (2017). *Lineamientos para la evaluación de los aprendizajes*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Educación Pública & Caja Costarricense de Seguro Social. (2023). *Convenio Marco de Cooperación para la continuidad educativa de la población estudiantil hospitalizada y en convalecencia*. San José, Costa Rica.
- Molina, S. (2020). Educación, enfermedad y sentido pedagógico: aportes de la pedagogía hospitalaria. *Revista de Educación Inclusiva*, 13(2), 45–60.
- Noddings, N. (2013). *Caring: a relational approach to ethics and moral education* (2.^a ed.). Berkeley: University of California Press.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO]. (2020). *Inclusión y educación: todos y todas sin excepción*. París: UNESCO.
- Sánchez-Fuentes, M., & García-Berdonces, J. (2022). Impacto neurobiológico del estrés crónico en las funciones ejecutivas de la corteza prefrontal: implicaciones para la mediación andragógica. *Revista de Neuroeducación y Aprendizaje*, 14(1), 89–104.
- Stenhouse, L. (1987). *Investigación y desarrollo del currículo*. Madrid: Morata.