	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL	Código: FO-AB
	Comité de Bioética Clínica	Versión: 1
	(Anote el nombre del hospital o área de salud)	Fecha: Octubre/2025
	FICHA DE OBSERVACIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO BIOÉTICO	Página 1 de 7

Página 1 de 7

Anexo 1. FICHA DE OBSERVACIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO BIOÉTICO

FICHA DE OBSERVACIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO BIOÉTICO

Fecha: _____

Servicio: _____


Comité de Bioética Clínica (CBC): _____

Nombre del observador (CBC): _____

Situación observada (breve descripción):

1. Privacidad e intimidad

Ítem	Observado	Comentario breve
¿La presencia de profesionales, estudiantes o terceros es proporcional y éticamente justificada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se protege la privacidad de la persona usuaria durante la atención? (Identifique si se realizan acciones que resulten incómodas o vulneren la intimidad de persona)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se evita comentar información clínica frente a terceros?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿La información sensible se maneja con discreción y respeto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL Comité de Bioética Clínica (Anote el nombre del hospital o área de salud) FICHA DE OBSERVACIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO BIOÉTICO	Código: FO-AB
		Versión: 1
		Fecha: Octubre/2025
		Página 2 de 7

Página 2 de 7


2. Confidencialidad

Ítem	Observado	Comentario breve
¿Se protege la información clínica en espacios compartidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se respetan las normas de acceso a EDUS y otros sistemas electrónicos institucionales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se evita la exposición innecesaria de datos o imágenes clínicas a terceros?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se divulga la información clínica con el consentimiento del paciente o bajo los protocolos establecidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

3. Comunicación

Ítem	Observado	Comentario breve
¿El lenguaje verbal y no verbal es adecuado y respetuoso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿La información clínica se brinda con claridad, tacto y sin juicios de valor?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

4. Escucha activa y narrativa de la persona usuaria


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL Comité de Bioética Clínica (Anote el nombre del hospital o área de salud) FICHA DE OBSERVACIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO BIOÉTICO	Código: FO-AB
		Versión: 1
		Fecha: Octubre/2025
		Página 3 de 7

Página 3 de 7

Ítem	Observado	Comentario breve
¿Durante la atención, se le brindó espacio para compartir su experiencia personal o la vivencia de su enfermedad o condición?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se identifican aspectos relevantes como síntomas ocultos o aspectos éticos relevantes (por ejemplo, CI o voluntades anticipada)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El equipo clínico le escuchó con atención y sin interrumpir, mostrando apertura hacia sus inquietudes, molestias, dudas o preferencias durante la atención?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

5. Toma de decisiones clínicas compartidas

Ítem	Observado	Comentario breve
¿La persona usuaria participa activamente en las decisiones clínicas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El equipo de salud ofrece opciones reales y valora las preferencias de persona usuaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Existe un diálogo continuo, respetuoso y bidireccional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL Comité de Bioética Clínica (Anote el nombre del hospital o área de salud) FICHA DE OBSERVACIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO BIOÉTICO	Código: FO-AB
		Versión: 1
		Fecha: Octubre/2025
		Página 4 de 7


Página 4 de 7

6. Información y consentimiento informado

Ítem	Observado	Comentario breve
¿Considera que el lenguaje, los materiales, el tiempo y el entorno utilizados para brindarle información clínica fueron adecuados y coherentes con sus necesidades, capacidades y preferencias?"	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se cumplen los principios del consentimiento informado: claridad, comprensión, voluntariedad y oportunidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

7. Comunicación de malas noticias (si aplica)

Ítem	Observado	Comentario breve
¿Se observa prudencia y compasión al comunicar noticias difíciles?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica	
¿Se respetó la dignidad de la persona usuaria en la comunicación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica	
¿Se siguieron los principios del Manual sobre la comunicación de noticias difíciles en la atención clínica – Consideraciones Bioéticas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica	

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL Comité de Bioética Clínica (Anote el nombre del hospital o área de salud) FICHA DE OBSERVACIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO BIOÉTICO	Código: FO-AB
		Versión: 1
		Fecha: Octubre/2025
		Página 5 de 7


Página 5 de 7

8. Justicia y equidad

Ítem	Observado	Comentario breve
¿Se brinda atención sin discriminación por ninguna condición personal o social?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿La asignación de recursos es justa y no arbitraria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se consideran barreras sociales o culturales en la atención?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

9. Rol del estudiante (si aplica)

Ítem	Observado	Comentario breve
¿Se cuenta con el consentimiento de la persona para que participen estudiantes durante su atención?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica	
¿La participación de estudiantes es ética y supervisada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica	
¿Se instruye a estudiantes en respeto, confidencialidad y límites?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El bienestar de la persona usuaria se prioriza sobre el aprendizaje?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica	

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL Comité de Bioética Clínica (Anote el nombre del hospital o área de salud) FICHA DE OBSERVACIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO BIOÉTICO	Código: FO-AB
		Versión: 1
		Fecha: Octubre/2025
		Página 6 de 7

Página 6 de 7

10. Perspectiva del final de vida y cuidados paliativos (*si aplica*)


Ítem	Observado	Comentario breve
¿Se respeta la dignidad de persona usuaria en fase terminal o con enfermedades crónicas avanzadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica	
¿El equipo tratante consideró las voluntades anticipadas, los cuidados paliativos y valoró la proporcionalidad del tratamiento indicado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica	

11. Otros aspectos bioéticos relevantes

Anotar cualquier situación observada con implicaciones bioéticas, como: trato indigno, tensiones con protocolos, prácticas rutinarias a revisar, etc.

Señales de alerta bioética (*marcar si se observaron*)

- ☐ Conflicto entre decisión clínica y voluntad de la persona usuaria
- ☐ Fallas en el consentimiento informado
- ☐ Irrespeto a la privacidad o confidencialidad

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL Comité de Bioética Clínica (Anote el nombre del hospital o área de salud) FICHA DE OBSERVACIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO BIOÉTICO	Código: FO-AB
		Versión: 1
		Fecha: Octubre/2025
		Página 7 de 7

Página 7 de 7

- ☐ Discriminación
- ☐ Riesgos para la seguridad de la persona usuaria
- ☐ Falta de respeto a los derechos de la persona usuaria

Retroalimentación breve (si se brindó)

Resumen de buenas prácticas observadas:

Recomendaciones bioéticas preliminares dadas al equipo:

Firma del miembro del CBC: _____

Fecha: ____ / ____ / ____