

Percepción, conocimiento y acceso a los Comités de Bioética Clínica en la CCSS: resultados de una encuesta institucional

Perception, knowledge, and access to Clinical Bioethics Committees in the CCSS: results of an institutional survey

Sandra Rodríguez-Ocampo (SRO)^{1*};  <https://orcid.org/0009-0006-2391-9716>

Alejandro Marín-Mora (AMM)²;  <https://orcid.org/0000-0001-9927-6178>

Natasha Mendoza-Bettrano (NMB)³;  <https://orcid.org/0009-0002-1745-5098>

Ana Catalina Quirós-Masís (ACQM)⁴;  <https://orcid.org/0009-0000-6127-6738>

1. Médica, Máster en Salud Pública, jefa del Área de Bioética, CENDEISS, Caja Costarricense de Seguro Social; San José, Costa Rica; srodrioc@ccss.sa.cr
2. Médico, doctor en Bioderecho, profesional del Área de Bioética, CENDEISS, Caja Costarricense de Seguro Social; San José, Costa Rica; amarinm@ccss.sa.cr
3. Médica, Máster en Administración de Servicios de Salud, profesional del Área de Bioética, CENDEISS, Caja Costarricense de Seguro Social; San José, Costa Rica; nmendozab@ccss.sa.cr
4. Médica, Máster en Gerencia de Servicios de Salud, profesional del Área de Bioética, CENDEISS, Caja Costarricense de Seguro Social; San José, Costa Rica; acquiros@ccss.sa.cr

Recibido 26 de marzo de 2026 • Aceptado 02 de setiembre de 2026

RESUMEN

Objetivo: describir la percepción, el conocimiento y el acceso a los Comités de Bioética Clínica (CBC) en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), con el fin de valorar en qué medida esta capacidad institucional es reconocida y utilizada por el personal de salud y administrativo.

Materiales y métodos: se realizó un estudio descriptivo, transversal y exploratorio mediante una encuesta autoadministrada, voluntaria y anónima, aplicada entre febrero y abril de 2025 a personal de salud y administrativo de distintas disciplinas. El instrumento se difundió a través de la plataforma WebMaster de la CCSS, redes sociales institucionales y la página web del CENDEISS. Las preguntas cerradas se analizaron mediante estadística descriptiva. Las respuestas abiertas se examinaron mediante análisis temático de contenido, con codificación manual y agrupación de temas recurrentes relacionados con visibilidad, conocimiento funcional, accesibilidad y propuestas de mejora.

Resultados: se obtuvieron 558 respuestas. El 57,5 % de las personas encuestadas manifestó conocer la existencia de los CBC; el 46,2 % identificó sus funciones; el 15,8 % había solicitado asesoría; y el 41,6 % los percibió como accesibles. Entre quienes solicitaron asesoría, el 80,7 % indicó que la respuesta del comité ayudó a resolver el problema bioético. Además, el 92,7 % identificó que cualquier persona que reconozca un problema ético puede consultar al CBC. Los temas más mencionados como áreas que podrían requerir directrices bioéticas fueron consentimiento informado, protección de derechos en personas en situación de vulnerabilidad, toma de decisiones ético-clínicas en situaciones críticas y confidencialidad. Las respuestas abiertas señalaron barreras relacionadas con la visibilidad institucional, el desconocimiento de mecanismos de consulta y la integración limitada de los comités en espacios clínicos y educativos.

Conclusiones: los CBC constituyen una capacidad institucional estratégica para la calidad de la atención, la protección de derechos y la legitimidad de las decisiones clínicas; sin embargo, las personas encuestadas reportaron un bajo nivel de utilización de estos comités. Fortalecer su visibilidad, los mecanismos de consulta, la capacitación en bioética y su integración en la práctica clínica y la gestión es indispensable para consolidarlos como un recurso efectivo de apoyo a la toma de decisiones éticamente justificadas.

Palabras clave: Bioética, Comités de Ética Clínica, Hospitales, Servicios de Salud, Costa Rica.

ABSTRACT

Objective: To describe the perception, knowledge, and access to Clinical Bioethics Committees (CBCs) in healthcare facilities of the Costa Rican Social Security Fund (CCSS), to assess the extent to which this institutional capacity is recognized and used by healthcare and administrative personnel.

Materials and methods: A descriptive, cross-sectional, exploratory study was conducted using a voluntary, anonymous, self-administered survey administered between February and April 2025 to healthcare and administrative personnel from different disciplines. The survey was disseminated through the CCSS WebMaster platform, institutional social media channels, and the CENDEISS website. Closed-ended questions were analyzed using descriptive statistics. Open-ended responses were examined through thematic content analysis, using manual coding and grouping of recurrent themes related to visibility, functional knowledge, perceived accessibility, and improvement proposals.

Results: A total of 558 responses were obtained. Overall, 57.5% of respondents reported being aware of the existence of CBCs; 46.2% identified their functions; 15.8% had requested ethical consultation; and 41.6% perceived them as accessible. Among those who had requested consultation, 80.7% reported that the committee response helped resolve the bioethical problem. In addition, 92.7% identified that anyone who recognizes an ethical problem may consult a CBC. The most frequently identified areas requiring bioethical guidance were informed consent, protection of the rights of persons in vulnerable situations, ethical-clinical decision-making in critical situations, and confidentiality. Open-ended responses pointed to barriers related to institutional visibility, limited knowledge of consultation procedures, and insufficient integration of committees into clinical and educational settings.

Conclusions: CBCs constitute a strategic institutional capacity for quality of care, protection of rights, and the legitimacy of clinical decision-making. However, respondents reported a low level of committee use. Strengthening their visibility, consultation procedures, bioethics training, and integration into clinical practice and institutional management is essential to consolidate them as an effective resource for supporting ethically justified decision-making.

Keywords: Bioethics, Ethics Committees Clinical, Hospitals, Health Services, Costa Rica.

INTRODUCCIÓN

En servicios de salud cada vez más complejos, los comités de bioética clínica son instancias interdisciplinarias, pluralistas y de carácter consultivo, que fortalecen la deliberación ética en la práctica asistencial y la gestión, sin sustituir la responsabilidad clínica ni administrativa de quienes toman decisiones (1,2). Su finalidad incluye el análisis de casos con conflicto ético, la orientación de procesos institucionales respetuosos de la dignidad y los derechos de las personas, y la promoción de la capacitación en bioética dentro de los servicios de salud (2).

Desde la perspectiva de la ética clínica, la deliberación constituye una herramienta fundamental para identificar valores en tensión, ponderar alternativas y justificar decisiones prudentes en escenarios complejos, tanto asistenciales como institucionales (3). Aunado a ello, la literatura reciente subraya que la utilidad de los comités y servicios de ética clínica depende no solo de su existencia formal, sino también de su visibilidad, accesibilidad, comprensión por parte del personal, integración en los flujos clínicos y disponibilidad de métodos claros de consulta y seguimiento (4-7).

En la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) la institucionalización de la bioética se consolidó en el año 2005, con la creación formal del Área de Bioética en el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad

Social (CENDEISS), como parte de la reestructuración organizacional aprobada por la Junta Directiva (8). Posteriormente, la función de los comités fue desarrollándose en el ámbito clínico y de gestión. Este proceso culminó, en su versión más reciente, con la aprobación del Manual Funcionamiento de Comités de Bioética Clínica y en Gestión (código GM-CENDEISS-AB-MA-001), el cual regula su inscripción, organización y articulación con el Área de Bioética (9). Este desarrollo normativo confirma que la bioética no constituye un elemento accesorio de la atención, sino una dimensión institucional de la calidad y la legitimidad de las decisiones.

De forma complementaria, la normativa técnica institucional ha incorporado la revisión de aspectos bioéticos y derechos humanos en protocolos de atención clínica, lo que ubica a la bioética como un componente transversal de la gestión clínica y no únicamente como una respuesta reactiva frente a dilemas excepcionales (10). En términos más amplios, esta orientación es coherente con el llamado de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud a integrar la ética en los sistemas y servicios de salud y a fortalecer modelos de atención centrados en la persona (11,12).

Al momento del estudio, el Área de Bioética registraba 39 Comités de Bioética Clínica inscritos en hospitales y algunas áreas de salud de la CCSS (13). En ese contexto se realizó el presente estudio, con el objetivo de describir la percepción,

el conocimiento y el acceso a los CBC por parte del personal de salud y administrativo, con el fin de aportar evidencia útil para fortalecer una capacidad institucional crítica para la calidad de la atención, la protección de derechos y la gestión clínico-asistencial.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y de alcance exploratorio, orientado a describir el conocimiento, la percepción y el acceso a los Comités de Bioética Clínica (CBC) en la CCSS. La participación fue voluntaria, anónima y no remunerada, mediante muestreo no probabilístico por autoselección. La recolección de datos se llevó a cabo entre febrero y abril de 2025.

El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario estructurado de 13 ítems, con preguntas cerradas, algunas de selección múltiple, y preguntas abiertas, diseñado específicamente para este diagnóstico institucional (ver Anexo 1). El cuestionario fue revisado por personas expertas en bioética clínica y metodología de la investigación, pero no pasó por un proceso de validación.

El cuestionario incluyó las siguientes variables: caracterización general de las personas participantes (lugar de trabajo, profesión y años de laborar en la CCSS); conocimiento sobre la existencia y las funciones de los CBC; experiencia previa de asesoría; percepción de utilidad de la respuesta del comité; razones para no consultar; percepción sobre quiénes pueden solicitar apoyo; temas que podrían requerir directrices bioéticas; accesibilidad percibida; recomendaciones para aumentar la visibilidad de los comités; y medidas para mejorar la integración de la bioética en la cultura institucional.

Las preguntas cerradas se analizaron mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias absolutas y porcentajes. En el caso de las preguntas de selección múltiple, los porcentajes se calcularon con base en el total de respuestas válidas, por lo que las categorías no son mutuamente excluyentes.

Las respuestas abiertas, por su parte, se examinaron mediante análisis temático de contenido, realizado de forma manual por el equipo investigador, con lectura sucesiva de las respuestas, identificación de unidades de significado, agrupación de temas recurrentes y síntesis narrativa. Las respuestas de profesión registradas en la opción abierta “Otras” fueron consolidadas en categorías afines para el análisis descriptivo, sin modificar el contenido original de las respuestas. No se utilizó software especializado de análisis cualitativo.

Por tratarse de una encuesta institucional anónima, sin intervención clínica, sin recolección de datos sensibles de personas usuarias, sin identificación nominal de participantes y con análisis agregado de la información, el estudio se condujo como un diagnóstico institucional no biomédico de mejora de la gestión, respetando los principios de voluntariedad, confidencialidad y uso agregado de la información.

RESULTADOS

Perfil de las personas participantes

Se obtuvieron 558 respuestas. La muestra estuvo conformada por profesionales de Enfermería (n = 171; 30,6 %), Medicina (n = 136; 24,4 %), Administración (n = 58; 10,4 %), Trabajo Social (n = 50; 9,0 %), REDES/Registros (n = 31; 5,6 %), Farmacia (n = 20; 3,6 %), Microbiología (n = 18; 3,2 %), Odontología (n = 12; 2,2 %), Nutrición (n = 9; 1,6 %), Psicología (n = 7; 1,3 %), Derecho (n = 7; 1,3 %) y otras disciplinas (n = 39; 7,0 %). En cuanto al tiempo de laborar en la CCSS, el 79,2 % reportó más de 10 años de servicio, el 13,8 % entre 5 y 10 años, y el 7,0 % menos de 5 años.

Hallazgos cuantitativos

Como se observa en la Tabla 1, el 57,5 % de las personas encuestadas manifestó conocer la existencia de los CBC y el 46,2 % indicó conocer sus funciones, mientras que el 15,8 % reportó haber solicitado asesoría al comité. En lo que respecta a la accesibilidad, el 41,6 % percibió a los CBC como suficientemente accesibles para profesionales de la salud y personal administrativo de su centro.

Tabla 1
Percepción, conocimiento y acceso a los Comités de Bioética Clínica de la CCSS (n = 558).

Variable	Sí	No	% Sí
Conocimiento de existencia del CBC	321	237	57,5
Conocimiento de funciones	258	300	46,2
Solicitud de asesoría al CBC	88	470	15,8
Percepción de accesibilidad	232	326	41,6

Entre quienes solicitaron asesoría (n = 88), el 80,7 % indicó que la respuesta del comité ayudó a resolver el problema bioético planteado.

En relación con quiénes pueden consultar a un CBC, el 92,7 % de las personas participantes indicó que puede hacerlo cualquiera que identifique un problema ético, incluyendo personal médico tratante, enfermería del servicio, familiares, pacientes o personal administrativo, mientras que el 5,0 % señaló que solo el jefe del servicio y el 2,3 % que solo el médico tratante.

Por otro lado, los temas más identificados como áreas que podrían requerir directrices bioéticas fueron: consentimiento informado, especialmente en personas en situación de vulnerabilidad o con limitada capacidad de decisión (62,5 %); protección de los derechos de pacientes en situaciones de vulnerabilidad (60,8 %); toma de decisiones ético-clínicas en situaciones críticas (58,8 %); confidencialidad y privacidad de la información (53,8 %); equidad en el acceso a servicios y gestión de recursos (44,4 %); decisiones sobre el final de la



vida (44,1 %); uso de tecnologías médicas avanzadas (29,9 %); y atención a pacientes en coma irreversible (27,6 %).

Respecto a las medidas para mejorar la integración de la bioética en la cultura institucional, las opciones más frecuentes fueron: mejorar la comunicación sobre temas bioéticos (71,7 %); fortalecer los programas de capacitación en bioética (68,1 %); crear espacios de discusión bioética entre funcionarios (59,5 %); fomentar la participación de profesionales de la salud y personal administrativo en los CBC (59,0 %); y promover el acceso a los comités (57,5 %).

Hallazgos cualitativos

El análisis de las respuestas abiertas identificó temas recurrentes vinculados con escasa visibilidad institucional de los CBC, desconocimiento sobre los procedimientos de consulta, necesidad de capacitación, falta de tiempo laboral formalmente asignado para que sus integrantes desarrollen las actividades de los comités e integración limitada en sesiones clínicas y espacios educativos. A la vez, las personas participantes recomendaron difundir mejor las funciones y la composición de los comités, utilizar medios digitales y actividades presenciales, promover espacios de discusión bioética y fortalecer la presencia de los CBC en la vida institucional cotidiana.

DISCUSIÓN

Los resultados describen una distancia relevante entre el conocimiento declarado sobre la existencia de los CBC, la identificación de sus funciones y su uso autorreportado como instancia de asesoría ética. Aunque más de la mitad de las personas encuestadas manifestó conocer que los comités existen, menos de la mitad identificó sus funciones y solo una minoría indicó haber solicitado asesoría. Esta secuencia sugiere que el reconocimiento formal o nominal de los CBC no necesariamente se traduce en comprensión funcional ni en utilización efectiva por parte del personal encuestado.

Este hallazgo es relevante porque la literatura internacional ha señalado que la consulta ética constituye la función más frecuentemente evaluada de los comités de ética clínica y una de las vías principales mediante las cuales estos son percibidos como útiles por el personal de salud. No obstante, dicha utilidad suele medirse mediante indicadores subjetivos, como satisfacción, percepción de apoyo o utilidad autorreportada, más que mediante indicadores objetivos de impacto clínico (5).

Desde la perspectiva de gestión, este resultado es relevante porque la consolidación normativa y administrativa de los comités debe acompañarse de estrategias activas de difusión, capacitación y articulación con los equipos asistenciales. El manual institucional vigente atribuye a los CBC funciones de asesoría, capacitación y vinculación con los servicios, por lo que el bajo uso reportado en la encuesta apunta

a una oportunidad de mejora en la integración operativa de una capacidad institucional ya instalada (9).

Por otro lado, la percepción de accesibilidad también mostró un margen amplio de mejora. El 41,6 % de las personas participantes consideró accesibles a los comités, mientras que una proporción mayor no los percibió como accesibles o desconocía esa información. Este hallazgo coincide con literatura reciente, que identifica la visibilidad, la confianza, la claridad del propósito, la integración con los equipos clínicos y la oportunidad de respuesta como condiciones relevantes para que los comités y servicios de ética clínica sean efectivamente activados por el personal de salud (5-7).

Adicionalmente, la literatura sobre evaluación de comités de ética clínica muestra que medir su efectividad es metodológicamente complejo y que los indicadores disponibles suelen ser heterogéneos. Una revisión sistemática reciente reportó que no existen herramientas estandarizadas para evaluar integralmente su desempeño; sin embargo, la consulta ética suele percibirse como útil por profesionales de la salud y otros usuarios, y se ha asociado con apoyo a la toma de decisiones clínicas, cambios en planes terapéuticos, disminución del malestar moral y fortalecimiento de la calidad de la atención (5). En este sentido, los hallazgos institucionales de la CCSS aportan un diagnóstico local descriptivo, pero no permiten evaluar por sí mismos el impacto real de las intervenciones de los CBC.

Por otra parte, en lo que respecta a los resultados cualitativos, cabe destacar que estos refuerzan la necesidad de avanzar hacia una bioética más transversal, vinculada con la gestión, la capacitación y la calidad de la atención. La mayor presencia de los CBC en sesiones clínicas, actividades educativas y procesos de elaboración de protocolos podría favorecer su reconocimiento como aliados de la práctica asistencial y no únicamente como órganos consultivos para situaciones excepcionales (6,10,11).

En cuanto a la distribución de participantes, los resultados muestran una oportunidad para fortalecer la interdisciplinariedad del trabajo bioético. Aunque la participación de Enfermería y Medicina fue mayoritaria, también hubo representación de áreas administrativas, Trabajo Social, REDES/Registros, Farmacia, Microbiología, Odontología, Nutrición, Psicología, Derecho y otras disciplinas. Esta diversidad confirma que los dilemas bioéticos no se concentran únicamente en la atención médica directa, sino que atraviesan múltiples puntos de contacto con las personas usuarias y con la gestión institucional. Fortalecer la participación interdisciplinaria puede ampliar el acceso a los comités desde distintos espacios de la práctica institucional.

Finalmente, la baja proporción de solicitudes de asesoría puede obedecer a múltiples factores: desconocimiento de rutas de consulta, percepción de que los comités son instancias lejanas o poco oportunas, resolución informal de conflictos éticos dentro de los servicios, confusión entre problemas éticos, legales y administrativos, o falta de tiempo laboral formalmente asignado para que el personal formule consultas

y participe en procesos deliberativos. Estos factores han sido descritos también en experiencias internacionales de implementación y fortalecimiento de servicios de ética clínica, donde la sostenibilidad depende de liderazgo, capacitación, comunicación institucional, integración con los flujos de trabajo y confianza del personal (6,7).

Entre las principales limitaciones del estudio destaca que la participación fue voluntaria, no probabilística y dependió de los canales institucionales de difusión, lo cual pudo favorecer una mayor respuesta de personas previamente sensibilizadas con el tema. Por tanto, los resultados no deben interpretarse como estimaciones representativas de todos los profesionales de la CCSS, sino como un diagnóstico descriptivo de las personas que respondieron la encuesta. Asimismo, los datos provienen de autopercepción y no de una evaluación objetiva del desempeño de los comités, de la calidad de sus intervenciones ni del registro real de solicitudes atendidas. Aunado a ello, el instrumento fue revisado por personas expertas, pero no contó con validación. Además, el análisis cualitativo se realizó sobre respuestas abiertas breves, por lo que sus resultados deben interpretarse como orientadores y no como una exploración exhaustiva de experiencias. A pesar de estas limitaciones, la consistencia de los hallazgos ofrece una base útil para orientar acciones de mejora y para sustentar la necesidad de fortalecer la integración operativa de los CBC en la CCSS.

CONCLUSIONES

El estudio muestra que la CCSS ha avanzado en la instalación formal de los Comités de Bioética Clínica, pero los datos autorreportados evidencian una distancia importante entre su existencia institucional, el conocimiento de sus funciones y su uso por parte del personal encuestado. Aunque más de la mitad de los participantes conoce su existencia, menos de la mitad identifica con claridad sus funciones y solo una minoría ha solicitado asesoría. Estos resultados reflejan una baja utilización reportada por las personas encuestadas, pero no permiten concluir por sí solos que la capacidad institucional esté subutilizada, pues ello requeriría analizar registros de consultas, productividad y funcionamiento de los comités.

Esta distancia, descrita a partir de la percepción y el uso autorreportado, tiene implicaciones gerenciales y asistenciales. Fortalecer estos comités no debe entenderse como una acción accesorio ni exclusivamente académica, sino como una decisión estratégica para mejorar la calidad de la atención, respaldar al personal ante escenarios complejos y proteger de mejor manera la dignidad y los derechos de las personas usuarias.

Desde una perspectiva gerencial, los hallazgos respaldan la conveniencia de impulsar estrategias de educación continua en bioética, establecer rutas de consulta más visibles y oportunas, favorecer la participación interdisciplinaria, asignar tiempo laboral exclusivo y formalmente reconocido por la institución para que sus integrantes desarrollen las

actividades del comité sin depender de espacios adicionales a sus funciones ordinarias, y consolidar a los CBC como instancias efectivas de apoyo ético para la toma de decisiones clínicas e institucionales.

Los temas priorizados por las personas encuestadas -consentimiento informado, protección de derechos en situaciones de vulnerabilidad, decisiones críticas, confidencialidad, equidad en el acceso y final de la vida- ofrecen una agenda concreta para orientar procesos de educación continua, asesoría y elaboración de directrices institucionales. En esa medida, su fortalecimiento puede contribuir a una cultura organizacional más prudente, más deliberativa y coherente con una atención centrada en la persona.

Como línea de trabajo futura, se recomienda complementar este diagnóstico con el análisis de registros institucionales de consultas, tipos de casos atendidos, tiempos de respuesta, recomendaciones emitidas, grado de seguimiento de dichas recomendaciones, acciones educativas desarrolladas, percepción de utilidad por parte de equipos solicitantes y eventual impacto en la deliberación clínica.

CONFLICTO DE INTERESES

Las personas autoras declaran no tener conflictos de interés relacionados con el desarrollo de este manuscrito.

FINANCIAMIENTO

No se contó con financiamiento específico para la realización del presente estudio.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todas las personas autoras participaron en la conceptualización del estudio, revisión del instrumento, interpretación de resultados, revisión crítica del manuscrito y aprobación de la versión final. SRO lideró la coordinación institucional del diagnóstico y la redacción inicial; AMM, NMB y ACQM contribuyeron al análisis de resultados, discusión de hallazgos y revisión metodológica y conceptual del manuscrito.

Ver material suplementario
a02v5n1-Suppl 1

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *Creación de comités de bioética* [Internet]. París: UNESCO; 2005 [Consultado el 16 de marzo de 2026]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139309_spa
2. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas* [Internet]. París: UNESCO; 2006 [Consultado el 16 de marzo de 2026]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000147392_spa
3. Gracia D. *La deliberación moral: el método de la ética clínica*. Madrid: Triacastela; 2001.

4. Braun V, Clarke V. *Thematic analysis: a practical guide*. London: SAGE Publications; 2021.
5. Crico C, Sanchini V, Casali PG, Pravettoni G. Evaluating the effectiveness of clinical ethics committees: a systematic review. *Med Health Care Philos*. 2021;24:135-151.
6. Perin M, Magelssen M, Crico C, Ghirotto L, Annoni M, Gualandri G, De Panfilis L. How to implement a clinical ethics committee in an oncological research hospital: qualitative results from a process evaluation study using normalization process theory (EVACEC). *PLoS One*. 2025; 20(5):e0318870.
7. Pergert P, Svantesson M, Bartholdson C, Bremer A, Brännström M, Fischer Grönlund C, Juth N, Björk J. Case-Based Clinical Ethics Support - a description and normative discussion of methodological issues from the Swedish perspective. *HEC Forum*. 2026;38(2):191-206.
8. Caja Costarricense de Seguro Social. *Área de Bioética: pasado, presente y futuro* [Internet]. San José: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social; 2025 [Consultado el 16 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/memoriabioetica.pdf>
9. Caja Costarricense de Seguro Social. *Manual Funcionamiento de Comités de Bioética Clínica y en Gestión. Código GM-CENDEISSS-AB-MA-001* [Internet]. San José: CCSS, CENDEISSS, Área de Bioética; 2024 [Consultado el 16 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.cendeiss.sa.cr/wp-content/uploads/2025/02/GM-CENDEISSS-AB-MA-001-Manual-de-Funcionamiento-de-CBC-noviembre-2024-1.pdf>
10. Caja Costarricense de Seguro Social. *Manual para la redacción de aspectos bioéticos y derechos humanos en protocolos de atención clínica. Código GM-CENDEISSS-AB-MA-005*. [Internet]. San José: CCSS, CENDEISSS, Área de Bioética; 2024 [Consultado el 16 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.cendeiss.sa.cr/wp-content/uploads/2024/04/Manual-para-la-redaccion-de-aspectos-Bioeticos-y-Derechos-Humanos-en-Protocolos-de-Atencion-Clinica.pdf>
11. Organización Panamericana de la Salud. *Bioética: hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud. Documento conceptual* [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2012 [Consultado el 16 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/4457>
12. World Health Organization. *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report* [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [Consultado el 16 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/items/152dc918-25da-4102-a29a-4be173c84a03>
13. Caja Costarricense de Seguro Social. *Registro institucional de Comités de Bioética Clínica inscritos ante el Área de Bioética*. San José: CCSS, CENDEISSS, Área de Bioética; 2025.