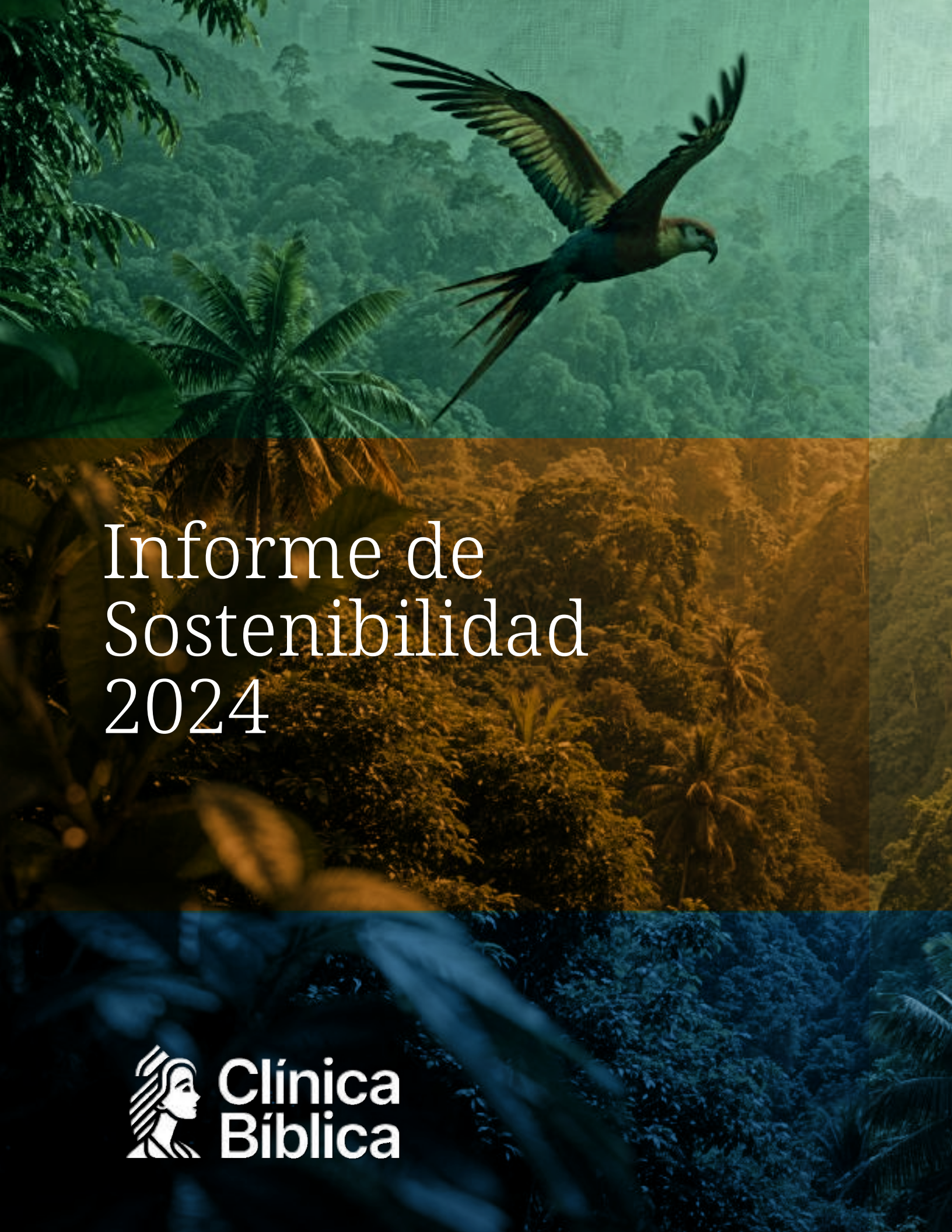


The background of the entire page is a photograph of a tropical forest. In the upper half, a parrot with blue, green, and red feathers is shown in flight against a teal-tinted sky. Below this, the forest canopy is visible, with several palm trees. The middle section of the image is overlaid with a semi-transparent orange-brown rectangle containing the title. The bottom section is overlaid with a semi-transparent dark blue rectangle containing the company logo.

Informe de Sostenibilidad 2024



**Clínica
Bíblica**



Informe de Sostenibilidad 2024

Mensaje Institucional	4
Resumen gráfico de resultados 2024	6
Alcance	6
SECCIÓN 1:	
Contenidos generales	9
SECCIÓN 2:	
Acreditaciones y Objetivos de Desarrollo Sostenible	24
SECCIÓN 3.1:	
Determinación de los temas materiales GRI 3-1 y 3-2	27
SECCIÓN 3.2:	
Temas materiales y compromisos de gestión GRI 3-3	34
● Dimensión Ambiental	35
● Dimensión Social	56
● Dimensión Gobernanza	100
SECCIÓN 4:	
Índice de referencia	108

Mensaje Institucional

Con mucha satisfacción presentamos nuestro segundo informe de Sostenibilidad, referenciado con base en los estándares del Global Reporting Initiative (GRI por sus siglas en inglés) y para el Período del 1 de enero al 31 de diciembre del 2024. En este segundo informe se mantienen los 13 temas materiales identificados en 2023, que a su vez se desglosan en 24 impactos de los cuales 13 son negativos y 11, positivos.

Si bien es cierto, hemos adquirido una serie de compromisos al año 2030, estos primeros dos años de implementación han generado una serie de experiencias y aprendizajes muy valiosos. Nos sentimos muy complacidos con el esfuerzo de todos nuestros Colaboradores, con quienes vamos construyendo poco a poco, una operación cada vez más sostenible en el tiempo, comprendiendo que hay retos que podemos ir mejorando de manera inmediata y otros para los cuales necesitamos más tiempo para su desarrollo.

Hemos comprendido la importancia que conlleva el ejercicio de nuestra operación de una forma sostenible, entendiendo nuestro propósito que busca generar más valor para nuestros Pacientes, manteniendo los niveles de Calidad y Seguridad que caracterizan a nuestro Hospital.

Somos una organización sin fines de lucro donde hemos articulado y estructurado una red de servicios de salud con una fuerte inversión en los últimos años para fortalecer nuestros programas sociales, integrando a la Sostenibilidad como parte fundamental de nuestra estrategia corporativa.

Agradecemos profundamente a todo nuestro personal, por su compromiso y dedicación, entendiendo que el informe de Sostenibilidad es importante, pero más aun, el desarrollo de las diferentes actividades plasmadas en cada compromiso. También, queremos agradecer a nuestra Junta Directiva por apoyar este ejercicio, facilitando la implementación de las diferentes actividades y metas que nos hemos propuesto.



Maex. Gerardo Sánchez Cordero
Director General



Ing. Andrés Alvarado Calvo
Gerente de Calidad y Ambiente

A continuación, presentamos un resumen de nuestras acciones en 2024.

Dimensión Ambiental: destaca el inicio de la implementación del plan maestro para la nueva planta de tratamiento de aguas residuales de nuestra Sede Central. Por su parte, a nivel de emisiones, logramos una reducción de 113.1 toneladas de CO₂ eq. gracias al cambio de una secadora de gas LP por una nueva que usa electricidad, así como la continuidad en la reducción de emisiones por el uso de gases de anestesia en salas de Cirugía, entre otros detalles. En materia de residuos tenemos un reto muy grande en relación con los programas de economía circular, donde estamos planeando algunas actividades a nivel de residuos de compostaje y de residuos de la construcción para 2025.

Dimensión Social interna: en 2024 se logró capacitar a 243 Colaboradores de nuevo ingreso en temas relacionados con los derechos humanos. A su vez, 378 colaboradores participaron en las actividades del Programa de Bienestar, superando la meta inicial establecida. El porcentaje del personal femenino en puestos de liderazgo fue de un 52%. En materia de rotación del personal, el resultado fue de un 15.75%, para lo cual se están implementado iniciativas clave como el programa Construyendo Liderazgo, enfocado en el desarrollo de competencias personales y sociales en nuestras Jefaturas, además del fortalecimiento del programa Bienestar, que promueve la salud física, mental y emocional de nuestros equipos.

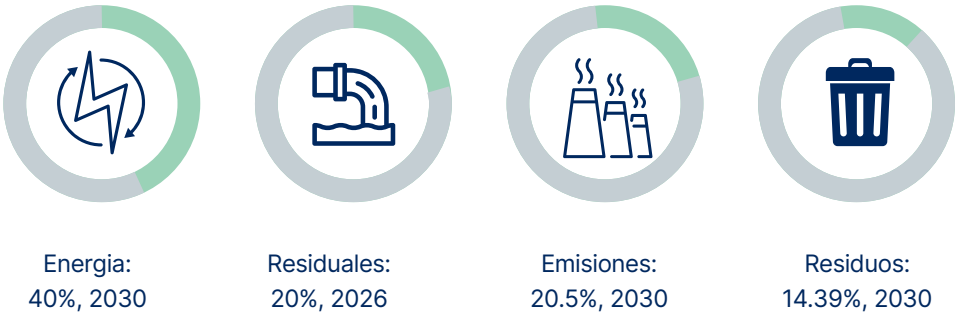
Dimensión social externa: a través del Programa de Acción Social, se lograron resultados muy positivos, dentro de los cuales destaca la implementación de 6475 mamografías, 158 cirugías solidarias superando la meta inicial anual, 900 exámenes de detección de cáncer de cérvix cuya meta hemos modificado por la aplicación de nuevas normativas que consideran una mayor especialización. En materia de Seguridad integramos a 11 Contratistas clave en una serie de actividades que buscan mejorar sus niveles de seguridad ocupacional en nuestras instalaciones, lo anterior a través del Formulario de Verificación de Actividad Segura. A su vez, logramos mantener resultados muy positivos en Maternidad (99.3% en el uso de los dos brazaletes identificadores en Maternidad) y una tasa de infecciones asociadas a sitio quirúrgico del 0.56% muy por debajo de la meta del 3%. Por otro lado, iniciamos las gestiones contractuales para la implementación del nuevo expediente electrónico hospitalario. En relación con nuestro programa PROA, para el uso óptimo de antibióticos, si bien es cierto, se logra la meta propuesta con antelación, se desea mantener este seguimiento, debido a su importancia (resultado del 80.6%). En relación con el Net Promoter Score y la experiencia de nuestros pacientes, el resultado obtenido fue de 71.64, para el cual seguimos proyectando una serie de actividades de mejora continua. Finalmente, en materia de ciberseguridad, el Hospital continúa realizando esfuerzos importantes que incluso se verán potenciados en el mediano plazo, a través de la certificación HIMSS.

Dimensión económica: logramos implementar un análisis de brecha en relación con la implementación de las normas NIIF S1 y S2, lo que nos ayudará en nuestros planes de adaptación al cambio climático. A su vez, hemos venido trabajando en el diseño del proceso de compras sostenibles por aplicar en 2025. También, ha sido fundamental la participación del Gobierno Corporativo en toda la gestión relacionada con la Sostenibilidad. Finalmente, y como parte del ejercicio de relacionamiento con los grupos de interés, a finales del año 2024, se inició la formulación de una herramienta para identificar los posibles impactos ambientales, sociales y económicos de nuestro Hospital, cuya implementación final se desea realizar en 2025.

Resumen gráfico de resultados 2024

En las siguientes gráficas, se muestra un resumen de resultados y porcentaje de avance (cualitativo o cuantitativo) para cada tema material y la descripción del año en el cual deseamos culminar cada acción:

Dimensión Ambiental:



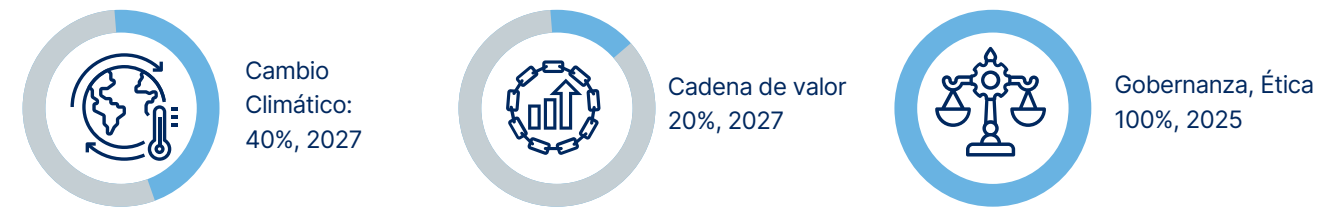
Dimensión Social externa:



Dimensión social interna:

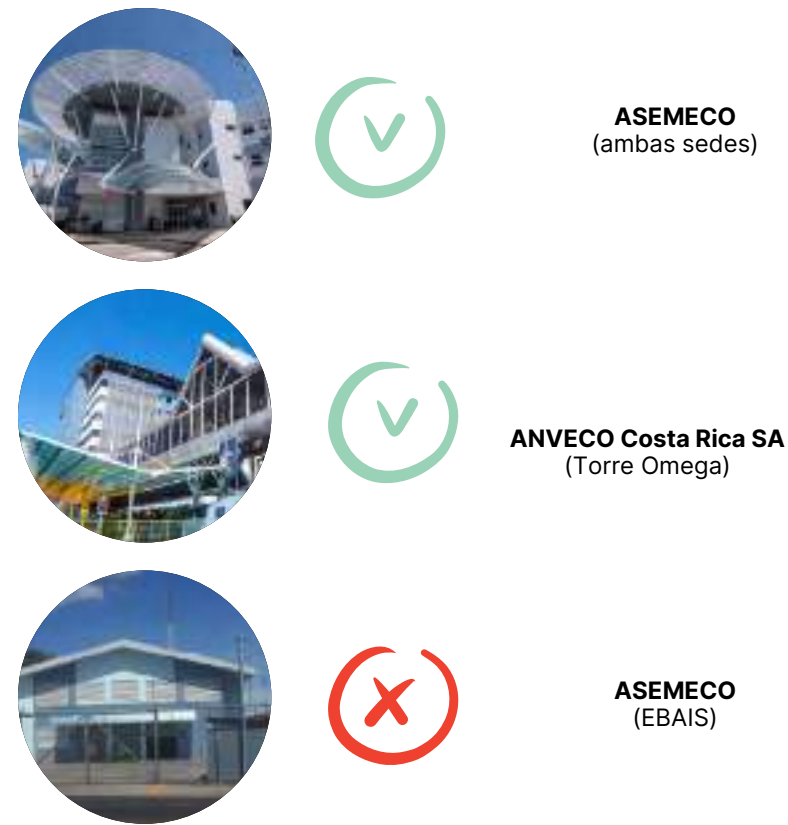


Dimensión económica:



Alcance

Alcance: este es el segundo informe de Sostenibilidad con referencia a los estándares del Global Reporting Initiative cuyo alcance abarca ASEMECO y ANVECO con excepción de los EBAIS. Las informaciones presentadas corresponden al año 2024 y el plan de compromisos de gestión abarca el Período 2025-2030. Según corresponda, se presenta una comparación de resultados para los años 2023 y 2024.



SECCIÓN 1
1. Contenidos generales

2-1 Detalles organizacionales

La Asociación de Servicios Médicos Costarricenses (ASEMECO) fue constituida el 8 de abril de 1972, como una figura jurídica sin fines de lucro. Corresponde a una empresa 100% costarricense cuya principal actividad es brindar servicios médicos hospitalarios, siendo su domicilio central entre las calles central y primera, y avenidas 14 y 16 de la provincia de San José de la República de Costa Rica.

ASEMECO es propietaria del Hospital Clínica Bíblica y controladora de Anveco Costa Rica, S.A. la cual es una entidad cuya actividad principal es el arrendamiento de inmuebles.

El Hospital Clínica Bíblica es un hospital privado en Costa Rica que ofrece servicios médicos especializados: maternidad, laboratorio clínico y patológico, centro de vacunación, farmacia 24/7, chequeos médicos preventivos, emergencias médicas y quirúrgicas, hospitalizaciones, cirugías generales y ambulatorias, centros de excelencia en cardiología, centro integrado del aparato digestivo, centro de rehabilitación y terapia física, consultorios médicos, diagnóstico por imágenes y medicina nuclear. Además, cuenta con el Programa de Acción Social la razón de ser, facilitando el acceso a la salud integral de poblaciones con factores de vulnerabilidad cultural, geográfica, y socioeconómica.

Opera en Costa Rica con diferentes servicios y se conforma de la siguiente manera:

• Anveco (Ubicado en San José)

- a. Consultorios Médicos.
- b. Arrendamientos comerciales.

• Sede Central (Ubicado en San José)

- a. Laboratorio Clínico y Patología.
- b. Diagnóstico por Imágenes y Medicina Nuclear.
- c. Emergencias Médicas.
- d. Centro integrado del aparato digestivo.
- e. Centro de Rehabilitación y Terapia Física.
- f. Consultorios Médicos.
- g. Farmacias.
- h. Chequeos médicos y preventivos.
- i. Cirugías generales y ambulatorias.
- j. Hospitalizaciones: unidades de corta estancia, habitaciones y unidades de cuidado crítico.
- k. Maternidad.
- l. Centro de Vacunación.
- m. Programa Acción Social (PAS)

• Sede Santa Ana (Ubicado en Santa Ana)

- a. Laboratorio Clínico.
- b. Diagnóstico por Imágenes.
- c. Emergencias médicas.
- d. Centro de excelencia en endoscopia digestiva.
- e. Consultorios Médicos.
- f. Farmacias.
- g. Chequeos Médicos Preventivos.
- h. Cirugías Ambulatorias.
- i. Centro de Vacunación.



2-2 Entidades incluidas en la presentación de este informe

Las entidades incluidas en la presentación de informes de sostenibilidad corresponden a: Sede Central (excluyendo el segmento Contrataciones Públicas EBAIS), Sede Santa Ana y Torre Médica Omega (Anveco). A partir del año 2025, se estará integrando nuestra nueva sede ALESTE, cuya operación inicia en el 2do semestre de ese año. Los estados financieros consolidados y auditados de ASEMECO incluyen los estados financieros de la Asociación de Servicios Médicos Costarricenses y su subsidiaria Anveco Costa Rica, S.A la cual opera la actividad de arrendamientos de inmuebles.

ASEMECO presenta segmentos de negocios en sus estados financieros como sigue: Farmacia, Laboratorio, Hospital, Cardiología, Santa Ana, Diagnóstico por Imágenes, Urgencias, Contrataciones Públicas Ebais (único excluido dentro del presente reporte de Sostenibilidad), Cirugía, Contratación Administrativa Empresarial, Consultorios Médicos, Parqueo, Patología, Rehabilitación, Endoscopia y Maternidad.

Los estados financieros consolidados y auditados son preparados de conformidad con las Normas Internacionales de Información Financiera “NIIFs” emitidas por el Consejo de Normas Internacionales de Contabilidad (“IASB por sus siglas en inglés”).

La Asociación ha preparado sus estados financieros consolidados sobre la base de que continuará funcionando como una empresa en marcha.

Los estados financieros consolidados de la Asociación son preparados sobre la base de costos históricos excepto por ciertas partidas que han sido valuadas bajo los métodos de valuación que se detallan en el resumen de las principales políticas contables de la institución. Los estados financieros consolidados están expresados en colones costarricenses (₡).

Los estados financieros de la subsidiaria son preparados a la misma fecha de los estados financieros consolidados de la Asociación de Servicios Médicos Costarricenses, utilizando políticas contables uniformes.

Los estados financieros de las subsidiarias se incluyen en los estados financieros consolidados desde el momento en que empieza el control y hasta que éste termina, de conformidad con lo dispuesto en la NIIF 10. El control se establece después de evaluar la capacidad de la Asociación para dirigir las actividades relevantes de las participadas, así como su exposición y sus derechos a rendimientos variables, además de su capacidad para utilizar su poder para influir en los rendimientos de esta. Cuando ha sido necesario, las políticas contables de las subsidiarias han sido alineadas con las políticas adoptadas por la Asociación.

En la actualidad ni la Controladora (ASEMECO) ni la Participada (ANVECO) poseen procedimientos que involucren adquisiciones, fusiones o escisiones que puedan modificar la integración de la base comparativa sobre la que se informa.

2-3 Período del informe, frecuencia y punto de contacto

La empresa reporta la información financiera, operativa y ambiental correspondiente al Período fiscal comprendido entre el 1 de enero del 2024 al 31 de diciembre del 2024, de todas las operaciones de ASEMECO, el cual tiene una frecuencia de información anual. La información financiera se reveló en el mes de julio del año 2025. Los estados financieros consolidados de la Asociación al 31 de diciembre de 2024 fueron aprobados por la Administración para su emisión el 4 de julio del 2025 en la sesión de Junta Directiva número 874. Los reportes de Sostenibilidad se presentan de manera anual con base en los estándares del Global Reporting Initiative (GRI).

La publicación del presente informe corresponde al mes de julio del 2025.

El punto de contacto para cuestiones relacionadas con el presente informe de Sostenibilidad es el Ing. Andrés Alvarado Calvo, Gerente de Calidad y Ambiente a quien se puede contactar en el correo: aalvarado@clinicabiblica.com

2-4 Actualización de la información

Al ser este el segundo reporte de Sostenibilidad, a través del documento se presentan una serie de actualizaciones

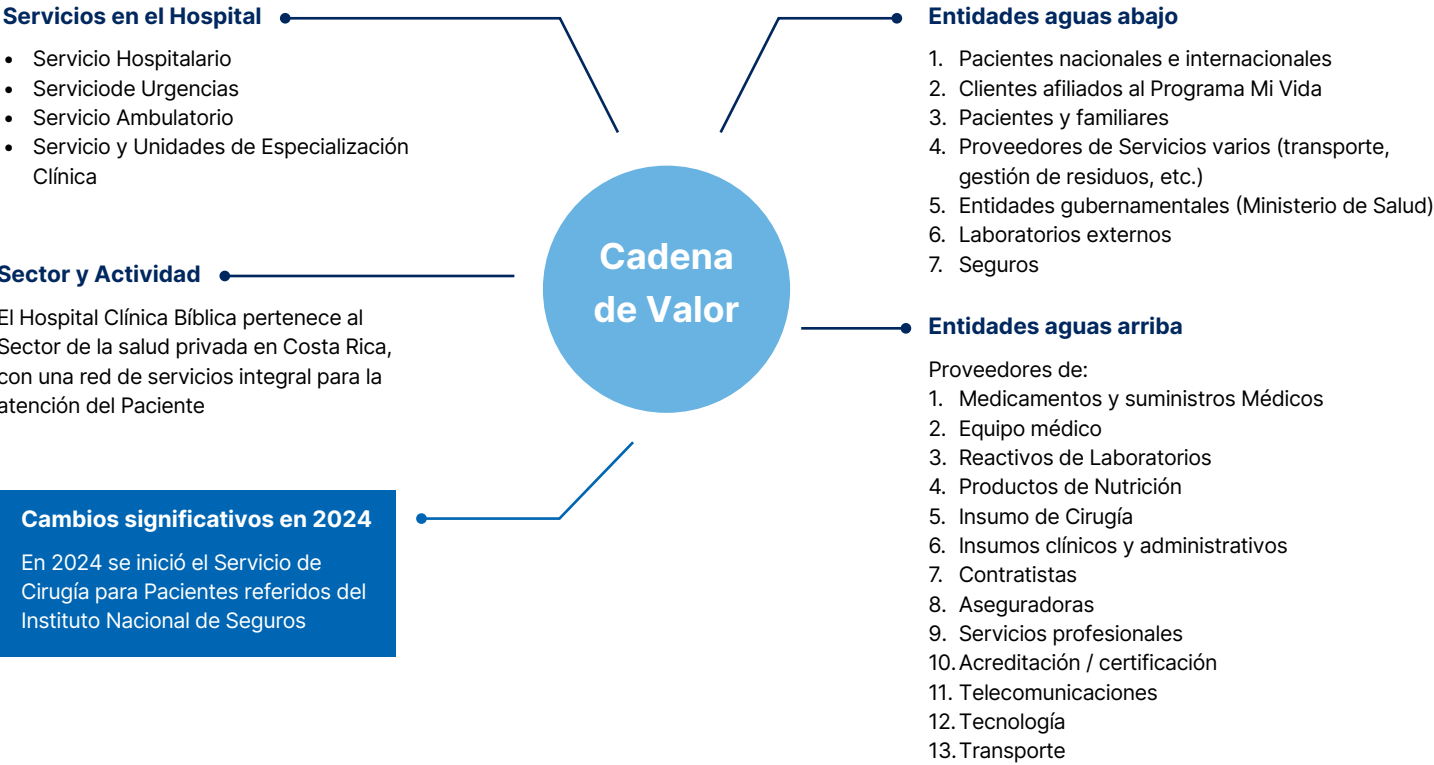
de la información presentada en el Período 2023, integrándole con los resultados del 2024, lo cual permite desarrollar el principio de comparabilidad para ambos años. Dichas actualizaciones especifican el motivo y efectos de su presentación.

2-5 Verificación externa

El presente informe es el segundo que el Hospital Clínica Bíblica desarrolla con base en los estándares GRI, que a su vez se ha desarrollado en la modalidad de referencia. Aún no está previsto que la información sea verificada por una entidad externa. El Gobierno Corporativo ha participado desde el inicio de este proceso, pues se considera fundamental su integración en estos procesos.

2-6 Actividades, cadena de valor y otras relaciones comerciales

En los siguientes esquemas se muestran aspectos relacionados con las actividades más importantes, así como la cadena de valor y de suministros del Hospital, que contribuyen principalmente a la gestión interna de la empresa (esta engloba aspectos como las finanzas y la contabilidad, las adquisiciones, la planificación de la demanda y ciertas áreas no financieras, como los recursos humanos).



Cadena de suministros

La Cadena de Suministros de Hospital se basa en la compra de insumos médicos y administrativos, los cuales son adquiridos mediante dos vías: la primera es por licitación y la segunda es, por contrato.



2-7 Empleados

A continuación, se muestran datos relacionados con el perfil de los empleados en el Hospital los cuales fueron tomados y compilados del sistema de planillas vigente durante los Períodos 2023 y 2024.

Número total de empleados por género y región:

Sede Central



Sede Central 2024

REGIÓN			Total
ALAJUELA	11	8	19
CARTAGO	48	31	79
HEREDIA	32	23	55
SAN JOSÉ	614	370	984
Total	705	432	1137

Sede Central 2023

REGIÓN			Total
ALAJUELA	1	3	4
CARTAGO	9	6	15
HEREDIA	5	2	7
SAN JOSÉ	564	369	933
Total	579	380	959

Sede Santa Ana 2024

REGIÓN			Total
ALAJUELA	2	2	4
CARTAGO	5	4	9
HEREDIA	5	2	7
SAN JOSÉ	88	56	144
Total	100	64	164

Sede Santa Ana 2023

REGIÓN			Total
ALAJUELA	1	2	3
CARTAGO		1	1
HEREDIA		1	1
SAN JOSÉ	91	43	134
Total	92	47	139

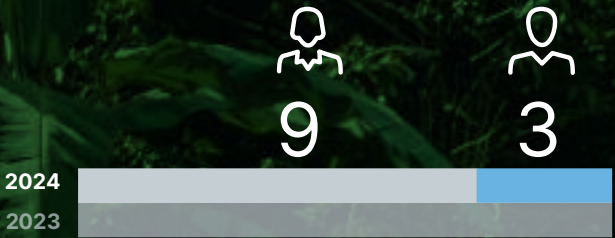
Número total de empleados temporales por género y región:

Sede Central 2024

REGIÓN			Total
SAN JOSÉ	9	3	12
Total	9	3	12

Sede Central 2023

REGIÓN			Total
SAN JOSÉ	12	0	12
Total	12	0	12



Empleados por horas no garantizadas por género y región:
0 empleados en 2024 y 2023.

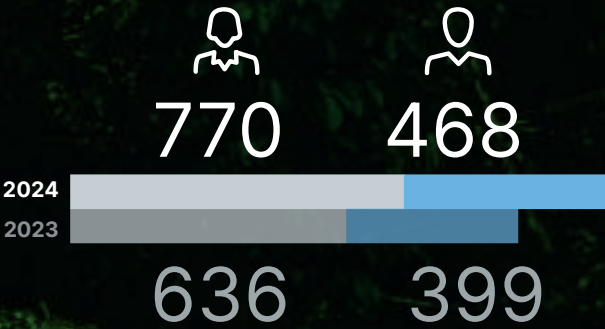
Empleados a tiempo completo por género y región:

Ambas Sedes 2024

REGIÓN		
ALAJUELA	13	10
CARTAGO	52	34
HEREDIA	33	21
SAN JOSÉ	672	403
Total	770	468

Ambas Sedes 2023

REGIÓN		
ALAJUELA	2	3
CARTAGO	9	6
HEREDIA	5	3
SAN JOSÉ	620	387
Total	636	399



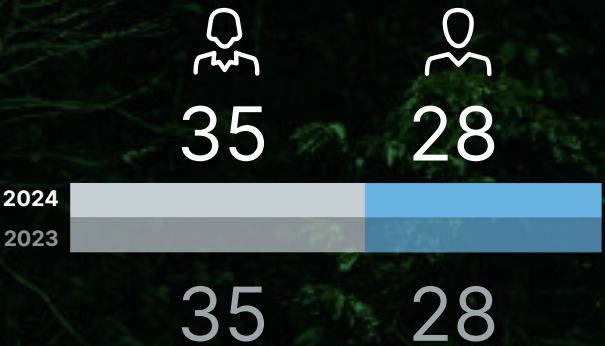
Empleados a tiempo parcial por género y región:

Ambas Sedes 2024

REGIÓN		
CARTAGO	1	1
HEREDIA	4	4
SAN JOSÉ	30	23
Total	35	28

Ambas Sedes 2023

REGIÓN		
ALAJUELA		2
CARTAGO		1
HEREDIA		
SAN JOSÉ	35	25
Total	35	28



2-9: Estructura de Gobernanza:

A continuación, se muestran detalles de la estructura de Gobernanza en el Hospital y la composición de los diferentes grupos que le conforman. La supervisión de los impactos asociados con Sostenibilidad se integra dentro de la ejecución de actividades de los diferentes grupos que se citan a continuación:

Asamblea General de Asociados:

- **Alcance:** Elegir Junta Directiva y al Fiscal, fijar el monto de la garantía que mediante póliza de fidelidad deberá rendir el Tesorero, y, entre otros, conocer los siguientes aspectos: reforma de Estatutos, disolución de la Asociación, sustitución de Fiscal, sustitución cuando proceda de los miembros de Junta Directiva, expulsión de Asociados y cualquier otro asunto que indique la convocatoria.
- **Membresía:** La membresía de la Asociación, y los cargos que se ejercen en los diferentes órganos de esta son gratuitos y ad honorem.
- **Composición:** Actualmente está compuesta por diecisiete (17) Asociados.

Clasificación	Requisitos	Cantidad	Profesión
Asociado Activo	Mayor de edad (+18), haber trabajado en algún Consejo o Comisión por +1 año, y ser recomendado a la Asamblea por +3 Asociados.	15 Asociados	Prrofesionales de la salud (2); ciencias económicas (5); ciencias sociales (2); e ingeniería (1), Pensionados (5)
Asociado De Honor	+20 años de ser Asociado Activo, haber prestado un servicio ininterrumpido y relevante en pro de la Asociación, y ser recomendado a la Asamblea por +3 Asociados.	2 Asociados	Pensionados (2)

Junta Directiva: Electa por la Asamblea General:

- **Alcance:** Nombrar a los administradores del Hospital con facultades de apoderado general, así como a asesores y aquellos empleados necesarios para la buena marcha de la Asociación; fijar la dotación de los empleados; conocer los estados financieros; conocer y aprobar los presupuestos Ordinarios y Extraordinarios y Especiales; emitir los reglamentos internos de la Asociación y, acordar la compra o venta de bienes.
- **Composición:** Compuesta por cinco (5) miembros: Presidente, Vicepresidente, Tesorero, Secretario General y Vocal.

Cargo	Nombre	Período	Años asociado
Presidente	Marco Antonio Pérez Bonilla	2023-2025	+25 años
Vicepresidente	Esteban Brenes Castro	2023-2025	+25 años
Tesorero	Rafael Ramírez González	2023-2025	+5 años
Secretario General	Tomás Monterroso Azofeifa	2023-2025	+15 años
Vocal	Marco Cercone Cabezas	2023-2025	+15 años

Fiscalía: Órgano de vigilancia, nombrado al igual por la Asamblea General:

- **Independencia:** Supeditado únicamente a la Asamblea de Asociados, para velar por la correcta ejecución de las labores de todos los puestos de Junta Directiva y de todos los Asociados en los Consejos o Comisiones en los que trabaje.
- **Alcance:** Recibir cualquier queja sobre el desempeño o marcha de la Asociación, sus empleados, Asociados, u otros; iniciar y concluir cualquier procedimiento de investigación relacionada con el accionar de los Asociados, Miembros de Junta Directiva, o Altas Gerencias; velar porque los miembros de la Junta Directiva cumplan con sus deberes; velar por- que el personal cumpla con sus obligaciones en forma proporcional a los fines, objetivos, medios de la Asociación; vigilar que el trabajo que desempeñe la Auditoría Interna se desarrolle conforme a las normas y técnicas vigentes en la materia; y llevar a cabo cualquier otra investigación que le encomienden la Junta Directiva o la Asamblea.

Cargo	Nombre	Período	Años Asociado
Fiscal	James Hunter Martin	2023-2025	+15 años

Consejos y Comisiones:

- **Consejos:** Órganos permanentes, supeditados a la Junta Directiva. Se encargarán de desarrollar proyectos específicos de la Asociación, y se responsabilizan por la buena ejecución y administración de los fines de la Asociación.

Consejo de Acción Social:

Competencias	Composición
Vela por la apertura, estudio, y ampliación de los Programas de Acción Social; verifica la ejecución y programa los presupuestos destinados para las obras sociales; y supervisar la labor de Gestión de Fondeo externo.	Rafael Ramírez (Presidente del Consejo de Acción Social desde 2023, +5 años Asociado), Esteban Brenes (+25 años Asociado), Roberto Schlager (+15 años Asociado), Carlos Chaves (+2 años Asociado, y +4 años Asesor externo), Dra. Natalie Naranjo (+2 años Asociada, +15 años Asesora en el Consejo de Acción Social, y +20 años médico del Hospital Clínica Bíblica), Laura Brenes (Directora del Programa de Acción Social), y Douglas Fernández (Jefatura del área de Cuidado Espiritual).

Consejo de Auditoría y Riesgo:

Competencias	Composición
Supervisa la labor del Auditor Interno; se encarga de la verificación y eliminación/adición de nuevos estándares de calidad medibles mediante los procedimientos de verificación de calidad y riesgo internacionalmente aceptados; realiza advertencias, y/o recomendaciones a todas las áreas del Hospital, incluyendo Altas Gerencias, y Junta Directiva.	Donald Murillo (Presidente del Consejo de Auditoría y Riesgo desde 2018, +5 años Asociado), Olman Madrigal (+25 años Asociado), Rafael Ramírez (+5 años Asociado), Dra. Natalie Naranjo (+2 años de ser Asociada), Reyner Vargas (Auditor Interno de HCB).

Consejo de Ética:

Competencias	Composición
Verifica los procesos de mejora continua en materia de ética y anticorrupción, conductas y comportamientos de los Asociados, Colaboradores, y Proveedores; y realiza investigaciones en conjunto con la Fiscalía en materia de procesos sancionatorios relacionados con acciones en contra de la ética y corrupción.	Roberto Rodríguez (Presidente del Consejo de Ética desde 2020, +20 años Asociado), Marco Pérez (Presidente de Junta Directiva, y +25 años Asociado) y Luciano Romero (+15 años Asociado).

- i. **Comisiones:** Órganos permanentes o temporales, ordinarias o extraordinarias, supeditados a la Junta Directiva. Se encargarán de estudiar, evaluar y planificar actividades específicas de la Asociación en cuyo caso podrían tener un plazo de vigencia y competencias limitadas al cumplimiento de sus objetivos.

Comisión de Asuntos Jurídicos:

Competencias	Composición	Condición
Verificar, modificar, y/o crear todos los documentos e instrumentos de carácter jurídico de la Asociación, tales como: manuales, índices, reglamentos, y estatutos; de aplicación interna para colaboradores, proveedores, y terceros involucrados con el Hospital.	Lic. Tomás Monterroso (Presidente de la Comisión, +15 años Asociado de ASEMECO), Lic. Jonatán Picado (+4 años Asociado), Lic. Mónica Mora (+30 años Asesora Jurídica y Notaria del Hospital Clínica Bíblica), y Ana Leticia Campos Chaves (+5 años colaboradora en Departamentos Jurídico y Junta Directiva)	Permanente, ordinaria.

Comisión de Nuevos Negocios:

Competencias	Composición	Condición
Verificar y generar la apertura de nuevas líneas de negocio, fuentes de inversión, y conexión con diversos agentes externos en beneficio para la institución.	Marco Cercone (Presidente de la Comisión de Nuevos Negocios, +15 años), Mauricio Mena (+15 años Asociado), Rafael Ramírez (+5 años Asociado).	Permanente, ordinaria.

Comisión de Gestión de Talento:

Competencias	Composición	Condición
Verificar y regular las políticas de salarios para los colaboradores del Hospital Clínica Bíblica, verificar las políticas de descuento aplicables a Asociados, Colaboradores y o terceros; verificar que los procesos de selección y reclutamiento internos y externos se lleven a cabo en cumplimiento de las políticas internas y los estándares nacionales/internacionales; y verificar los procedimientos para el acceso de ascensos y pluses salariales.	Esteban Brenes Presidente de la Comisión de Gestión de Talento, +25 años Asociado), Rafael Ramírez (+5 años Asociado), Gerardo Sánchez (Director General del Hospital Clínica Bíblica), y Evelyn García (Directora de Talento Humano).	Permanente, ordinaria.

Comisión de Educación e Investigación:

Competencias	Composición
Velar por el correcto desarrollo de las áreas de Academia e Investigación; verificar y velar por el cumplimiento técnico y normativo jurídico relacionados con la actividad de academia, investigación clínica, y proyectos de educación superior; velar por el correcto desarrollo de los proyectos de investigación científica y clínica que se impulsan hasta llegar a las etapas finales de implementación y determinación de derechos de propiedad intelectual.	Esteban Brenes (Presidente de la Comisión de Educación e Investigación, +25 años Asociado), Rafael Ramírez (+5 años Asociado), Dr. Rodolfo Garbanzo (Director Médico del Hospital Clínica Bíblica), y Dra. Yazlin Alvarado (Gerente de Docencia e Investigación).

- A continuación se presenta la información de la Comisión de Alianzas y Desarrollo de Recursos la cual había entrado a operar a partir del 15 de diciembre del 2023 y que se procede a incluir en este nuevo informe para consignar su existencia desde ese año:

Comisión de Alianzas y Desarrollo de Recursos:

Competencias	Composición	Condición
Garantizar el desarrollo, ejecución y cumplimiento de la Estrategia de Fondo para el Programa de Acción Social, asegurando la consecución de los recursos necesarios para su implementación y sostenibilidad.	Esteban Brenes Presidente de la Comisión de Gestión de Fondos, +25 años Asociado), Rafael Ramírez (+5 años Asociado), Carlos Chaves (+2 años Asociado, y +4 años Asesor externo), Gerardo Sánchez (Director General del Hospital Clínica Bíblica) y Laura Brenes (Directora del Programa de Acción Social)	Permanente, ordinaria.

2-10: Designación y selección del máximo órgano de Gobierno:

Procesos de designación y selección de la Junta Directiva:

- Órgano designado para la elección: Asamblea General de Asociados.
- Procedimiento para la designación:

Asamblea Ordinaria	Asamblea Extraordinaria
La Junta Directiva y el Fiscal se elegirán cada dos años durante la primera quincena del mes de octubre y tomará posesión el primero de noviembre. La votación es secreta y se hará separada para cada puesto resultando electos los que obtuvieren mayoría simple de votos.	La Asamblea podrá convocar a una Asamblea Extraordinaria para conocer y resolver sobre: la sustitución del Fiscal, o la sustitución de los miembros de Junta Directiva. La votación es secreta y se hará separada para cada puesto resultando electos los que obtuvieren mayoría simple de votos.



Criterios utilizados para la designación:

Cargo	Diversidad	Formación Académica	Edad
Junta Directiva	Se busca una correcta representación entre todos los grupos profesionales, de tal manera que no se repita más de dos miembros de la misma profesión, o ni haya una relación de afinidad o consanguinidad hasta el segundo grado.	Tesorero, idealmente, personas con una formación académica en alguna de las áreas de las ciencias económicas. Secretario General, idealmente, personas con una formación académica y/o experiencia profesional en las áreas de las ciencias sociales, letras, u otras afines.	Preferiblemente en edad productiva, e idealmente que disponga del tiempo suficiente para ejercer las responsabilidades de su cargo.
Fiscalía	No se cuenta con requisitos.	Idealmente una persona que tenga experiencia en puestos similares en Junta Directiva o Fiscalía.	Preferiblemente en edad productiva, e idealmente que disponga del tiempo suficiente para ejercer las responsabilidades de su cargo.

2-11: Presidente del máximo Órgano de Gobierno:

- Independencia:** Se trata de un puesto independiente a cualquier otro de la organización, por lo que no es compatible con la tenencia/goce de algún puesto laboral dentro de la Asociación, debido a un conflicto de interés.

Relación Económica	Empleado De La Institución
Cuando se establezca una relación económica permanente entre la institución y algún Asociado (incluyendo el Presidente), de tal manera que por su naturaleza dicha relación sea por tiempo definido o indefinido, tal asociado no podrá formar parte de la Junta Directiva, ni de la Fiscalía, mientras dicha relación se mantenga.	Cuando el Asociado (incluyendo el Presidente), por cualquier circunstancia pase a ser empleado de la Asociación, en cualquier área o departamento, en cuyo caso se le suspenderá la condición de asociado automáticamente. Una vez que desaparezca dicha circunstancia, se le tendrá al asociado como reincorporado a la Asociación, con todos sus derechos originales.

2-12 Función del máximo órgano de Gobierno en la supervisión de la gestión de los impactos

2-13 Delegación de la responsabilidad de gestión de los impactos

2-14 Función del máximo órgano de Gobierno en la presentación de informes de sostenibilidad

2-16 Comunicación de inquietudes críticas

2-17 Conocimientos colectivos del máximo órgano de gobierno

2-24 Incorporación de los compromisos y políticas

2-25 Procesos para remediar los impactos negativos

2-26 Mecanismos para solicitar asesoramiento y plantear inquietudes

2-29 Enfoque para la participación de los grupos de interés

La Junta Directiva ha delegado el seguimiento, formulación y presentación del plan anual de Sostenibilidad en la Gerencia de Calidad y Ambiente, quien en 2024 presentó dichos resultados a la Junta Directiva a través de 3 reuniones y una sesión de estrategia. Las sesiones de Junta Directiva ocurrieron los días 5 de abril, 21 de agosto y 12 de diciembre del 2024. Por su parte, la sesión de estrategia fue realizada el 26 de setiembre del 2024. En todas estas reuniones fue relevante compartir con la Junta Directiva la hoja de ruta que se está adoptando en relación con la gestión de los riesgos ambientales, sociales y económicos. En complemento, la Junta Directiva revisa y aprueba periódicamente la información correspondiente a nuestros Informes de Sostenibilidad. En el caso de nuestro primer informe del año 2023, esta información fue aprobada en la sesión del 5 de abril del 2024. Este segundo informe, correspondiente al año 2024, fue aprobado en la sesión del 23 de abril del 2025.

En la sesión de Estrategia del 26 de setiembre del 2024, se formalizó la Sostenibilidad como uno de los pilares de desarrollo en el Hospital para los próximos 5 años. Por su parte, en la sesión del 12 de diciembre del 2024 se adoptó de manera formal la nueva política de Sostenibilidad del Hospital.

El desarrollo, aprobación y actualización de las políticas, estrategias y objetivos relacionados con el desarrollo sostenible, ha contado con el apoyo de la Junta Directiva. Por su parte, a finales del año 2024, se inició la formulación de una herramienta para identificar los posibles impactos ambientales, sociales y económicos de nuestro Hospital, con el apoyo de nuestras partes interesadas. A su vez, se ha definido una primera lista de posibles grupos de interés que formarán parte de esta revisión, los cuales se

han determinado a partir de los mismos grupos de interés pertinentes que el Hospital gestiona en materia de riesgo, integrando esfuerzos en esta gestión:

- Junta Directiva
- Médicos internos y externos
- Proveedores críticos de insumos y medicamentos
- Aseguradoras
- Farmacéuticas
- Ministerio de Salud
- Pacientes y colaboradores

Esta herramienta será implementada en 2025, a través del software Qualtrics, junto con el proceso de gestión de riesgos ASG (Ambiente, Social y Gobernanza), para robustecer el análisis de materialidad inicial que se había diseñado en 2024. Se proyecta que el tratamiento y debida diligencia de los riesgos ASG será puesto en práctica en 2026 o 2027, ya que primero se debe mejorar el proceso de identificación y evaluación de los temas materiales, considerando no solo la opinión de las calificadoras de riesgo, tal cual se había hecho en 2023, sino también, a través del análisis del modelo de doble materialidad que el Hospital estará diseñando en 2025. A través de este proceso, se estará integrando a la Junta Directiva, en la supervisión de las actividades de Debida Diligencia con el fin de lograr la eficacia de estas acciones.

Con relación a las inquietudes críticas, GRI les define como aquellas inquietudes sobre los impactos negativos reales y potenciales sobre los grupos de interés que se plantean a través de mecanismos de queja y reclamación. En este sentido, se espera que a través del proceso de tratamiento de la debida diligencia por desarrollar en 2026/2027, se pueda ir integrando el tratamiento de estas inquietudes, dentro del sistema de atención de quejas que posee



el Hospital, integrando esfuerzos con los mecanismos de trazabilidad que se están implementando a través de Qualtrics, para su posterior comunicación a la Junta Directiva a través de las sesiones de seguimiento de los resultados del plan anual de sostenibilidad, generando un mecanismo provechoso para nuestro Hospital.

Finalmente, en relación con la generación de conocimiento colectivo en materia de sostenibilidad para los miembros de la Junta Directiva, durante el 2024 se diseñó una capacitación para el personal del Hospital la cual abarca temas relacionados con sostenibilidad, descarbonización y Cambio Climático, la cual fue presentada a su vez, a 243 colaboradores de nuevo ingreso durante ese mismo año. En este sentido, se proyecta durante el año 2025, replicar esta capacitación no solo al personal en general, sino también a los miembros de la Junta Directiva para uniformar criterios en estas ideas.

A través de todas las actividades que se han descrito anteriormente, el Hospital proyecta ir incorporando sus compromisos y políticas para una conducta empresarial responsable, integrando posteriormente, la descripción de procesos de remediación de sus impactos negativos, reclamaciones, integrando para ello la participación de los grupos de interés.

2-15 Conflictos de interés

El máximo órgano de gobierno (Junta Directiva), asegura la prevención y mitigación de los conflictos de interés mediante la firma de una declaración jurada. Todos los miembros del órgano están obligados a presentar, de manera anual, una declaración jurada en la que se detallen posibles conflictos de interés, tanto personales como profesionales. Esta declaración es revisada minuciosamente para identificar y gestionar cualquier situación potencial que pudiera comprometer la imparcialidad y la integridad en la toma de decisiones. En caso de detectar un potencial conflicto, lo miembros de la Junta Directiva se someten a una investigación para determinar la gravedad del incumplimiento y la sanción aplicable, la cual puede ir desde la suspensión hasta la destitución del miembro. Se

informa de manera transparente a todos los grupos de interés relacionados a los miembros de la Junta Directiva, para subsanar eventuales conflictos de interés que puedan surgir. Lo anterior queda registrado en el documento FO.AL-027. Declaración de conflictos de interés para Miembros de la Junta Directiva.

2-18 Evaluación del desempeño del máximo órgano de gobierno

Se aplican tres formularios de evaluación para valorar la gestión de la Junta Directiva: uno a los propios miembros de la Junta, otro a la totalidad de los asociados y, por último, uno a la administración. Estos formularios permiten obtener una visión integral y objetiva del desempeño y la eficacia del máximo órgano de gobierno en la supervisión de la gestión de la organización. Con el fin de garantizar un proceso justo y transparente, proporcionando una evaluación precisa y objetiva del desempeño de la Junta Directiva, las evaluaciones son totalmente independientes e individuales, estas se aplican una vez al año, de acuerdo con el Período fiscal vigente según la legislación costarricense. Los resultados que arroja cada evaluación son analizados por la figura de la Fiscalía, quien se encarga de presentarlos ante la totalidad de los asociados, gestionando los acuerdos correspondientes, de acuerdo con los hallazgos destacados en cada evaluación, lo cual puede incluir diversos cambios dentro de la Junta Directiva y en las prácticas organizativas, asegurando que la Junta Directiva opere de manera eficiente y en el mejor interés de la organización y sus partes interesadas. Los resultados de las evaluaciones mencionadas anteriormente presentaron el 4 de julio del 2025. Todo lo anterior, se complementa con el seguimiento de la Junta Directiva a los diferentes compromisos de gestión en materia de sostenibilidad.

2-22 Declaración sobre la estrategia de desarrollo sostenible

A continuación, se cita la nueva Política de Sostenibilidad, adoptada en la sesión de Junta Directiva del 12 de diciembre del 2024:

“Desarrollar las actividades hospitalarias de forma sostenible en materia ambiental, económica y social con el apoyo de una gobernanza permanente, a través de procesos de debida diligencia en conjunto con sus grupos de interés. Se deben gestionar los riesgos y oportunidades relacionados, considerando el respeto de los derechos humanos y las regulaciones vigentes, incorporando un diseño y operación descarbonizados y resilientes al cambio climático”.

2-23 Compromisos y políticas

2-27 Cumplimiento de la legislación y las normativas

En materia de legislación y cumplimiento normativo, durante 2024 el Hospital no presentó casos de incumplimiento significativos que hayan derivado en multas o sanciones no monetarias. Por su parte, el Hospital Clínica Bíblica posee una serie de instrumentos a través de los cuales mantiene una conducta responsable, a saber:

- Cumplimiento de la legislación vigente tanto a través de normativa local (reglamentos y leyes asociados con la operación), como a nivel de normativa de Calidad y Seguridad a través del cumplimiento de procesos de acreditación y certificación.
- Como parte de los procesos de debida diligencia que se tenía previsto empezar a diseñar, tomando como referencia la Guía de la OCDE de Debida Diligencia para una Conducta Empresarial Responsable, hacia finales del 2024 se inició con el diseño de la herramienta de consulta para identificar impactos tomando en consideración la opinión de los grupos de interés. Esta herramienta, se estará ejecutando en 2025. A su vez, se ha considerado oportuno que las siguientes etapas de la debida diligencia, puedan ser implementadas entre 2026 y 2027, como se comentó anteriormente.
- El Hospital dispone del Código de Ética MA.DG-001, en el cual se describen los compromisos vigentes relacionados con el respeto de los derechos humanos reconocidos internacionalmente, lo que incluye una declaración que promueve mantener su cumplimiento, integrándose con el valor de la Sostenibilidad como eje central, integrando además, la nueva política de Sostenibilidad de la Organización.
- Este compromiso incluye a nuestros Pacientes y sus Familiares, Colaboradores, Proveedores, Asociados y Junta Directiva. A su vez, se aplica en las actividades de la organización y sus relaciones comerciales, integrando a los grupos de interés pertinentes.

- Los compromisos y políticas son comunicados a los Colaboradores y otras partes interesadas, por diferentes medios de comunicación como la Intranet del Hospital y también a través de los procesos de contratación.

2-28 Afiliación a asociaciones

A continuación se citan las asociaciones del sector hospitalario en las cuales la Clínica Bíblica posee una actividad permanente, influenciando acciones relacionadas con el desarrollo sostenible y la gestión de calidad y seguridad:

- Cámara Costarricense de la Salud: busca promover el desarrollo responsable del sector salud centrado en el bienestar de la persona
- La Asociación de Hospitales Privados de Centroamérica, Panamá y República Dominicana: a través de la cual se comparten experiencias en materia de calidad y seguridad que permitan mejorar la operación en sus Hospitales
- Alianza Alsalus: conformada por la Caja Costarricense del Seguro Social, el Hospital Clínica Bíblica, Auto Mercado, Banco Nacional, y la Fundación ALIARSE. Orientada a la detección temprana del cáncer de mama en Costa Rica, mediante la operación de una unidad móvil de mamografía que visita mujeres en diferentes comunidades del país
- Iniciativa de Salud Centroamericana (CAHI por sus siglas en Inglés): foro a través del cual se comparten experiencias con énfasis en la mejora del acceso a los servicios de salud, especialmente en Pacientes con una situación de vulnerabilidad
- Red global de Hospitales Verdes y Saludables: comunidad mundial de hospitales y sistemas de salud, que buscan descarbonizar sus actividades promoviendo una mejora en la salud ambiental

2-30 Convenios de negociación colectiva

La Clínica Bíblica no cuenta con convenios de negociación colectiva.

Información no incluida en el presente reporte:

- 2-8 Trabajadores que no son empleados, 2-19 Políticas de remuneración, 2-20 Proceso para determinar la remuneración y 2-21 Ratio de compensación total anual.



2.

SECCIÓN 2

Accreditaciones y Objetivos de Desarrollo Sostenible

- Accreditaciones y otros reconocimientos. Puede usar la información que viene en el siguiente enlace [Accreditaciones \(clinicabiblica.com\)](https://clinicabiblica.com).

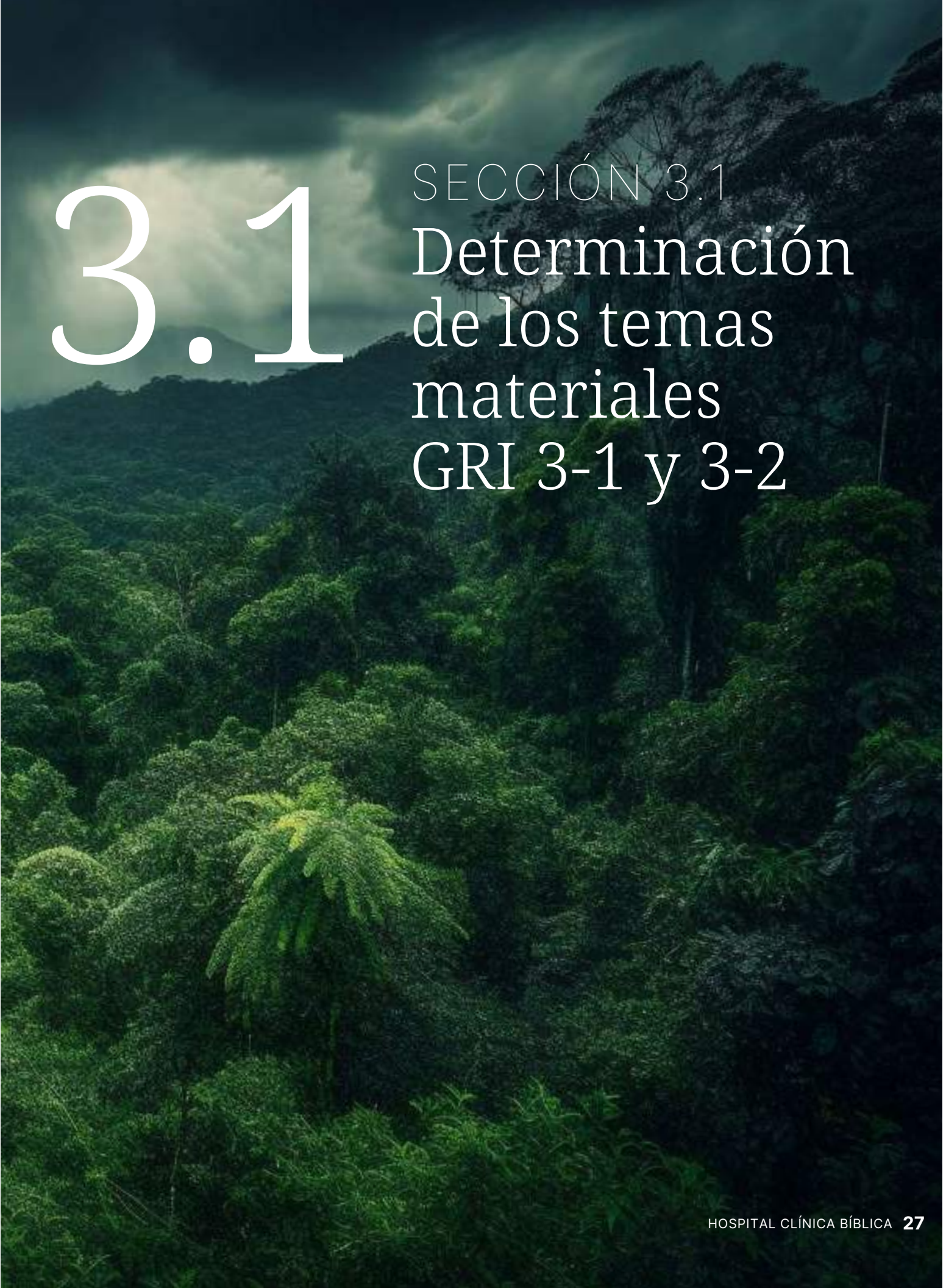


- Integración con los Objetivos de Desarrollo Sostenible

En las siguientes figuras, se presentan los diferentes Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y su integración con los diferentes Compromisos de Gestión e Impactos que el Hospital ha identificado y mantenido en este 2do reporte:



Dimensión Ambiental	GRI 1	Energía	7 AFFORDABLE AND CLEAN ENERGY	11 SUSTAINABLE CITIES AND COMMUNITIES	13 CLIMATE ACTION
	GRI 2	Aguas residuales	6 CLEAN WATER AND SANITATION		
	GRI 3	Emisiones	7 AFFORDABLE AND CLEAN ENERGY	11 SUSTAINABLE CITIES AND COMMUNITIES	13 CLIMATE ACTION
	GRI 4	Residuos	12 RESPONSIBLE CONSUMPTION AND PRODUCTION	13 CLIMATE ACTION	
Dimensión Social	GRI 5 al 7	Gestión laboral	5 GENDER EQUALITY	8 DECENT WORK AND ECONOMIC GROWTH	10 REDUCED INEQUALITIES
	GRI 8	Seguridad de Contratistas	8 DECENT WORK AND ECONOMIC GROWTH		
	GRI 9	Salud y Seguridad del Personal	3 GOOD HEALTH AND WELL-BEING	8 DECENT WORK AND ECONOMIC GROWTH	10 REDUCED INEQUALITIES
	GRI 11 al 15	Bienestar y desarrollo comunitario	3 GOOD HEALTH AND WELL-BEING	4 QUALITY EDUCATION	8 DECENT WORK AND ECONOMIC GROWTH
	GRI 16 al 20	Seguridad y Esperiencia del Paciente	3 GOOD HEALTH AND WELL-BEING		10 REDUCED INEQUALITIES
	GRI 21	Seguridad de la Información	3 GOOD HEALTH AND WELL-BEING		17 PARTNERSHIPS FOR THE GOALS
Dimensión Ambiental	GRI 22	Cambio Climático	11 SUSTAINABLE CITIES AND COMMUNITIES	13 CLIMATE ACTION	
	GRI 23	Cadena de valor	11 SUSTAINABLE CITIES AND COMMUNITIES	12 RESPONSIBLE CONSUMPTION AND PRODUCTION	13 CLIMATE ACTION
	GRI 24	Gobernanza y ética	16 PEACE, JUSTICE AND STRONG INSTITUTIONS		



3.1

SECCIÓN 3.1

Determinación de los temas materiales

GRI 3-1 y 3-2

3-1 Proceso de determinación de los temas materiales

La determinación de los temas materiales se mantiene igual a la del año 2023 en el cual se presentó nuestro primer informe de Sostenibilidad. Por tanto, en 2024 se mantiene el análisis de diferentes calificadoras internacionales en materia de riesgos ASG para el sector de la Salud. Como parte del proceso de crecimiento del análisis de materialidad, y también integrado a la normativa de Joint Commission bajo la cual el Hospital se encuentra acreditado, en 2025 se culminará el diseño de una herramienta de doble materialidad, la cual se empezó a diseñar en 2024, momento en el cual incluso se contrataron los servicios de la firma EY, para generar un análisis de brecha de las normas NIIF S1 y S2, para determinar las diferentes necesidades asociadas con estas nuevas normas, que ahora entrarán a regir a partir del año 2028. Joint Commission es el ente que ha acreditado al Hospital durante más de 15 años en materia de Calidad y Seguridad en la atención hospitalaria, y en su edición más reciente de la norma (8va edición), está incorporando el capítulo denominado “Global Health Impact”, el cual solicita una serie de actividades integradas con temas de Sostenibilidad, de allí que

este análisis de brechas, junto con la aplicación de esta nueva edición de la norma JCI, potenciarán si duda en 2025, el diseño final citado de doble materialidad. Por otro lado, dentro de los planes de mejora continua que el Hospital había definido en su primer informe del 2023, se encontraba la identificación de impactos con el apoyo de los grupos de interés, como parte del diseño de los procedimientos de Debida Diligencia. Hacia finales del 2024, se diseñó casualmente una encuesta para involucrar en 2025 a las partes interesadas, para nutrir junto con el diseño de la doble materialidad, una nueva evaluación que se proyecta sea realizada en 2025.

3-2 Lista de temas materiales

En el siguiente esquema se muestran los temas materiales de este segundo informe, que mantienen los mismos impactos que se habían identificado en 2023, incluyendo sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados, así como la cantidad de impactos positivos y negativos asociados para cada tema. Se espera que con el diseño de la nueva herramienta de doble materialidad citada en el apartado anterior, para el informe de Sostenibilidad del 2025, que será presentado en 2026, podrían registrarse algunos cambios en este listado.

TEMA MATERIAL	NUMERACIÓN	IMPACTOS (13-,11+)
Gestión de la Energía	A-GRI 1	1 Impacto -
Gestión de las aguas residuales	A-GRI 2	1 Impacto -
Emisiones	A-GRI 3	1 Impacto -
Gestión de Residuos	A-GRI 4	1 Impacto -
Gestión Laboral	S-GRI 5 al 7	2 Impactos +,1 -
Seguridad de contratistas	S-GRI 8	1 Impacto -
Salud y seguridad del Personal	S-GRI 9	1 Impacto +
Bienestar y desarrollo comunitario	S-GRI 10 al 15	3 Impactos +,3 -
Seguridad y Experiencia del Paciente	S-GRI 16 al 20	3 Impactos +,2 -
Seguridad de la Información	S-GRI 21	1 Impacto +
Cambio Climático	G-GRI 22	1 Impacto -
Cadena de valor	G-GRI 22	1 Impacto -
Gobernanza y ética	G-GRI 23	1 Impacto +



Los temas materiales correspondientes a este segundo informe de Sostenibilidad para el año 2024, se mantienen iguales a los que se habían presentado en 2023. Como se explicó anteriormente, se espera que para el tercer informe de sostenibilidad (año 2025) a ser publicado en 2026, se pueda tener algún cambio en los temas materiales, partiendo del diseño y aplicación final de la nueva herramienta de materialidad. A continuación, se muestra el desarrollo de los 13 temas materiales que se mantienen con sus respectivos impactos (GRI 1 al GRI

24) que han sido numerados de manera consecutiva, así como los respectivos compromisos de gestión según GRI 3-3 para cada impacto:

3-3 Gestión de los temas materiales (cuadro resumen)

A continuación se muestra la lista resumen de temas materiales, impactos y una serie de detalles que caracterizan dicha información.

13 Temas materiales (24 impactos: 13- y 11 +)



Ambiental: Gestión de las energías (1), Gestión de las aguas residuales (1) Emisiones (1) y Gestión de residuos (1)

Social: Gestión laboral (3), Seguridad de Contratistas (1), Salud y seguridad de Personal (1), Bienestar y desarrollo comunitario (6), Seguridad y Experiencia de Paciente (5) y Seguridad de la Información (1)

Economía: Cambio Climático (1), Cadena de valor (1) y Gobernanza y Ética (1)

Lista de Temas materiales Hospital Clínica Bíblica

	# impacto	Tema material	Real o potencial	Relacionado con derechos humanos	Positivo o negativo	Relación con impactos negativos por HCB o en cadena de valor
GRI 1	Necesidad de disminuir el consumo de combustibles fósiles por uso de fuentes renovables (paneles solares y paneles fotovoltaicos)	Gestión de la Energía	Potencial		Negativo	HCB
GRI 2	El agua residual de los edificios en Sede Central no posee un proceso de desinfección al ser descargada al alcantarillado sanitario. A pesar de que se cumple con la legislación vigente, debido a que este parámetro no se solicita en los reportes operacionales de aguas residuales, como parte de la descarga en el alcantarillado sanitario, se define el impacto en función de la descarga actual que posee una posible afectación en fauna en ríos una vez el agua llega a cuerpo receptor finalmente.	Gestión de las aguas residuales	Real		Negativo	HCB
GRI 3	Contribución al calentamiento global como parte de las emisiones de gases de efecto invernadero del Hospital.	Emisiones	Potencial		Negativo	HCB
GRI 4	Generación de una cantidad importante de residuos que finalmente se envían a disposición final a un relleno sanitario.	Gestión de Residuos	Potencial		Negativo	Cadena de valor
GRI 5	Cobertura del personal en capacitaciones relacionadas con temas de derechos humanos.	Gestión laboral	Real	x	Positivo	NA
GRI 6	Más de la mitad del personal femenino ocupa puestos de liderazgo.	Gestión laboral	Real	x	Positivo	NA
GRI 7	Impacto relacionado con las tasas de rotación del personal en la gestión hospitalaria.	Gestión laboral	Real	x	Negativo	HCB
GRI 8	No existen mecanismos para dar trazabilidad a las medidas de seguridad ocupacional ni tampoco para determinar la cantidad real de contratistas que laboran en el Hospital a través de servicios contratados en las áreas críticas. Lo anterior implica también el seguimiento de los accidentes y enfermedades para estos proveedores críticos y su cobertura real a nivel del Seguro Social o Riesgos del Trabajo.	Seguridad de Contratistas	Real	x	Negativo	HCB
GRI 9	Impacto positivo en la salud y seguridad de los Colaboradores a través de una serie de programas como Medicina de Empresa y otras actividades como la Semana de la Salud, Taller de Cuidado Personal, Webinars, Programa de bienestar donde se imparten charlas como Finanzas Saludables, entre otros.	Salud y seguridad del Personal	Real	x	Positivo	NA
GRI 10	Alianza para la detección temprana del cáncer de mama, siendo este cáncer, el primero en incidencia y mortalidad en la población femenina en CR. Este programa sensibiliza, educa y facilita anualmente el acceso a una mamografía a más de 6.000 mujeres, que viven en condición de vulnerabilidad en zonas rurales y cordón fronterizo.	Bienestar y desarrollo comunitario	Real	x	Positivo	NA
GRI 11	Las personas que reciben los servicios sociales minimizan su esfuerzo por formar parte del sistema de cotización y aseguramiento nacional (CCSS) durante los 2 años que PAS facilita el acceso a familias en condición de vulnerabilidad.	Bienestar y desarrollo comunitario	Potencial		Negativo	HCB
GRI 12	Deserción superior al 10% de estudiantes del Programa de técnicos o diplomados de la salud del IPA que poseen una beca social de PAS.	Bienestar y desarrollo comunitario	Real	x	Negativo	HCB
GRI 13	Brecha existente en la identificación conjunta de las necesidades y expectativas comunitarias versus la oferta de iniciativas sociales de PAS.	Bienestar y desarrollo comunitario	Real		Negativo	HCB
GRI 14	Programa de Cirugías Solidarias dirigido a personas que viven en condición de vulnerabilidad, incluyendo los estudios de pre operatorios y hospitalización requerida en cada caso.	Bienestar y desarrollo comunitario	Real	x	Positivo	NA
GRI 15	Programa de detección de cáncer de cérvix a través de la donación anual de +2.000 estudios de monocapa. Este cáncer ocupa el cuarto lugar en mortalidad a nivel nacional.	Bienestar y desarrollo comunitario	Real	x	Positivo	NA

Describir actividades o relaciones comerciales en impactos negativos	Grupo de interés principal afectado	Etapas en cadena de valor	Grado de implicación	Medidas para gestionar el tema: remediación, prevención o mitigación (impactos negativos)	Clasificación ASG
a. Reemplazo de bomba de calor por una que tenga refrigerante de bajo impacto, b. Reemplazo de 2 secadoras de LPG por dos eléctricas, c. Reemplazo por luminarias LED conforme se realizan remodelaciones en el Hospital, d. Adquisición de un nuevo controlador para el sistema de aires acondicionados en el edificio en sede central.	Comunidad del Hospital	Consumo	Ocasiona	Mitigación	Ambiental
Implementación de la planta de tratamiento de aguas residuales en sede central.	Comunidad del Hospital	Desecho	Ocasiona	Remediación	Ambiental
Implementación del plan de descarbonización con un primer horizonte al año 2030.	Comunidad del Hospital	Consumo	Ocasiona	Remediación	Ambiental
Reducir los embalajes para el despacho de medicamentos, o bien de insumos médicos, lo cual se va a desarrollar con la colaboración de los proveedores, valorando este proceso desde la etapa de producción.	Proveedores de insumos y medicamentos y fabricantes	Producción	Está directamente vinculado con impactos	Mitigación	Ambiental
NA	Pacientes y colaboradores	Consumo	Ocasiona	NA	Social externo
NA	Colaboradores	Consumo	Ocasiona	NA	Social interno
Acciones que se estarán analizando en conjunto con áreas críticas en el Hospital, con el apoyo de las Jefaturas.	Colaboradores	Consumo	Ocasiona	Remediación	Social interno
Implementación de mecanismos para dar trazabilidad a las medidas de seguridad ocupacional de contratistas.	Otros contratistas Críticos	Consumo	Contribuye a ocasionar	Remediación	Social externo
NA	Colaboradores	Consumo	Ocasiona	NA	Social interno
NA	Comunidad del Hospital	Consumo	Ocasiona	NA	Social externo
Implementación de una herramienta de trazabilidad para reducir este impacto asociado.	Comunidad del Hospital	Consumo	Contribuye a ocasionar	Remediación	Social externo
Control de notas cuatrimestrales y contrato de becas.	Comunidad del Hospital	Consumo	Contribuye a ocasionar	Remediación	Social externo
Implementación de nuevas herramientas para acompañar las necesidades de la Comunidad de manera más estructurada.	Comunidad del Hospital	Consumo	Ocasiona	Remediación	Social externo
NA	Comunidad del Hospital	Consumo	Ocasiona	NA	Social externo
NA	Comunidad del Hospital	Consumo	Ocasiona	NA	Social externo

	# impacto	Tema material	Real o potencial	Relacionado con derechos humanos	Positivo o negativo	Relación con impactos negativos por HCB o en cadena de valor
GRI 16	Implementación de sistema de seguridad de bebés que garantiza el resguardo y la seguridad del paciente.	Seguridad y Experiencia del Paciente	Real	x	Positivo	NA
GRI 17	Mejoras en las herramientas de monitoreo y supervisión relacionas con la limpieza ambiental, de instrumental, cirugía segura y educación continua para el control y prevención de infecciones.	Seguridad y Experiencia del Paciente	Real	x	Positivo	NA
GRI 18	La lentitud en el proceso de registro de la atención clínica puede causar interrupciones innecesarias en el flujo de trabajo del personal clínico, generando tensiones adicionales y restando eficiencia al sistema en general. Se proyecta la implementación de un nuevo sistema de expediente electrónico hospitalario, con proyección al año 2026 para su desarrollo final.	Seguridad y Experiencia del Paciente	Real		Negativo	HCB
GRI 19	Impacto positivo a nuestros Pacientes a través del programa PROA que permite vigilar el correcto uso de antibióticos con la finalidad de mitigar la posibilidad de desarrollar una bacteria multirresistente, siendo un programa costo efectivo y multidisciplinario por el uso racional de los antibióticos, con una rápida recuperación de la salud de los pacientes.	Seguridad y Experiencia del Paciente	Real	x	Positivo	NA
GRI 20	A partir de evaluaciones del Net Promoter Score (NPS), se ha identificado la necesidad de fortalecer la experiencia del paciente buscando canales de información más automatizados y robustos.	Seguridad y Experiencia del Paciente	Real	x	Negativo	HCB
GRI 21	La seguridad de la información y los servicios médicos de los pacientes son robustos asegurando no solo la calidad de la atención sino también la disponibilidad y confidencialidad de los datos.	Seguridad de la Información	Real	x	Positivo	NA
GRI 22	Riesgos para equipamiento, suministros e infraestructura que podría requerir reparaciones costosas o incluso reconstrucción de instalaciones dañadas debido a eventos climáticos como sequías, inundaciones, olas de calor, y huracanes.	Cambio Climático	Potencial		Negativo	HCB
GRI 23	Ausencia de criterios estandarizados para las actividades de compras, lo anterior relacionado con la gestión ambiental y social para los insumos más críticos.	Cadena de valor	Real	x	Negativo	Cadena de valor
GRI 24	Vigilancia y procesos de mejora continua en materia de ética, gobernanza y gestión anticorrupción, que la Junta Directiva realiza sobre los órganos colegiados (diversidad de comisiones, por ejemplo en Auditoría y Riesgos, Ética, Acción Social, Educación e Investigación, Asuntos Jurídicos, Gestiones de Talento y nuevos negocios) que son clave para el impacto general en la Institución.	Gobernanza y ética	Real		Positivo	NA

Describir actividades o relaciones comerciales en impactos negativos	Grupo de interés principal afectado	Etapas en cadena de valor	Grado de implicación	Medidas para gestionar el tema: remediación, prevención o mitigación (impactos negativos)	Clasificación ASG
NA	Pacientes	Consumo	Ocasiona	NA	Social externo
NA	Pacientes y colaboradores	Consumo	Ocasiona	NA	Social externo
Implementación del nuevo sistema de expediente electrónico (Intersystems)	Colaboradores	Consumo	Ocasiona	Remediación	Social interno
NA	Pacientes	Consumo	Contribuye a ocasionar	NA	Social externo
Se contempla la adquisición de un software especializado en administración de experiencias (Experience Management) el cual contribuirá a tener un panorama más amplio y claro sobre el estado de la satisfacción del cliente. Sesiones de capacitación para el personal en contacto directo con clientes, y actualización de políticas internas para priorizar la experiencia del cliente.	Pacientes	Consumo	Ocasiona	Remediación	Social externo
NA	Pacientes y proveedores de TI	Consumo	Está directamente vinculado con impactos	NA	Social externo
Implementación de herramienta y análisis de riesgos ante el cambio climático.	Junta Directiva y Administración	Consumo	Ocasiona	Remediación	Economía
Diseñar y aplicar un esquema de evaluación de proveedores considerando criterios no solo en el entorno económico, sino también en las áreas ambiental y social.	Proveedores de insumos y medicamentos y fabricantes y Pacientes	Producción y distribución	Está directamente vinculado con impactos	Mitigación	Económico
NA	Junta Directiva y Administración	Consumo	Ocasiona	NA	Economía

3.2

SECCIÓN 3.2 Temas materiales y compromisos de gestión GRI 3-3

Ambiental

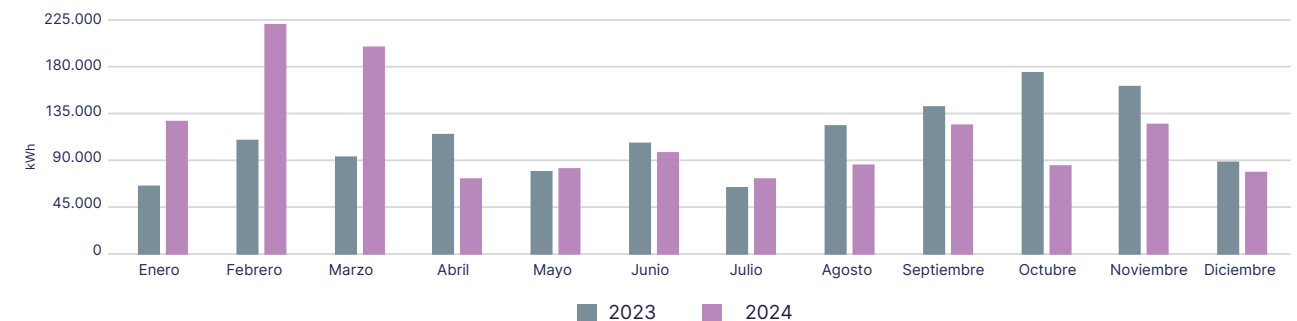
Tema material: Gestión de la Energía (impacto GRI 1)

302-1 Consumo de energía dentro de la organización

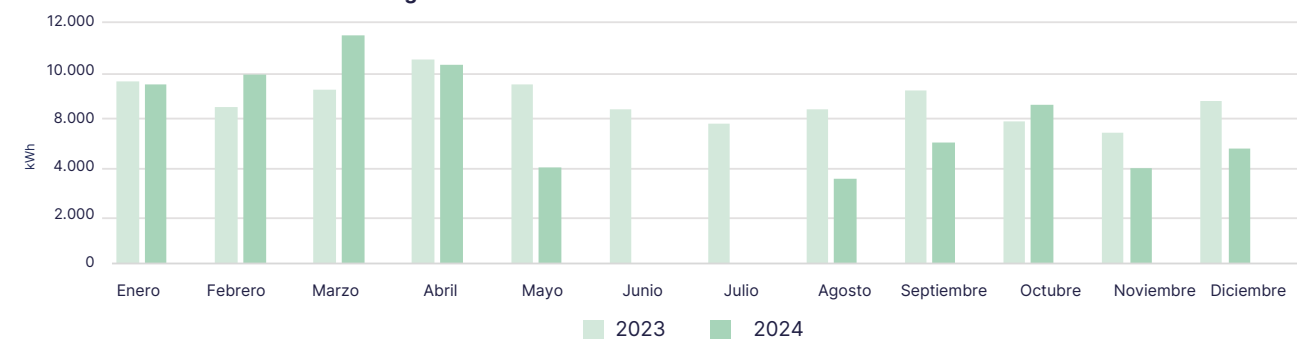
302-3 Intensidad energética

302-4 Reducción del consumo energético

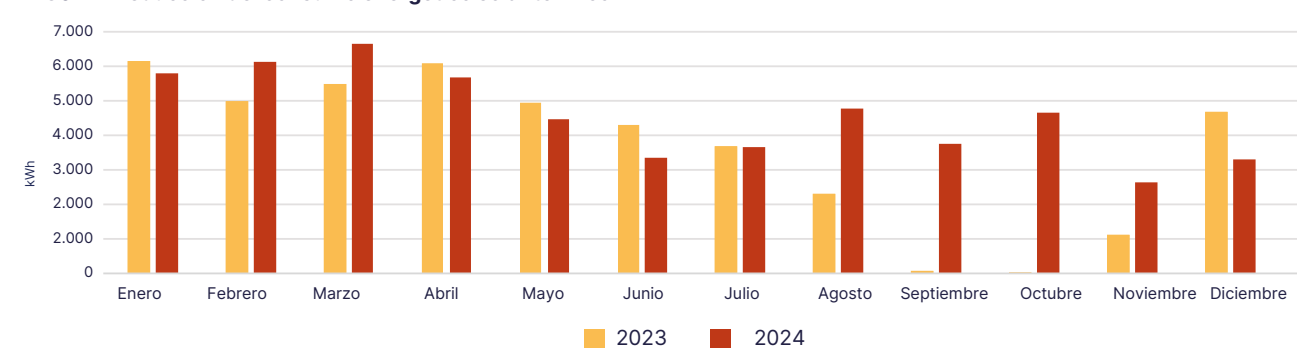
302-1 Consumo de energías no renovables

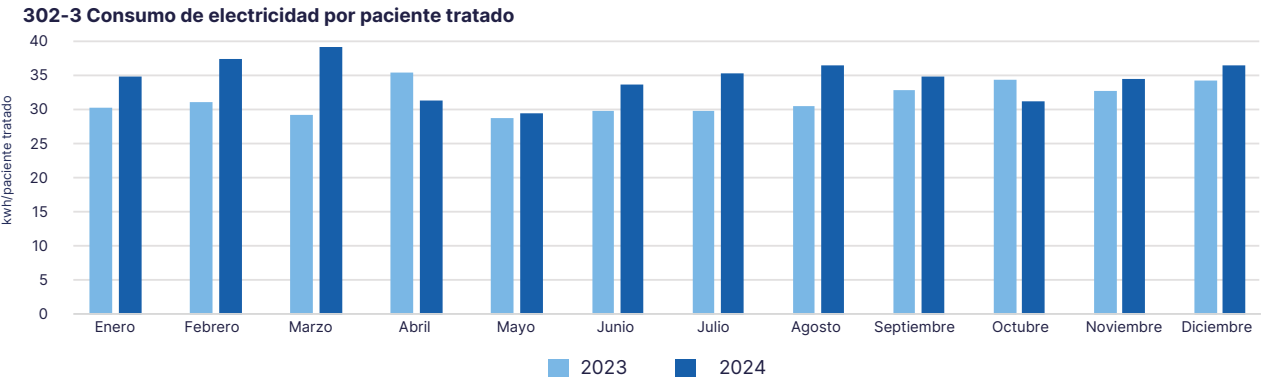
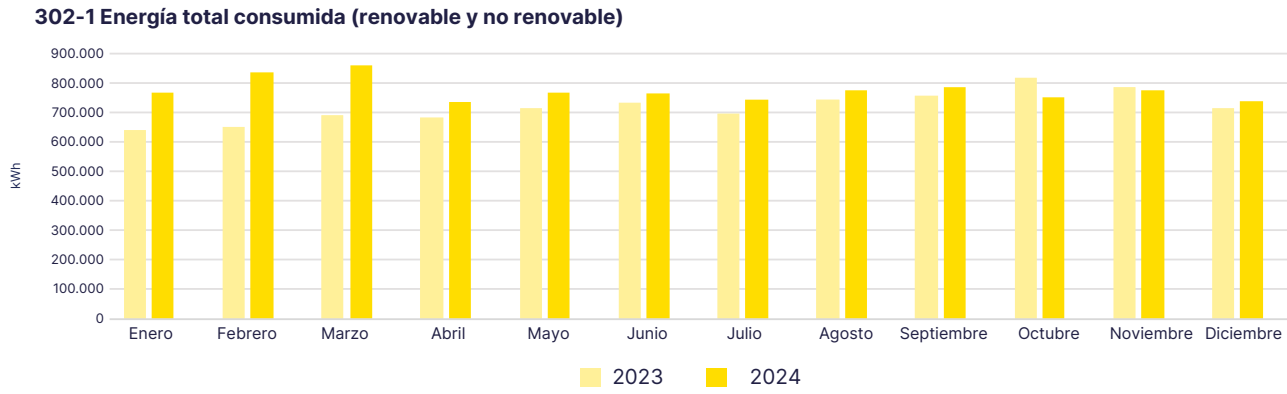
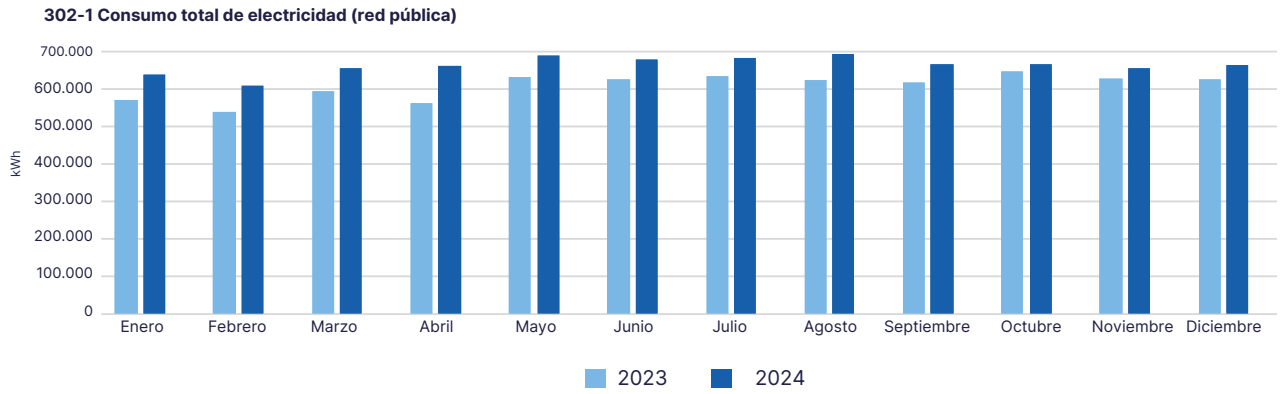


302-1 Consumo de energía renovable de origen fotovoltaico /
302-4 Reducción del consumo energético fotovoltaico



302-1 Consumo de energía renovable de origen solar térmico /
302-4 Reducción del consumo energético solar térmico





Al igual que en el reporte del año 2023, para este segundo reporte y en los siguientes cuadros, se muestra la información correspondiente con el consumo total de combustibles procedentes de fuentes no renovables y renovables dentro de la organización, en julios o múltiplos, incluidos los tipos de combustible utilizados. A su vez, se incluye la información correspondiente al año 2023 y ahora la del 2024, con el fin de mostrar una comparación entre ambos años. Se han usado factores de conversión de litros a MJ y de MJ a kWh, así como poderes calóricos de la Refinadora Costarricense de Petróleo (RECOPE). No se cuenta con datos de consumo de calefacción, refrigeración y vapor. A su vez, la organización no vende energía. A nivel de intensidad energética se han considerado los ratios de consumo energético para fuentes eléctricas y térmicas por paciente atendido y por área de construcción de los

edificios (denominadores considerados). El ratio solo considera el consumo de energía dentro de la organización tanto a nivel de energía eléctrica como térmica. A finales del 2023 se adquirió una nueva secadora eléctrica que reemplazó durante todo el 2024, una que utilizaba gas LP, lo anterior representó un ahorro de 29396.6 litros de LPG/año que equivale a 208050 KWH /año o bien, 30.17 ton CO₂ eq./año. A partir del 25 de enero del 2024, se inició el uso de 66 luminarias LED que reemplazaron 208 fluorescentes que se ubicaban en el área de Cirugía Dra. Cameron, que representa una reducción de 132757.12 KWH/año o 11.67 ton CO₂ eq. Las actividades del calentador de agua y el controlador del sistema de aire acondicionados siguen en proceso . Las actividades desarrolladas en 2024 representan un avance del 40% en función de las actividades planteadas.

302-1: Energías no renovables								
AÑO DE REPORTE			2023			2024		
Energía	Contenido temático	Tipo	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-a)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-a)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh
Energía	302-1, 302-2	GLP	1.220.232,3	-	1.220.232,3	1.239.697,6	-	1.239.697,6
Energía	302-1, 302-2	Diésel	115.924,3	-	115.924,3	141.537,8	-	141.537,8
Energía	302-1, 302-2	Gasolina	5.691,5	-	5.691,5	7.397,4	-	7.397,4
Energía	302-1, 302-2	Total energías no renovables	1.341.848,1	0,0	1.341.848,1	1.388.632,7	-	1.388.632,7

302-1: Energías renovables								
AÑO DE REPORTE			2023			2024		
Energía	Contenido temático	Tipo	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-b)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-b)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh
Energía	302-1, 302-2	Paneles solares	41.215,0	-	41.215,0	51.676,0	-	51.676,0
Energía	302-1, 302-2	Paneles fotovoltaicos	98.653,0	-	98.653,0	74.037,0	-	74.037,0
Energía	302-1, 302-2	Total energías renovables	139.868,0	0,0	139.868,0	125.713,0	-	125.713,0

302-1: Electricidad								
AÑO DE REPORTE			2023			2024		
Energía	Contenido temático	Electricidad	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-c-i)	Consumo fuera de la organizació kWh (302-2-a)	Total kWh	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-c-i)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh
Energía	302-1: a,c	Consumo electricidad HCB	5.167.513,0	-	5.167.513,0	5.677.043,0	-	5.677.043,0
Energía	302-1: a,c	Consumo electricidad Omega	826.599,0	-	826.599,0	876.113,0	-	876.113,0
Energía	302-1: a,c	Consumo electricidad Parqueo Este	5.616,0	-	5.616,0	4.444,0	-	4.444,0
Energía	302-1: a,c	Consumo electricidad Acción Social	22.478,0	-	22.478,0	25.463,0	-	25.463,0
Energía	302-1: a,c	Consumo electricidad Santa Ana	996.160,0	-	996.160,0	1.067.960,0	-	1.067.960,0
Energía	302-1: a,c	Consumo total de electricidad dentro de la organización	7.018.366,0	-	7.018.366,0	7.651.023,0	-	7.651.023,0

302-1: Energía total								
AÑO DE REPORTE			2023			2024		
Energía	Contenido temático	Energía total	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-c-i)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-c-i)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh
Energía	302-1: a,c	Energía consumida (combustibles fósiles, eléctrica y solar)	8.500.082,1	-	8.500.082,1	9.165.368,7	-	9.165.368,7

302-3: Intensidad energética						
AÑO DE REPORTE			2023		2024	
Energía	Contenido temático	Indicadores energéticos en función de producción y área	Consumo de electricidad por paciente tratado sede Central y Santa Ana kWh/ paciente tratado-año	Consumo de energía (eléctrica y térmica) Central y Santa Ana kWh/m²	Consumo de electricidad por paciente tratado sede Central y Santa Ana kWh/ paciente tratado-año	Consumo de energía (eléctrica y térmica) Central y Santa Ana kWh/m²
Energía	302-3		31,72	91,04	34,68	98,44

302-4: Reducción del consumo energético						
AÑO DE REPORTE			2023		2024	
Energía	Contenido temático	Categoría	Tipo de energía incluida en reducción (302-4-b)	Reducción lograda kWh (302-4-a)	Tipo de energía incluida en reducción (302-4-b)	Reducción lograda kWh (302-4-a)
Energía	302-4:a,b	Combustibles fósiles	Reducción de consumo energético (LPG)	41.215,0	Reducción de consumo energético (LPG)	51.676,0
Energía	302-4:a,b	Electricidad	Reducción (electricidad)	98.653,0	Reducción (electricidad)	74.037,0
Energía	302-4:a,b	Energía total	Total reducción	139.868,0	Total reducción	125.713,0

Notas: cambios en color morado en los cuadros

1. Los datos de residuos recuperados para reciclaje, así como los medicamentos vencidos, corresponden a estimaciones, ya que el Hospital brinda soporte a los EBAIS administrados por ASEMECO, por lo que la gestión de estos residuos se realiza de manera integrada.
2. Antes de concluir el primer semestre de 2024 y tras la presentación del primer informe GRI de 2023, alineado al Programa País para la Carbono Neutralidad, se actualizan los valores correspondientes a los Potenciales de Calentamiento Global (GWP, por sus siglas en inglés) de la Huella de Carbono, desde 2021 hasta la fecha. Esta actualización incluye el ajuste en el valor del N2O, que pasó de 310 (segundo informe IPCC) a 265 (quinto informe IPCC). El valor anterior era 46.5, mientras que el corregido es 39.75. Por otro lado, la reducción derivada de los paneles solares para el calentamiento de agua experimenta un ajuste menor, pasando de 9.33 a 9.38 toneladas de CO2 eq.
3. En el informe de 2023, se ajustó el factor de emisión de electricidad a 0.0000879 toneladas de CO2 eq/KWh, un valor final para ese año, debido a un aumento en las emisiones de CO2 provocado por los efectos del fenómeno de El Niño. Este fenómeno afectó la matriz energética del país, reduciendo la disponibilidad de agua, lo que incrementó la dependencia de combustibles fósiles para la generación de electricidad, y como consecuencia, aumentó el factor de emisión. Es importante destacar que, para 2024, el factor de emisión se mantendrá en este valor de 0.0000879 toneladas de CO2 eq/KWh. Sin embargo, dado que el factor de emisión depende directamente de la matriz energética del país, este valor se ajusta anualmente. Por lo tanto, el factor de emisión para el año 2024 se revisará y ajustará en el tercer informe, que se presentará en 2026,

- utilizando los datos más actualizados. Como resultado de este ajuste, la reducción atribuida al uso de paneles fotovoltaicos también se incrementa. En 2023, la reducción pasó de 5.27 toneladas de CO2 eq a 12.65 toneladas de CO2 eq, reflejando el impacto del ajuste en el factor de emisión de electricidad.
- Valores de factor de emisión de electricidad (ton CO2 eq. / kwh).
2022: 0.0000534
2023: 0.0000879
2024: 0.0000879
4. Es importante señalar que la compensación no se realizó sobre la totalidad de la huella de carbono, ya que para las emisiones indirectas significativas (EIS), se compensó únicamente un 5% de estas emisiones.
5. Para el año 2023 se incluyen los datos de reciclaje como ajuste en la sede de Santa Ana, pues anteriormente no se habían incluido. Este proceso inició en el mes de diciembre del 2023.
6. Se realizaron correcciones en los datos reportados en residuos para 2023, las cuales están relacionadas con mejoras en la trazabilidad de la información, en especial con los datos relacionados con residuos bioinfecciosos. Además, se denota un incremental importante en este tipo de residuos, debido a un incremento muy importante en la cantidad de Cirugías entre 2023 y 2024. Cabe destacar que se está trabajando además, para reforzar los procesos de segregación de residuos en el Hospital, como parte de estos esfuerzos.
7. A nivel de energía, se observan retos importantes que serán gestionados como parte de los compromisos al año 2030.



En la siguiente figura se puede observar el porcentaje de energía renovable que posee el Hospital para los años 2023 y 2024. En este último año, el Hospital realizó el reemplazo del inversor del sistema de paneles fotovoltaicos, debido a un problema técnico que tuvo el módulo anterior, con el fin de dar la continuidad a este sistema. Si bien es cierto, el

porcentaje de energía renovable en el Hospital es muy bajo, la apuesta inicial del plan de descarbonización hacia el año 2030, se centra inicialmente en actividades generadoras de huella de carbono no solo en el ámbito de la energía, sino en otras alternativas, como se verá más adelante en el desarrollo de este informe.



Tema material: Gestión de las aguas residuales (impacto GRI 2)

303-2 Gestión de los impactos relacionados con el vertido de agua

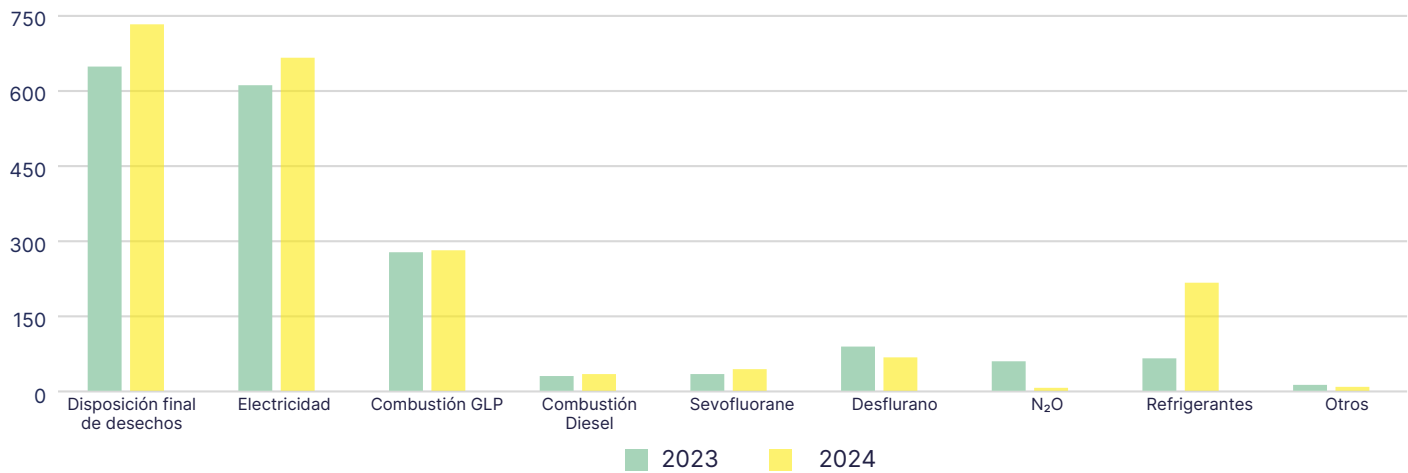
Estándares mínimos establecidos para la calidad de los vertidos de efluentes:

- No se cuenta con estándares mínimos establecidos más allá de lo indicado por el reglamento vigente de vertido y reúso de aguas residuales de Costa Rica. Si bien es cierto, en la sede Central no se dispone de una planta de tratamiento de aguas residuales considerando que su descarga ocurre en el alcantarillado sanitario, se mantiene la implementación de una serie de actividades para disminuir el impacto por vertido de agua residual, las cuales aplican de igual forma para la Sucursal en Santa Ana, las cuales también se están proyectando para la nueva sede ALESTE, la cual recién inició sus operaciones, incluyendo el análisis de fichas técnicas o de seguridad para identificar posibles componentes peligrosos que puedan afectar la calidad del efluente antes de ser adquiridos, recuperación de sustancias peligrosas para su debido tratamiento por medio de gestores autorizados (aceites industriales, medicamentos vencidos, aceite de cocina que se transforma en biodiesel, entre otros), adquisición de productos de limpieza biodegradables, funcionamiento de trampas de grasa en las cajas de registro, entre otros.

Plantas de tratamiento a nivel corporativo: El Hospital posee una planta de tratamiento de aguas residuales en su Sucursal de Santa Ana. A su vez, y como parte de los compromisos de Gestión de este informe de Sostenibilidad, tanto para la sede Central como la nueva sede en ALESTE, se está trabajando para disponer en cada una de estas instalaciones de una planta de tratamiento de aguas residuales. En el caso de la sede Central, en el último trimestre del 2024, se inició con el desarrollo de un Máster Plan para determinar todas las necesidades a nivel de permisos y planos para el desarrollo de la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales, con un avance de un 20% en función de las actividades planteadas. Esta implementación se encuentra asociada con el parámetro de coliformes fecales, el cual, a pesar de no ser obligatoria en términos de la legislación vigente, en 2023 se había decidido desarrollar como parte del compromiso extendido a nivel de gestión de impactos en materia de sostenibilidad ambiental. A nivel interno no se han desarrollado estándares sobre la calidad del agua residual. En el caso de la nueva Sucursal ALESTE la cual inició operación en julio del 2025, se ha planificado de la misma forma, que cuente con este importante recurso, aun cuando la legislación nacional no lo requiere, representando en ambos casos, un compromiso muy positivo por parte del Hospital en materia de gestión de aguas residuales. Se espera que ambas plantas de tratamiento (Sede Central y ALESTE), estén operando en 2026.

Tema material: Emisiones (impacto GRI 3)

305: Toneladas de CO₂ eq./por tipo de fuente en 2023 y 2024



305-1 Emisiones directas de GEI (alcance 1)

305-2 Emisiones indirectas de GEI asociadas a la energía (alcance 2)

305-3 Otras emisiones indirectas de GEI (alcance 3)

305-4 Intensidad de las emisiones de GEI

305-5 Reducción de las emisiones de GEI

305-1: Emisiones directas de GEI								
AÑO DE REPORTE			2023			2024		
Emisiones	Contenido temático	Fuente de emisión	Gases considerados	Sede	ton CO ₂ e	Gases considerados	Sede	ton CO ₂ e
Emisiones	305-1	Compostaje	CH ₄ , N ₂ O	Sede Central	0,10	CH ₄ , N ₂ O	Sede Central	0,14
Emisiones	305-1	Combustión de diésel en el Hospital	CO ₂ , CH ₄ , N ₂ O	Incluye ambas sedes	18,36	CO ₂ , CH ₄ , N ₂ O	Incluye ambas sedes	33,27
Emisiones	305-1	Combustión de GLP en el Hospital	CO ₂ , CH ₄ , N ₂ O	Sede Central	280,50	CO ₂ , CH ₄ , N ₂ O	Sede Central	283,01
Emisiones	305-1	Uso en Cirugía de CO ₂	CO ₂	Incluye ambas sedes	1,02	CO ₂	Incluye ambas sedes	1,23
Emisiones	305-1	Uso en Cirugía de N ₂ O	N ₂ O	Sede Central	59,63	N ₂ O	Sede Central	6,63
Emisiones	305-1	Recarga de extintores de CO ₂	CO ₂	Sede Central	0,47	CO ₂	Sede Central	0,04
Emisiones	305-1	Combustión de diésel vehículo Móvil Lazos	CO ₂ , CH ₄ , N ₂ O	Sede Central	2,18	CO ₂ , CH ₄ , N ₂ O	Sede Central	1,11
Emisiones	305-1	Combustión de diésel alimentado en el Hospital para Busetas Azul, Busetas Mercedes Benz, Vehículos Hospital Móvil	CO ₂ , CH ₄ , N ₂ O	Sede Central	8,69	CO ₂ , CH ₄ , N ₂ O	Sede Central	0,76
Emisiones	305-1	Combustión de gasolina vehículo laboratorio (DPJ-107) y vehículo mantenimiento 335026	CO ₂ , CH ₄ , N ₂ O	Sede Central	1,46	CO ₂ , CH ₄ , N ₂ O	Sede Central	1,82
Emisiones	305-1	Combustión gasolina cuadraciclo	CO ₂ , CH ₄ , N ₂ O	Sede Central	0,03	CO ₂ , CH ₄ , N ₂ O	Sede Central	0,02
Emisiones	305-1	Combustión gasolina barredora Karcher	CO ₂ , CH ₄ , N ₂ O	Sede Central	0,03	CO ₂ , CH ₄ , N ₂ O	Sede Central	0,01
Emisiones	305-1	Uso de refrigerantes para aires acondicionados: R134a	HFC	Sede Central	0,00	HFC	Sede Central	17,69
Emisiones	305-1	Uso de refrigerantes para aires acondicionados: R-22 Freón 22	HCFC	Sede Central	0,00	HCFC	Sede Central	47,90
Emisiones	305-1	Uso de refrigerantes para aires acondicionados: R 404a	HFC	Sede Central	43,01	HFC	Sede Central	42,92
Emisiones	305-1	Uso de refrigerantes para aires acondicionados: R 410a	HFC	Sede Central	21,86	HFC	Sede Central	109,09
Emisiones	305-1	Uso en Cirugía de Sevoflurano (Sevoflurane)	HFE	Sede Central	33,41	HFE	Sede Central	44,41
Emisiones	305-1	Uso en Cirugía de Desflurano (Desflurano)	HFE	Sede Central	89,06	HFE	Sede Central	68,37
Emisiones	305-1	Tratamiento de aguas residuales	CH ₄ , N ₂ O	Sede Santa Ana	6,15	CH ₄ , N ₂ O	Sede Santa Ana	4,62
Emisiones	305-1	Emisiones directas de GEI	-	Ya excluye el 3% según Programa País para la Carbono Neutralidad	565,96	-	Ya excluye el 3% según Programa País para la Carbono Neutralidad	663,03
Emisiones	305-1	Emisiones biogénicas antropogénicas	CO ₂	Emisiones de CO ₂ por tratamiento de aguas residuales	2,77	CO ₂	Emisiones de CO ₂ por tratamiento de aguas residuales	0,72



305-2: Emisiones indirectas de GEI asociadas con la energía								
AÑO DE REPORTE			2023			2024		
Emisiones	Contenido temático	Fuente de emisión	Gases considerados	Sede	ton CO ₂ e	Gases considerados	Sede	ton CO ₂ e
Emisiones	305-2	Consumo de electricidad importada	CO ₂	Sede Central y Santa Ana	616,91	CO ₂	Sede Central y Santa Ana	672,44

305-3: Otras emisiones indirectas de GEI								
AÑO DE REPORTE			2023			2024		
Emisiones	Contenido temático	Fuente de emisión	Gases considerados	Sede	ton CO ₂ e	Gases considerados	Sede	ton CO ₂ e
Emisiones	305-3	Disposición final de residuos sólidos	CH ₄	Sede Central y Santa Ana	654,12	CH ₄	Sede Central y Santa Ana	740,19

305-4: Intensidad de las emisiones								
AÑO DE REPORTE			2023			2024		
Emisiones	Contenido temático	Fuente de emisión	TON CO ₂ eq./cama ocupada	TON CO ₂ eq./consulta médica	TON CO ₂ eq./cirugía realizada	TON CO ₂ eq./cama ocupada	TON CO ₂ eq./consulta médica	TON CO ₂ eq./cirugía realizada
Emisiones	305-4	Indicadores de emisiones de GEI	5,64	0,01	0,31	6,94	0,01	0,25

305-6: Reducción de las emisiones								
AÑO DE REPORTE			2023			2024		
Emisiones	Contenido temático	Categoría	Reducción	Categoría	Emisiones reducidas ton CO ₂ e	Reducción	Categoría	Emisiones reducidas ton CO ₂ e
Emisiones	305-5	Reducción	Uso de gases de anestesia	Directas	39,75	Uso de gases de anestesia (reducción de uso de NO ₂)	Directas	53,00
Emisiones	305-5	Reducción	Reducción derivada de la compensación	Directas e indirectas por energía importada	975,88	Reducción derivada de la compensación	Directas e indirectas por energía importada	1134,80
Emisiones	305-5	Reducción	Paneles solares	Directa	9,38	Paneles solares	Directa	11,80
Emisiones	305-5	Reducción	Paneles fotovoltaicos	Indirecta por energía importada	12,65	Paneles fotovoltaicos	Indirecta por energía importada	6,51
Emisiones	305-5	Reducción	Total reducción	-	1037,66	Secadora de GLP	Directas e indirectas por energía importada	30,17
						Luminarias LED Cameron	Directas e indirectas por energía importada	11,67
						Total reducción	-	1247,94



A lo largo de 14 años, el Hospital ha formado parte del Programa País de Carbono Neutralidad de Costa Rica, al demostrar su Carbono Neutralidad por medio de procesos de verificación de los requisitos del Programa y las normas INTE B5:2021, INTE/ISO 14064:1-2019 e INTE/ISO 14064:3-2019 y el protocolo GHG. En los siguientes cuadros se muestra el desglose de nuestras emisiones para los años 2023 y 2024. Como parte del sistema de gestión de carbono neutralidad del Hospital, el año base corresponde al 2021, esto con base en los cambios significativos como parte de la evaluación e incorporación de emisiones indirectas significativas a partir de la huella de dicho año. Las fuentes de los factores de emisión y Potenciales de Calentamiento Global corresponden principalmente a los establecidos por el Instituto Meteorológico Nacional (IMN) y El Panel Intergubernamental de Cambio Climático (IPCC). El enfoque utilizado es de control operacional. En el caso de las emisiones indirectas significativas, tanto en 2023 como en 2024, se han considerado las generadas por productos que utiliza la organización (disposición final de residuos sólidos en relleno sanitario). Los ratios de intensidad corresponden a ton CO₂e/cama ocupada, ton CO₂e/ consulta médica, ton CO₂e/ cirugía y kg de CO₂e/cirugía

éste último que se ha venido desarrollando como parte de una estrategia para la reducción de emisiones por el uso de gases de anestesia. Los denominadores seleccionados para el indicador corresponden a cama ocupada, consulta médica y cirugías realizadas. Estos datos provienen en primera instancia de las compras que se realizan en el Hospital y a nivel de la producción, del departamento de Registros Médicos y del informe de producción de la Dirección Médica. Los tipos de emisiones incluidas en estos ratios son directas, indirectas y otras indirectas, para estos indicadores. En el cuadro adjunto se muestran los gases de efecto invernadero considerados, así como las reducciones obtenidas tanto para 2023 como para 2024.

Durante el año 2024 se realizaron las siguientes acciones de reducción de nuestra huella de carbono: reducir el uso de N₂O en salas de Cirugía (53 ton CO₂), reemplazo de luminarias fluorescentes a LED en el área de Cirugía Cameron (11.67 ton CO₂), uso de 228 paneles fotovoltaicos y solares (6.51 y 11.80 ton CO₂) y el cambio de una secadora que usaba gas LP por una eléctrica (30.17 ton CO₂). Lo anterior representa un avance del 21% en relación con la meta de reducción de las emisiones al 2030.

Tema material: Residuos (impacto GRI 4)

306-1 Generación de residuos e impactos significativos relacionados con los residuos

306-2 Gestión de impactos significativos relacionados con los residuos

306-3 Residuos generados

306-4 Residuos no destinados a eliminación

306-5 Residuos destinados a eliminación

Si bien es cierto, aun no se han documentado los insumos, actividades y productos que ocasionan o podrían ocasionar los impactos correspondientes a la generación de residuos a través de la cadena de valor, en 2024 se inició la gestión de algunas actividades relacionadas con este compromiso, por ejemplo en 2025 se proyecta ir eliminando el plástico de un solo uso en las botellas plásticas que se entregan a los Pacientes, ampliar la recolección y separación de materiales de compost, para lo cual se aprobó durante el 2024 en el presupuesto, la gestión ampliada para incluir los residuos de alimentos de todos los restaurantes del Hospital, también se tienen planificado que con la llegada del nuevo ERP del Hospital (Sistema de Planificación de Recursos), se incorpore progresivamente un proceso de compras sostenibles, entre otros detalles. Lo anterior representa un avance del 16% en relación con la meta de reducción del 40% de residuos por evitar en su envío a un relleno sanitario al 2030. En función de la producción hospitalaria, se genera una gran cantidad de residuos bioinfecciosos, así como ordinarios, principalmente

plástico, materiales descartables producto de los insumos médicos. La actividad directamente relacionada con este impacto corresponde a la atención del paciente y la meta que se está proyectando se relaciona con la disminución de residuos desde los procesos de embalaje de insumos, entre otros detalles.

En el siguiente cuadro se muestran los datos de residuos en sus diferentes modalidades. En el caso de los residuos no destinados a eliminación, se les valoriza por medio de distintos procesos de transformación (reciclaje, uso como combustible alterno, compostaje) con el apoyo de estos gestores autorizados. En el caso de los residuos destinados a eliminación, éstos son enviados a disposición final a un relleno sanitario, considerando tanto residuos ordinarios como de la construcción y demolición, así como bioinfecciosos y punzocortantes tras ser esterilizados. Los patológicos son eliminados por medio de cremación, según la legislación vigente. A nivel interno y por parte de los gestores, se documentan los kg de residuos generados según clasificación.

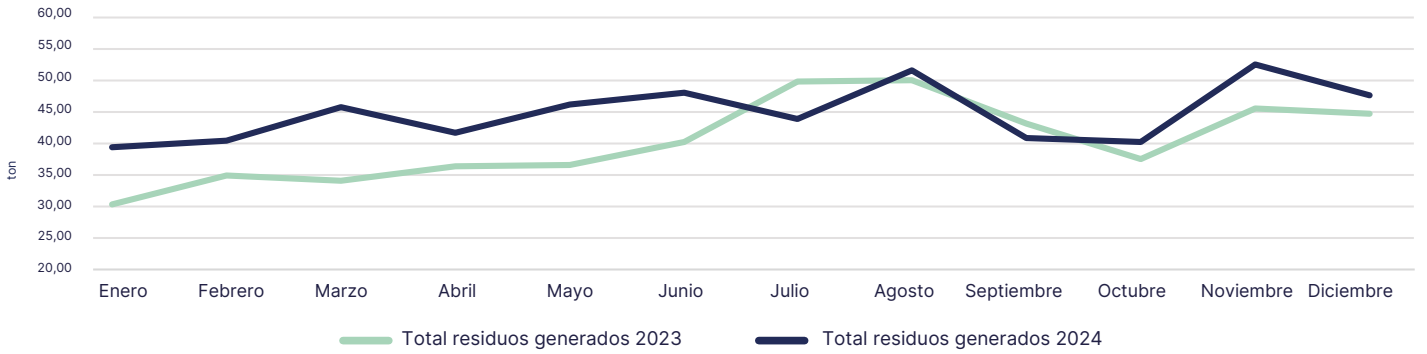


306-3: Residuos por composición								
AÑO DE REPORTE			2023			2024		
Residuos	Contenido temático	Composición de los residuos	Residuos destinados a eliminación ton (306-5-a)	Residuos no destinados a eliminación ton (306-4-a)	Residuos generados ton (306-3-a)	Residuos destinados a eliminación ton (306-5-a)	Residuos no destinados a eliminación ton (306-4-a)	Residuos generados ton (306-3-a)
Residuos	306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Desechos comunes(HCB - Santa Ana - Omega y Plantel de Servicios)	244,58	0,00	244,58	163,30	0,00	163,30
Residuos	306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Desechos remodelaciones HCB	90,50	0,00	90,50	101,23	0,00	101,23
Residuos	306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Reciclables (HCB + Omega)	-	21,28	21,28	-	24,49	24,49
Residuos	306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Peligrosos y especiales	0,00	6,42	6,42	0,00	6,12	6,12
Residuos	306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Bioinfecciosos (HCB - Omega - Santa Ana)	124,06	0,00	124,06	250,00	0,00	250,00
Residuos	306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Orgánicos	-	0,59	0,59	-	0,82	0,82
Residuos	306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Residuos totales	459,14	28,29	487,44	514,54	31,43	545,97
Residuos	306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Reciclables (comunidad)	-	18,12	18,12	-	26,45	26,45

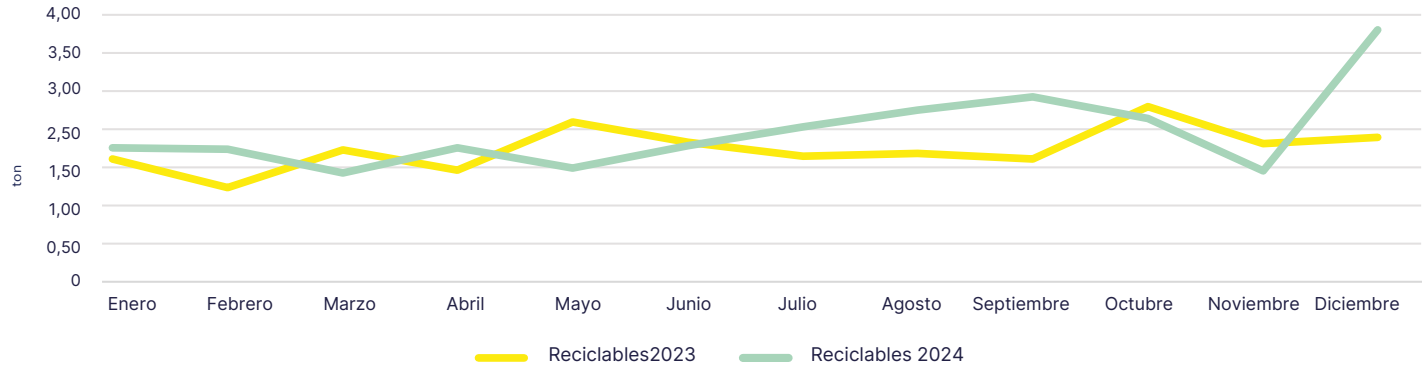
306-4: Residuos no destinados a eliminación por operación de valorización								
AÑO DE REPORTE			2023			2024		
Residuos	Contenido temático	Residuos peligrosos	En las instalaciones ton (306-4-d-i)	Fuera de las instala- ciones ton (306-4-d-ii)	Total ton (306-4-b-i,ii,iii)	En las instalaciones ton (306-4-d-i)	Fuera de las instalaciones ton (306-4-d-ii)	Total ton (306-4-b-i,ii,iii)
Residuos	306-4: d	Preparación para la reutilización	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Residuos	306-4: d	Reciclaje	0	2,11	2,11	0	1,32	1,32
Residuos	306-4: d	Otras opciones de valorización	0	4,31	4,31	0	4,80	4,80
Residuos	306-4: d	Total	0,00	6,42	6,42	0	6,12	6,12
Residuos	Contenido temático	Residuos peligrosos	En las instalaciones ton (306-4-d-i)	Fuera de las instalaciones ton (306-4-d-ii)	Total ton (306-4-c-i,ii,iii)	En las instalaciones ton (306-4-d-i)	Fuera de las instalaciones ton (306-4-d-ii)	Total ton (306-4-c-i,ii,iii)
Residuos	306-4: d:i-ii,c: i-iii	Preparación para la reutilización	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Residuos	306-4: d:i-ii,c: i-iii	Reciclaje	0,00	21,28	21,28	0,00	24,49	24,49
Residuos	306-4: d:i-ii,c: i-iii	Orgánicos (compostaje)	0,59	0,00	0,59	0,82	0,00	0,82
Residuos	306-4: d:i-ii,c: i-iii	Total	0,59	21,28	21,87	0,82	24,49	25,31
Residuos	306-4: d:i-ii,c: i-iii	Reciclables (comunidad)	-	18,12	18,12	-	26,45	26,45

306-5: Residuos destinados a eliminación por operación de eliminación								
AÑO DE REPORTE			2023			2024		
Residuos	Contenido temático	Residuos peligrosos	En las instalaciones ton (306-5-d-i)	Fuera de las instala- ciones ton (306-5-d-ii)	Total ton (306-5-d-i,ii,iii,iv)	En las instalaciones ton (306-5-d-i)	Fuera de las instalaciones ton (306-5-d-ii)	Total ton (306-5-d-i,ii,iii,iv)
Residuos	306-5: d: i-iv	Incineración (con recuperación energética)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Residuos	306-5: d: i-iv	Incineración (sin recuperación energética)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Residuos	306-5: d: i-iv	Traslado a un vertedero	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Residuos	306-5: d: i-iv	Otras opciones de eliminación (relleno sanitario)	0,00	459,14	459,14	0,00	514,54	514,54
Residuos	306-5: d: i-iv	Total	0,00	459,14	459,14	0,00	514,54	514,54

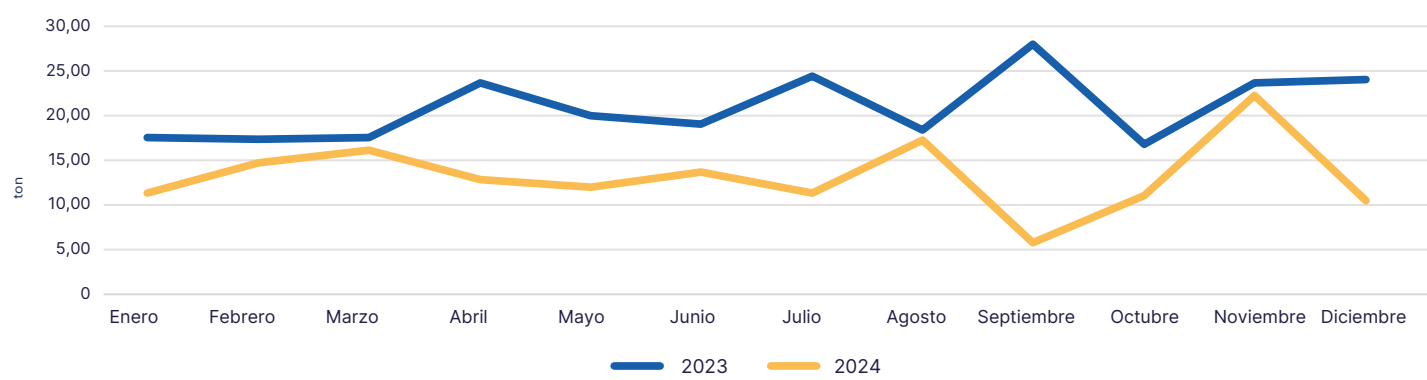
306-3: Residuos por composición (todos los residuos generados)



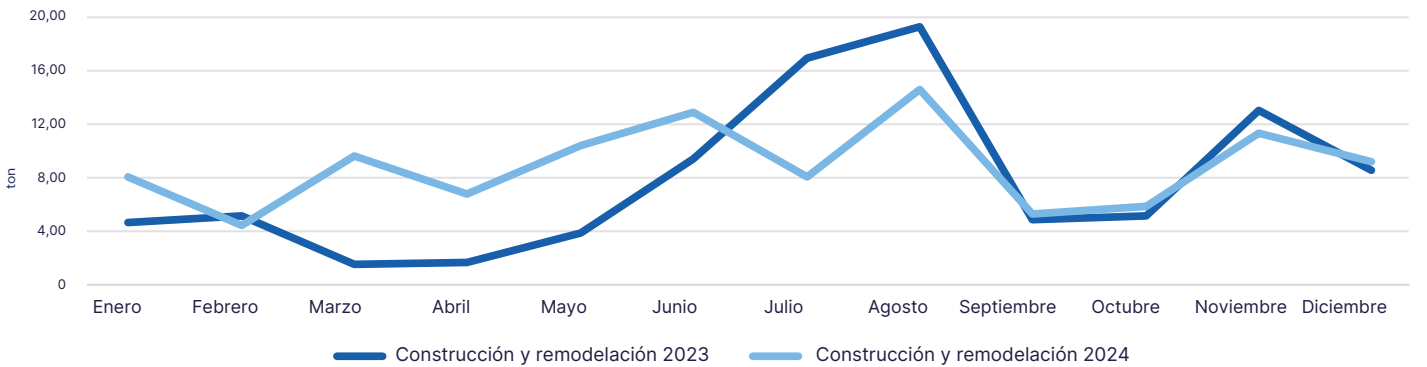
306-4: Residuos no destinados a eliminación por operación de valorización (reciclaje)



306-4: Residuos no destinados a eliminación por operación de valorización (comunes)

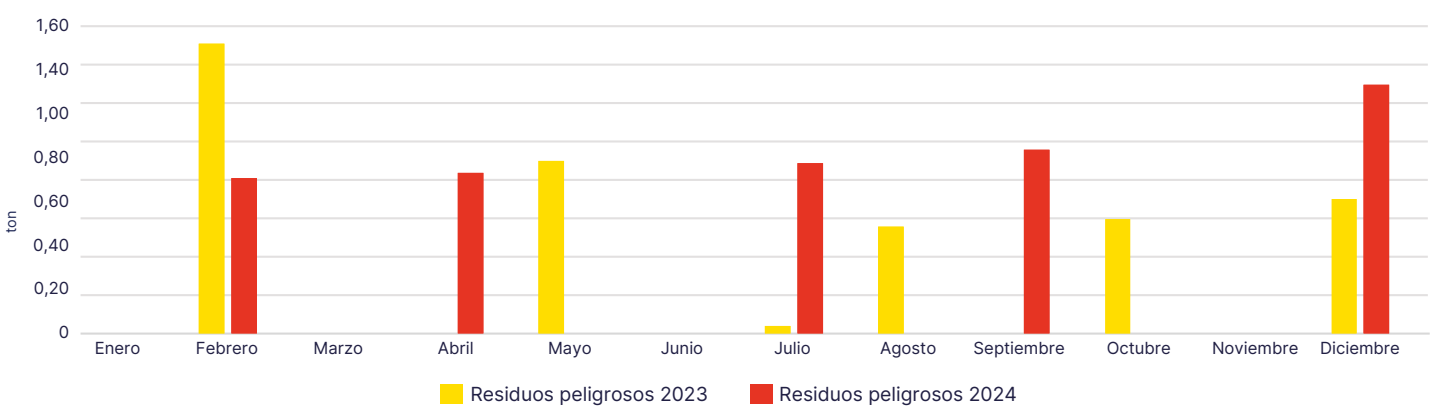


306-4: Residuos no destinados a eliminación por operación de valorización (construcción y remodelación)

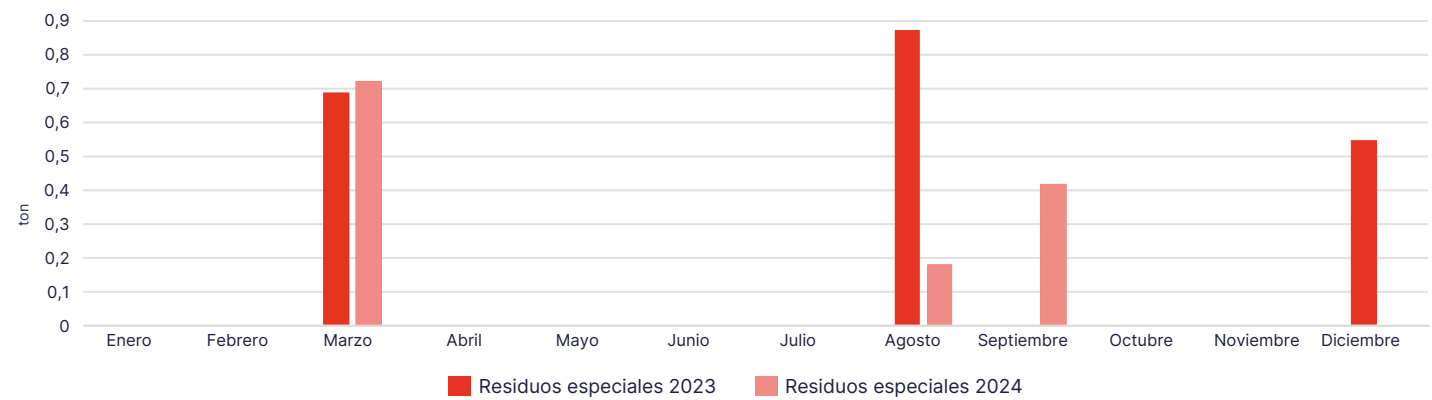




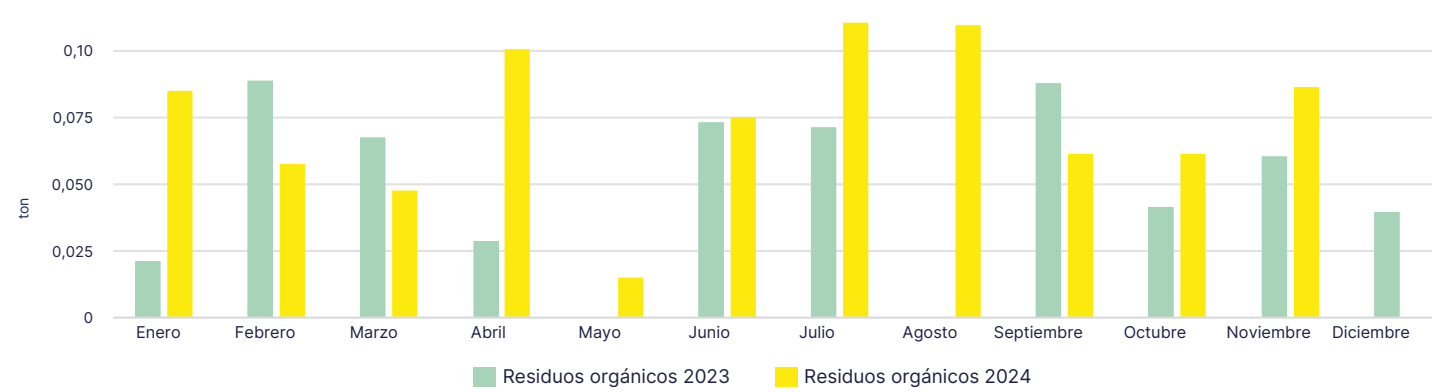
306-4: Residuos no destinados a eliminación por operación de valorización (peligrosos)



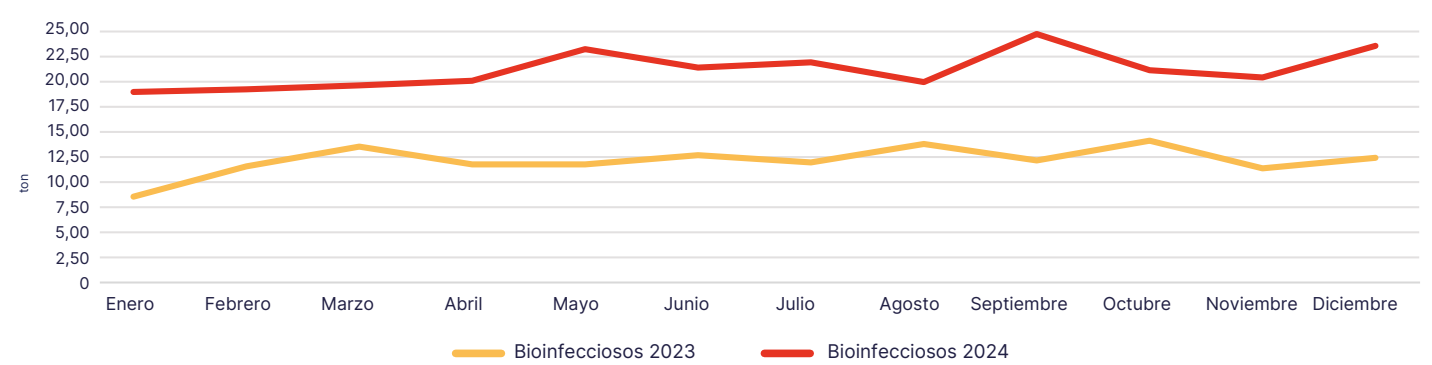
306-4: Residuos no destinados a eliminación por operación de valorización (especiales)



306-4: Residuos no destinados a eliminación por operación de valorización (orgánicos)



306-5: Residuos destinados a eliminación (bioinfecciosos)



413-1 a-iii. Operaciones con programas de participación de la comunidad local, evaluaciones del impacto y desarrollo

Como parte de las actividades de divulgación a nivel ambiental y en apoyo a las Comunidades, en julio del 2024, se realizó la tradicional siembra de árboles, en la cual

participaron Colaboradores y Familiares al sembrar más de 100 árboles de Aguacatillo y Sota Caballo en la finca San Rafael en Mata de Plátano en Goicoechea.



La divulgación a nivel ambiental incluyó durante el 2024 la participación del Hospital en diferentes foros, a través de los cuales la Gerencia de Calidad y Ambiente, representada por el Ing. Andrés Alvarado, compartió las acciones que se han venido desarrollando como parte del plan de

descarbonización del Hospital que se ha planificado por etapas, con una primera proyectada al año 2030. En el siguiente esquema se muestra el foro, la entidad que realizó la invitación y los temas desarrollados:



Como parte de las divulgaciones realizadas, resalta la invitación que tuvo el Hospital para participar en el 47° Congreso Mundial de Hospitales que se celebró en Río de Janeiro, Brasil, del 9 al 13 de septiembre del 2024, donde el Ing. Andrés Alvarado, Gerente de Calidad y Ambiente del Hospital presentó junto con otros representantes del Reino Unido, Brasil, Francia y Estados Unidos, nuestras experiencias en materia de descarbonización. En esta sesión se exploraron formas innovadoras para acelerar la transición hacia una asistencia sanitaria con bajas emisiones de carbono. Como parte de este importante evento, el hospital fue reconocido finalmente en los premios 2024 de la Federación Internacional de Hospitales, participando en la categoría de premios Ashikaga-Nikken a la Excelencia en la Asistencia Sanitaria con Baja Emisión de Carbono”. Estos premios reconocen a los enfoques más impactantes en la promoción de una

asistencia sanitaria sostenible, como la reducción de las emisiones de carbono, la mejora de la responsabilidad medioambiental y la contribución positiva al bienestar de los pacientes, el personal y la comunidad. De las más de 500 candidaturas de 37 países, presentadas este año, un total de 49 finalistas fueron finalmente seleccionados, siendo la Clínica Bíblica uno de ellos, con una mención honorífica en dicha categoría. Otros hospitales ubicados en Bélgica, España, Portugal, Emiratos Árabes, Kenia, e India también obtuvieron este reconocimiento. Este ejercicio fue muy enriquecedor pues también nos permitió interactuar con personeros del Centro de Sostenibilidad de Ginebra, quienes colaboraron con Joint Commission International en la elaboración del capítulo “Global Health Impact” que, de manera progresiva, será incorporado en nuestro proceso de acreditación de Calidad y Seguridad para nuestros pacientes.



Plan de descarbonización al 2030

En 2023 la Gerencia de Calidad y Ambiente había formulado un primer plan de descarbonización hacia el año 2030, el cual contó con la participación de varios líderes del Comité de Carbono Neutralidad. Si bien es cierto los 6 ejes iniciales de este plan están relacionados con la gestión de residuos a través de procesos de economía circular, el uso de la electricidad, el uso del gas LP, el uso de refrigerantes, inhaladores y gases de anestesia, se proyecta la inclusión de nuevos procesos de reducción, o incluso sobre la marcha, redireccionar esfuerzos en relación con estas líneas de acción iniciales. Como parte de este esfuerzo, el Hospital mantiene su compromiso de participación durante el año 2024, en la Campaña de Naciones Unidas denominada la “Carrera hacia el Cero”, en la cual el Hospital se ha matriculado, cuyo objetivo es ir

definiendo posteriormente, una hoja de ruta con miras a emisiones netas 0 para el año 2050. Luego del primer año de implementación durante el año 2024, se realizaron las siguientes acciones de reducción de nuestra huella de carbono, con un avance del 21% en relación con la meta de reducción de las emisiones al 2030, especificando las acciones actuales y las proyectadas en dicho plan:

Reducciones recurrentes en la operación

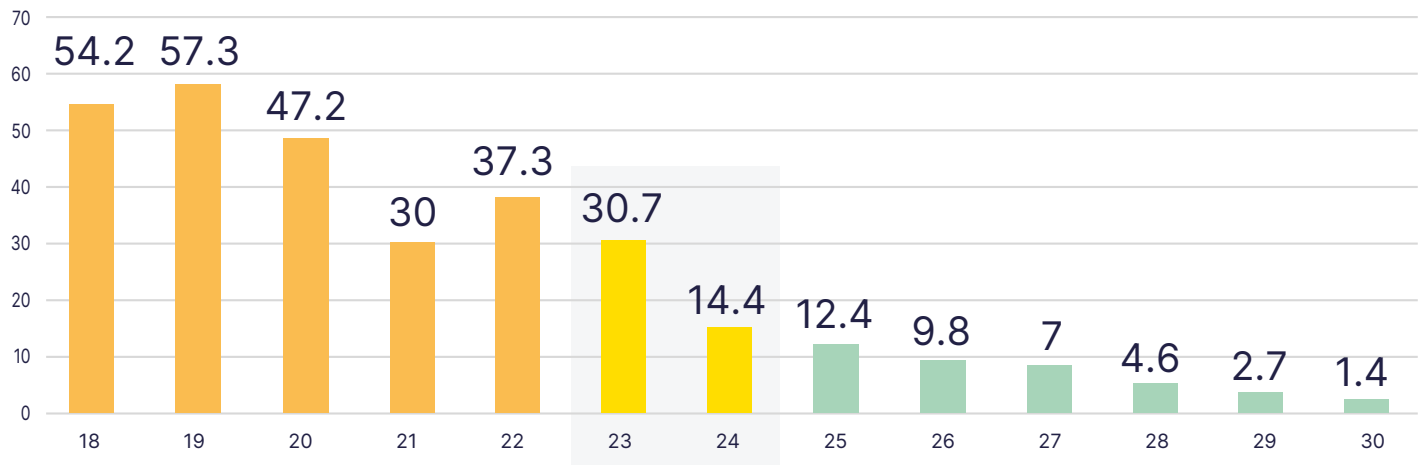
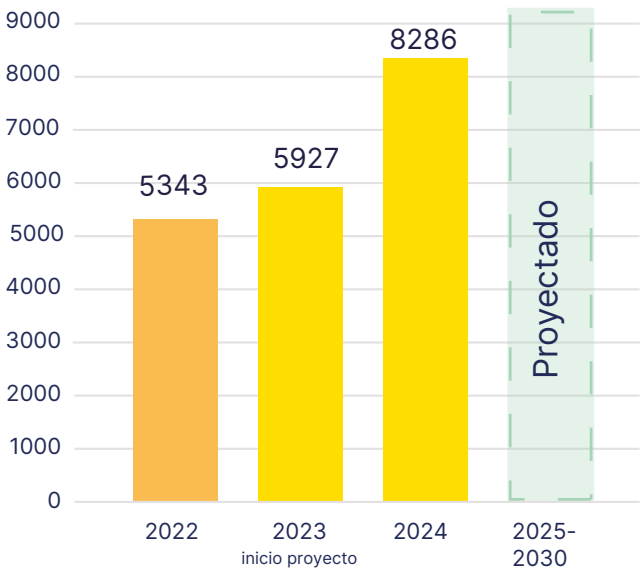
- Uso de 228 paneles fotovoltaicos y solares (6.51 y 11.80 ton CO₂ respectivamente)

Reducciones dentro del 1er plan de descarbonización

- Reemplazo de luminarias fluorescentes a LED en el área de Cirugía Cameron (11.67 ton CO₂)
- Cambio de una secadora que usaba gas LP por una eléctrica (30.17 ton CO₂)
- Reducir el uso de N₂O en salas de Cirugía (53 ton CO₂)

En relación con el uso de gases de anestesia en el Hospital, a partir del año 2023, se iniciaron una serie de actividades para reducir el impacto de la huella de carbono por su uso. A continuación se muestra la medición que se ha realizado desde el año 2018 del indicador asociado de kg de CO₂ eq./cirugía, así como la cantidad de cirugías realizadas desde 2022 a 2024. Se puede observar que con la prohibición progresiva del óxido nitroso, se ha ido logrando reducir la huella en los años 2023 y 2024, a pesar del incremento en la cantidad de cirugías, así como las proyecciones ajustadas hacia el año 2030. Tomando en consideración que no se ha logrado prohibir el óxido nitroso en su totalidad, seguirá siendo un reto la gestión asociada con su uso. De igual forma, se mantienen las actividades de control de flujos bajos y también el uso de TIVA (anestesia total intravenosa), entre otros detalles.

Cirugías:



Compromisos de Gestión en Dimensión Ambiental (GRI 3-3):

	# impacto	Tema material	Objetivo	Meta	Indicador	Fecha para meta	Responsable primario
GRI 1	Necesidad de disminuir el consumo de combustibles fósiles por uso de fuentes renovables (paneles solares y paneles fotovoltaicos)	Gestión de la Energía	a. Reducción en consumo energético en el uso de calentador de agua en sede central b. Reducción en consumo energético por reemplazo de las secadoras de LPG a eléctricas en sede central. c. Reducción en consumo de energía eléctrica por reemplazo de luminarias LED, d. Reducción en consumo energético en uso de aires acondicionados en sede central.	a. Reemplazo de calentador de agua (se estima una reducción aproximada de 4435 litros / año de LPG) b. Reemplazo por 2 secadoras eléctricas (se estima reducción aproximada de 36340 litros de LPG año). c. Se estima reducción de 5600 KWH/año, d. Ahorro estimado del 10% sobre el 30% que supone el uso del AC en sede central (180000 KWH/año).	a. Reemplazo de equipo (Litros / año de LPG por reemplazo), b. Reemplazo de equipo (Litros de LPG / año por reemplazo), c. KWH/año, d. KWH/año. También se considerarían como parte del desarrollo de este plan, otros posibles indicadores: KWH/m² y KWH/paciente.	a. Entre 2027 y 2030, b. Secadora 1 en 2024, secadora 2 en 2027, ambas hacia 2030, c. Anualmente entre 2024 y 2030, d. Entre 2025 y 2030	Gerencia de Calidad y Ambiente / Mantenimiento
GRI 2	El agua residual de los edificios en Sede Central no posee un proceso de desinfección al ser descargada al alcantarillado sanitario. A pesar de que se cumple con la legislación vigente, debido a que este parámetro no se solicita en los reportes operacionales de aguas residuales, como parte de la descarga en el alcantarillado sanitario, se define el impacto en función de la descarga actual que posee una posible afectación en fauna en ríos una vez el agua llega a cuerpo receptor finalmente.	Gestión de las aguas residuales	A pesar de cumplir con la legislación vigente, se desea reducir el impacto ambiental de las aguas residuales en las áreas críticas de la sede central, enfocando dicho tratamiento en la descarga de coliformes fecales a 1000 NMP por cada 100 mL de muestra.	Implementar la planta de tratamiento de aguas residuales (PTAR) en 2026.	Descarga de coliformes fecales a 1000 NMP por cada 100 mL de muestra como parte del desarrollo de la PTAR.	Dec/26	Gerencia de Calidad y Ambiente / Mantenimiento
GRI 3	Contribución al calentamiento global como parte de las emisiones de gases de efecto invernadero del Hospital.	Emisiones	Reducir la contribución de los gases de efecto invernadero, lo anterior con base en la acción de reducción relacionada con diferentes actividades según el plan de descarbonización, cuya primera etapa está definida para el año 2030.	Reducción de un 26 %/año (aprox. 442 ton CO₂ eq./ año). Esta meta incluye las metas relacionadas con el uso de la energía eléctrica y térmica, el proceso de economía circular, así como la reducción de emisiones por uso de refrigerantes, uso de inhaladores y uso de gases de anestesia en salas de Cirugía.	Además de las metas establecidas en relación con el uso de la energía y los procesos de economía circular se estarán considerando sobre la marcha los siguientes indicadores: uso de refrigerantes (kg CO₂ eq/ recarga), uso de inhaladores (kg CO₂ eq/inhalador-año), uso de gases de anestesia (kg CO₂ eq. / cirugía realizada).	Dec/30	Gerencia de Calidad y Ambiente / Mantenimiento
GRI 4	Generación de una cantidad importante de residuos que finalmente se envían a disposición final a un relleno sanitario.	Gestión de Residuos	Ampliar el programa de gestión de residuos de manera que se reduzca el envío al relleno sanitario, fomentando el reúso de materiales y programa de reciclaje del Hospital (economía circular).	Pasar de un 94% a un 60% para el 2030 (aproximadamente 150 toneladas/año),	kg residuos valorizados /total de residuos.	Dec/30	Gerencia de Calidad y Ambiente / diferentes áreas operativas

Actividades y proceso de seguimiento	Políticas o compromisos en tema material / e. Procedimientos de gestión donde incorporar acciones	Como influye la participación de grupos de interés en medidas adoptadas y como se usa su realimentación para mejora	Línea base 2023	Resultados 2024 (justificación)	% de avance en 2024	Cualitativo (QI) / Cuantitativo (Qt)
Reuniones del Comité de Ahorro de Energía	Política ambiental / PR.GIA-010/ IT.GIA-078.	Luego de la implementación del sistema se estará comunicando dicha mejora a la Comunidad como parte de la política ambiental del Hospital y de este proceso de realimentación.	Disminución de 139 868 kWh en el consumo de combustibles fósiles por uso de fuentes renovables (paneles solares y paneles fotovoltaicos durante el 2023)	A finales del 2023 se adquirió una nueva secadora eléctrica que reemplazó durante todo el 2024, una que utilizaba gas LP, lo anterior representó un ahorro de 29396.6 litros de LPG/año que equivale a 208050 KWH /año o bien, 30.17 ton CO₂ eq./año. A partir del 25 de enero del 2024, se inició el uso de 66 luminarias LED que reemplazaron 208 fluorescentes que se ubicaban en el área de Cirugía Dra. Cameron, que representa una reducción de 132757.12 KWH/año o 11.67 ton CO₂ eq. Las actividades del calentador de agua y el controlador del sistema de aire acondicionados siguen en proceso . Las actividades desarrolladas en 2024 representan un avance del 40% en función de las actividades planteadas.	40%	QI
Aprobación del presupuesto de inversión, implementación del sistema modular y luego su desarrollo por etapas, primero en el área de tratamiento de residuos, luego en el sector este del edificio Cabezas López y luego en el sector oeste.	Política ambiental / IT.GIA-032.	Luego de la implementación del sistema se estará comunicando dicha mejora a la Comunidad como parte de la política ambiental del Hospital y de este proceso de realimentación.	El agua residual de los edificios en Sede Central no posee un proceso de desinfección al ser descargada al alcantarillado sanitario. A pesar de que se cumple con la legislación vigente, debido a que este parámetro no se solicita en los reportes operacionales de aguas residuales, como parte de la descarga en el alcantarillado sanitario, se define el impacto en función de dicha descarga.	En el último trimestre del 2024, se inició con el desarrollo de un Máster Plan para determinar todas las necesidades a nivel de permisos y planos para el desarrollo de la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales en nuestra Sede Central. Lo anterior representa un avance del 20% en función de las actividades planteadas.	20%	QI
Inventario mensual de huella de carbono.	Política ambiental / PR.GIA-007/ PR.GIA-008/09/10/12/ IT.CO-001/ IT.GIA-074/75/76/77/78/79/80.	Reuniones periódicas con los grupos de interés relacionados con estas actividades.	Contribución al calentamiento global como parte de las emisiones de gases de efecto invernadero del Hospital, las cuales para el año 2023 han sido de 1839.77 toneladas de CO₂ eq. (valor que fue actualizado luego de la publicación final del factor de emisión final del uso de la electricidad en Costa Rica y también por la corrección en datos relacionados a la gestión de residuos, posterior a la publicación a la publicación de nuestro 1er informe GRI. El valor anterior referenciado era de 1371.94 toneladas de CO₂ eq.	Durante el año 2024 se realizaron las siguientes acciones de reducción de nuestra huella de carbono: reducir el uso de N₂O en salas de Cirugía (53 ton CO₂), reemplazo de luminarias fluorescentes a LED en el área de Cirugía Cameron (11.67 ton CO₂), uso de 228 paneles fotovoltaicos y solares (6.51 y 11.80 ton CO₂) y el cambio de una secadora que usaba gas LP por una eléctrica (30.17 ton CO₂). Lo anterior representa un avance del 21% en relación con la meta de reducción de las emisiones al 2030.	20,5%	QI
Reportes mensuales de la generación de residuos en el Hospital.	Política ambiental / PR.GIA-002/IT.GA-023.	Reuniones periódicas con los proveedores y otros grupos de interés relacionados con estas actividades.	Generación de 487.4 toneladas de residuos al año de las cuales un 94% van a relleno sanitario. Este valor se corrige en este informe pues en el dato anterior de 417.6 toneladas, no se había contemplado la contabilización de unos residuos comunes y de reciclaje en este proceso. Hay algunas iniciativas parciales de circularidad como el reúso de batas de tela en ciertas áreas del Hospital y el aprovechamiento de batas descartables para generación de madera plástica, sin embargo, existe una gran oportunidad para reducir aún más el uso de plásticos de un solo uso buscando procesos específicos de circularidad donde se reutilicen los residuos en la cadena de valor.	En 2024, se logró un resultado de un 5.76% de residuos que no fueron enviados a un relleno sanitario. Hay varias actividades en proceso relacionadas con este compromiso, por ejemplo en 2025 se proyecta ir eliminando el plástico de un solo uso en las botellas plásticas que se entregan a los Pacientes, ampliar la recolección y separación de materiales de compost, para lo cual se aprobó en el presupuesto la gestión ampliada para incluir los residuos de alimentos de todos los restaurantes del Hospital, también se tiene planificado que con la llegada del nuevo ERP del Hospital (Sistema de Planificación de Recursos), se incorpore progresivamente un proceso de compras sostenibles, entre otros detalles. Lo anterior representa un avance del 16% en relación con la meta de reducción del 40% de residuos por evitar en su envío a un relleno sanitario al 2030.	14,4%	Qt

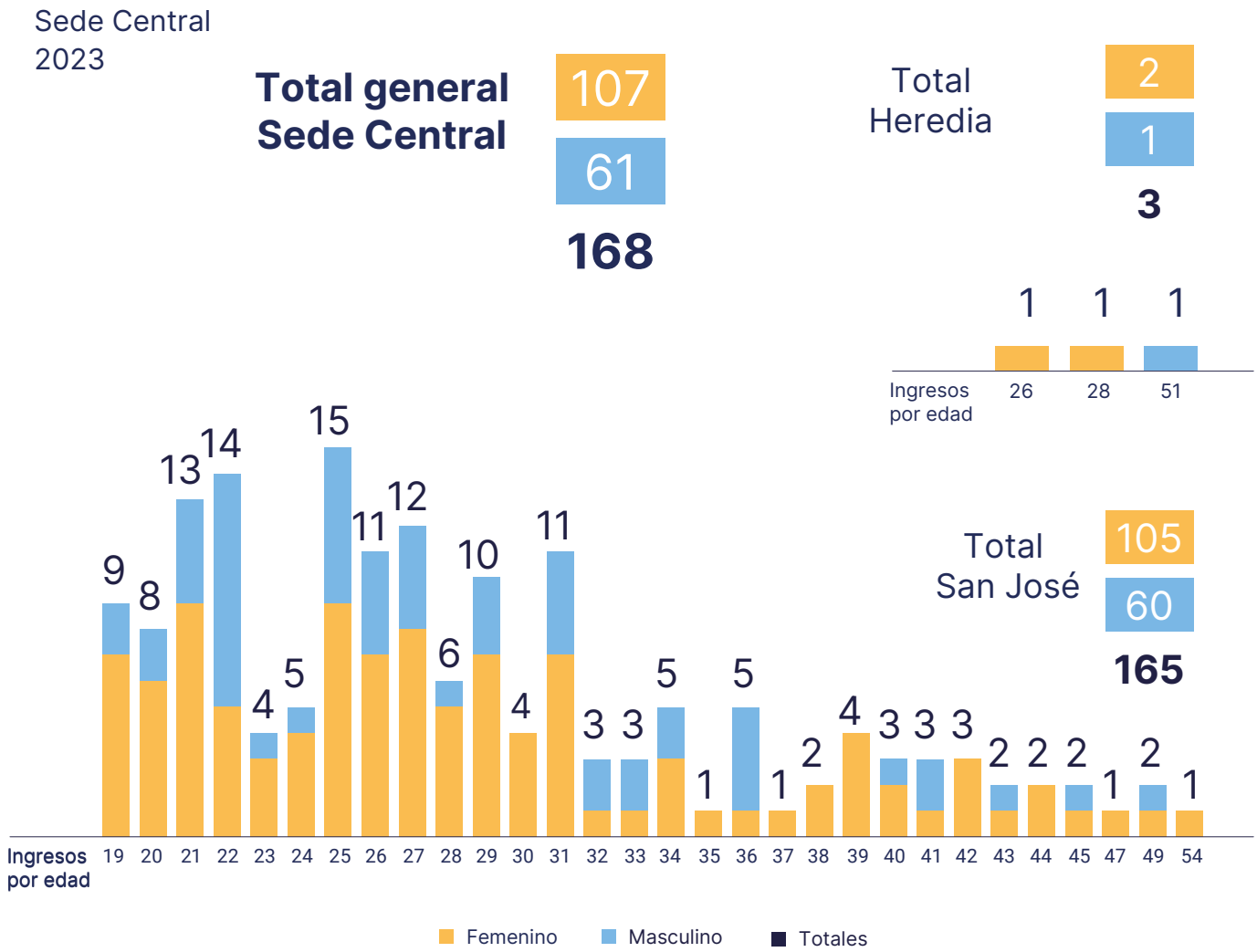
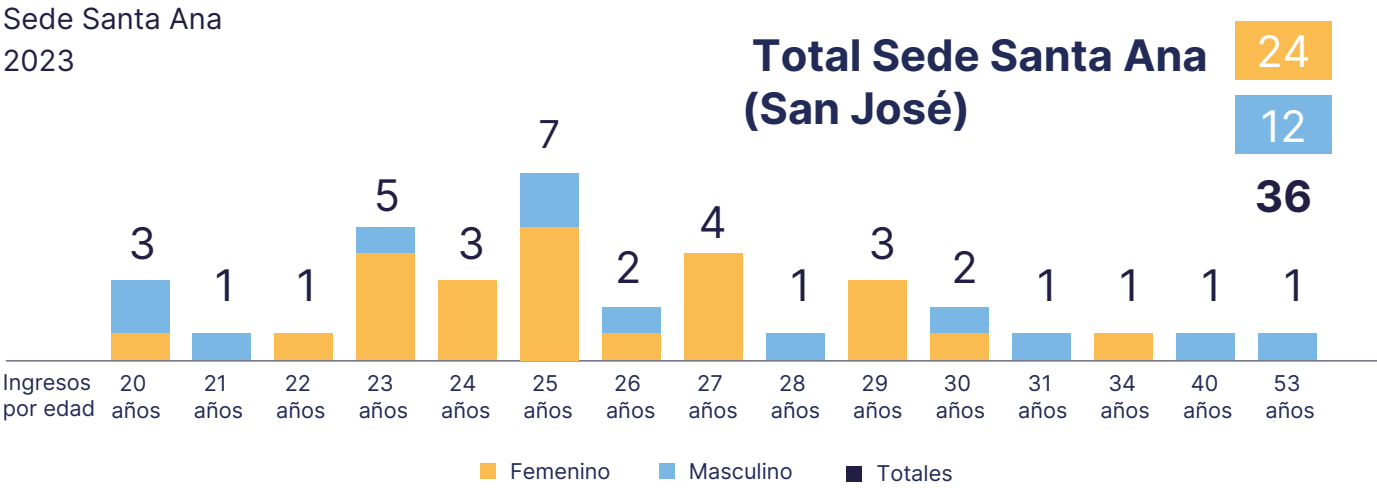
Social

Tema material: Gestión laboral (impactos GRI 5, 6 y 7)

401-1 Contrataciones de nuevos empleados y rotación del personal

A continuación, se muestra la cantidad total y tasa de contrataciones de nuevos empleados durante el Período objeto del informe (2024), por grupo de edad, género

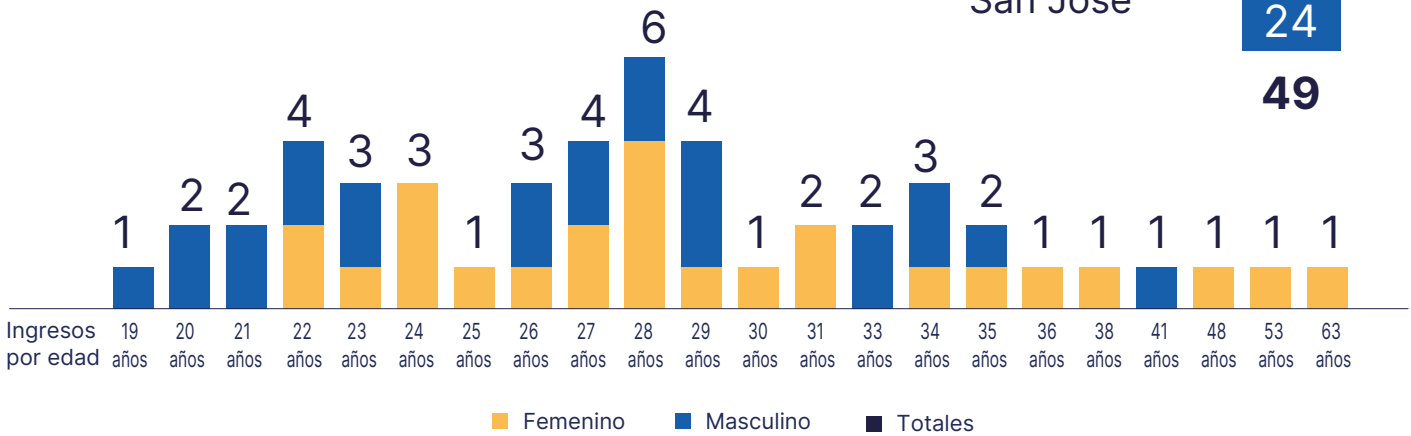
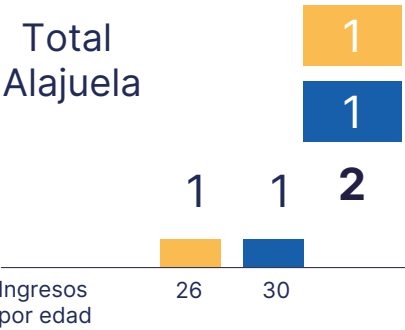
y región, cuyos datos fueron determinados a través del sistema de planilla. A su vez, se muestran los resultados comparando el comportamiento con respecto al 2023.



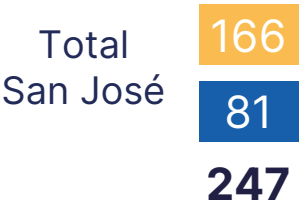
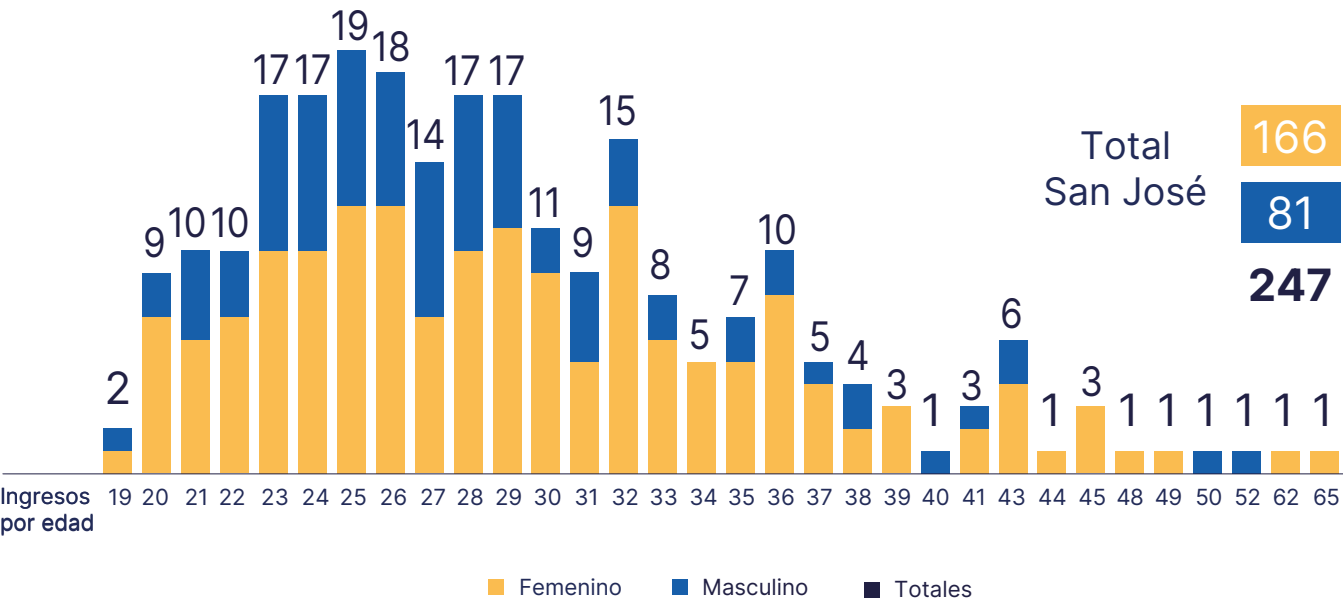
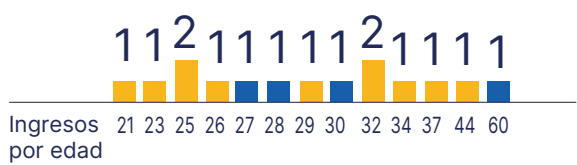
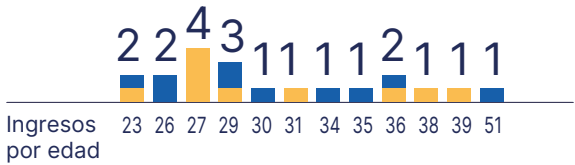
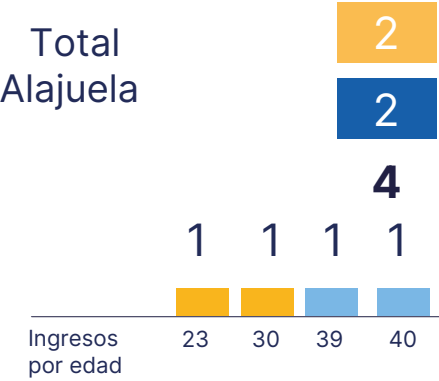
Total general 2023

Femenino	Masculino	Totales
131	73	204

Sede Santa Ana
2024



Sede Central
2024



En el siguiente desglose, se muestra la cantidad total y la tasa de rotación de personal para los años 2023 y 2024 (12.6% y 15.75% respectivamente), para un total de 138

2023	CARTAGO		HEREDIA		SAN JOSÉ		Total
Edad	F	M	F	M	F	M	
20					3		3
21			1		1	1	3
22			1		8		9
23				2	4	1	7
24				1	1	3	5
25			1	1	3	5	10
26			2		2	3	7
27	1	1	1		4	3	10
28				2	2	5	9
29			2		1	3	6
30			2	1	2	1	6
31					1	2	3
32	1				3	1	5
33			1		3	2	6
34					3	2	5
35					3	3	6
36			2		3	2	7
37			1		1		2
38			1			1	2
39				2	1		3
40					1	2	3
41					2		2
43					4	1	5
44					1		1
45				1			1
46					2		2
48					1		1
49					2	1	3
50					1		1
53					1		1
55					1		1
57						1	1
61			1				1
63		1					1
Total general	2	2	16	10	65	43	138

y 205 colaboradores en esos Períodos, por grupo de edad, género y región.

2024	CARTAGO		ALAJUELA		SAN JOSÉ		Total
Edad	F	M	F	M	F	M	
19					1		1
20					2	3	5
21					6	3	9
22	1				2	3	6
23	1	1		1	2	3	8
24					6	1	7
25					10	2	12
26	1				10	3	14
27	2	2	2		11	3	20
28			2		7	3	12
29				1	7	6	14
30				1	3	2	6
31				1	7	2	10
32					3	5	8
33					8	4	12
34					4	3	7
35	1				4	3	8
36					3	1	4
37					6	1	7
38					3	2	5
39						1	1
40		1			2		3
41				1	1	3	5
42					2		2
43		1			2	1	4
44					2	2	4
45					1		1
49					2		2
50					1	2	3
55					2	1	3
59						1	1
60						1	1
Total	6	5	4	5	120	65	205

405-1 Diversidad de empleados

A continuación, se muestra el detalle de diversidad en puestos de liderazgo dentro de la organización y también de manera general. A nivel de los puestos de liderazgo,

Edad	F	M	T	%
Menores de 30 años	1	2	3	4%
Entre 30 y 50 años	26	24	50	71%
Mayores de 50 años	9	8	17	24%
Total en liderazgo 2023	36	34	70	100%

Edad	F	M	T	%
Menores de 30 años	242	137	379	35%
Entre 30 y 50 años	350	219	569	52%
Mayores de 50 años	79	71	150	14%
Total general 2023	671	427	1098	100%

se puede observar que un 51% de dichos puestos están ocupados por mujeres en 2023 y un 52% en 2024.

Edad	F	M	T	%
Menores de 30 años	2	2	4	4%
Entre 30 y 50 años	39	33	72	75%
Mayores de 50 años	9	11	20	21%
Total en liderazgo 2024	50	46	96	100%

Edad	F	M	T	%
Menores de 30 años	291	176	467	35%
Entre 30 y 50 años	431	242	673	53%
Mayores de 50 años	83	78	161	12%
Total general 2024	805	496	1301	100%

Fuente: Sistema de planillas

410-1 Personal de seguridad capacitado en políticas o procedimientos de derechos humanos.

En 2024, se logró iniciar con un nuevo proceso de capacitación para el personal de nuevo ingreso, enfocando temas relacionados con la temática de Derechos Humanos, lo cual se proyecta potenciar en 2025 para el personal de otras áreas como Seguridad y de Atención al Paciente. En 2024, se logró capacitar a un total de 378 colaboradores. En estas sesiones se logró fomentar la reflexión crítica, la empatía y la creatividad en torno a los derechos humanos mediante actividades colaborativas que permitieron a los participantes identificar situaciones adversas y transformarlas en experiencias positivas, promoviendo así el desarrollo de valores, habilidades

comunicativas y conciencia social. Durante la capacitación de Derechos Humanos una de las actividades realizadas consistió en dividir a los participantes en grupos donde cada equipo elegía un Derecho Humano, partiendo de una vivencia personal, una experiencia conocida o incluso una historia creada por ellos mismos. A partir de una situación negativa, los participantes lograban transformar esa experiencia en una situación positiva, promoviendo así la reflexión, la empatía, así como la construcción de soluciones, reforzando así los valores como el trabajo en equipo, lo cual ha permitido fomentar la comunicación efectiva dentro del grupo.



Tema material: Seguridad de Contratistas (impacto GRI 8)

403-2 Identificación de peligros, evaluación de riesgos e investigación de incidentes

En este nuevo año de reporte, se ha ido integrando a los contratistas, en lo cual se ha logrado contar con información del 13,75 % de los mismos que ingresan a la Clínica como parte de los compromisos de gestión adquiridos por el Hospital. Para este primer ejercicio realizado en 2024, el 64% de los contratistas cuenta con una Oficina de Salud Ocupacional y el 73% dispone de un profesional en Salud Ocupacional. Entre las técnicas que aplican para realizar la priorización de los riesgos se incluyen: mapeo de riesgos, la espina de pescado o diagrama de Ishikawa, recorridos visuales por las áreas de trabajo, la aplicación de la metodología descrita en el apartado 3.4.2 de la Guía para la elaboración del Programa de Salud Ocupacional y el FMEA (Análisis de Modos y Efectos de Falla).

Además, el 82 % de los contratistas evaluados realiza auditorías, ya sean internas o externas. En cuanto a la recopilación de los datos que se presentan en dichas auditorías, la mayoría de las veces se lleva a cabo mediante formularios, entrevistas a los colaboradores, reuniones, muestreos y otros reportes generados por las áreas correspondientes, los cuales sirven para validar el buen funcionamiento del sistema de gestión dentro de las empresas.

A nivel interno en nuestras instalaciones, y siempre en este enfoque de trabajo conjunto con los Contratistas, se mantiene la implementación del Formulario de Verificación de Actividad Segura, que se basa en varias normas y estándares tanto nacionales como internacionales, el mismo ha permitido tener un mayor control de las actividades críticas que realizan. Para el año 2024 se ha implementado este formulario en 13 obras las cuales han involucrado trabajos en altura, lo que ha permitido brindar no solo recomendaciones sino también prevenir un accidente laboral dentro de la institución, buscando un mayor compromiso por parte de la empresa contratada y del Hospital.

Además, se continua con la implementación del formulario llamado “Implementación de Riesgos”, que evalúa el nivel de criticidad de los trabajos que se están realizando y es completado de manera interdisciplinaria, con la participación de varias áreas, tales como Infecciones Intrahospitalarias, Gestión de Instalaciones y Ambiente

(GIA), Ingeniería y Mantenimiento, y Seguridad, todas estas áreas brindan un criterio técnico que permite controlar los riesgos asociados a la actividad que se está desarrollando.

En el año 2024 se realizó la actualización del mapeo de riesgos de las áreas, este se desarrolla cada dos años, y lo que busca es tener un control de las medidas que se aplican para evitar la generación de accidentes laborales, en el mismo también se incluyen las actividades que realizan los contratistas.

Se continua con la notificación a los supervisores de las obras, cuando los trabajadores desean retirarse de situaciones laborales que consideren pueden generarles lesiones, dolencias o enfermedades, generando las acciones correctivas y preventivas correspondientes con el fin de asegurar la seguridad de los colaboradores. Toda esta documentación anteriormente descrita, se complementa con las inspecciones en las áreas de trabajo, incluidas las obras, en donde se mantiene una comunicación constante con el supervisor de la obra en caso de encontrar algún incumplimiento que pueda ocasionar un accidente.

Además, se ha venido trabajando en la obtención de información de los 80 contratistas que fueron preliminarmente considerados críticos y pertenecen a áreas como suministros básicos, equipos médicos, mantenimiento de extintores, monitoreo de aguas residuales, distribución de medicamentos e insumos médicos, mantenimiento de edificios y gestión de residuos, entre otros, los cuales forman parte del compromiso de gestión detallado en el apartado GRI 3-3 de esta sección.

403-4 Participación de los trabajadores, consultas y comunicación sobre salud y seguridad en el trabajo

Al igual que en el apartado anterior, se ha evaluado el 13,75% de los contratistas, de los cuales el 91% dispone de una Comisión de Salud Ocupacional, la cual opera conforme al Reglamento de Comisiones y Oficinas de Salud Ocupacional (39408-MTSS). Estas comisiones tienen distintas frecuencias de reunión; en algunos casos se convocan mensualmente, mientras que en otros se reúnen hasta dos veces al año. Adicionalmente, en estas empresas se han identificado otros comités, tales como el de Ética, el Ambiental relacionado con los procesos del reconocimiento de Bandera Azul, el de Innovación y el Comité Social.

Se continua con la implementación del curso de orientación llevado a cabo dos veces al año el cual es dirigido al personal tercerizado, que se rige conforme a los estándares de la norma Joint Commission International (JCI) y está descrito en el procedimiento PR.TH-013: Procedimiento Curso de Orientación para Personal Tercerizado, el mismo ofrece una actualización anual para el personal que haya completado el curso previamente. Este curso es agendado con el apoyo del área de Talento Humano y tiene una duración de dos horas y 30 min. El mismo ha permitido brindar información a los contratistas sobre temas como: la salud y seguridad en la empresa, calidad hospitalaria, servicio al cliente, entre otros, dando una mayor claridad en las medidas que deben cumplir cuando se encuentran laborando dentro de la Institución, abarcando los siguientes temas:

- Bienvenida, video de motivación, Programa de Acción Social, historia, misión, visión y valores institucionales.
- Gestión de Instalaciones y Ambiente
- Calidad Hospitalaria y 5 metas de Seguridad
- Código de ética
- Servicio al Cliente

La Clínica Bíblica continúa trabajando con el apoyo de varios comités como: la Comisión de Salud Ocupacional por emplazamiento (ANVECO y ASEMECO), la cual se rige por la legislación vigente conformándose tanto por la parte empleadora y trabajadora de acuerdo con el lugar o edificio que representan, el mismo busca analizar los riesgos que hay dentro de la Institución con el fin de proteger a los trabajadores frente a un posible accidente.

Adicional, el Comité de Gestión de Seguridad de las Instalaciones (GSI), que se rige por los lineamientos de la norma Joint Commission International, mantiene sus inspecciones quincenales y reuniones presenciales cada dos meses, las cuales al contar con el apoyo de distintas áreas, han permitido tener un mayor control de las medidas que se están desarrollando en las obras y remodelaciones dentro de la clínica, y es por medio de la generación de las actas y planes de seguimiento, que se notifica a cada Jefatura, las diferentes recomendaciones de los controles preventivos y correctivos propuestos para su posterior revisión y aprobación.

Contenido 403-8 Cobertura del sistema de gestión de la salud y la seguridad en el trabajo

La Clínica continúa trabajando en su sistema de gestión de la salud y la seguridad en el trabajo, basado tanto en normativas legales nacionales como en

estándares y directrices reconocidas, este se detalla en el contenido temático 403-1. Sistema de Gestión de la Salud y Seguridad en el Trabajo, el mismo cubre a todos los trabajadores de ASEMECO y ANVECO y los contratistas. Adicional, se mantiene el desarrollo de las Implementaciones de Riesgo, acompañado del Formulario de Verificación de Actividad Segura en el caso de aquellas obras que involucran un alto riesgo, brindando recomendaciones que benefician las salud y seguridad de los colaboradores y el paciente.

Se mantiene a su vez, el trabajo conjunto con las áreas de Riesgos y Calidad, en la acreditación basada en los estándares de la Joint Commission International (JCI), la cual abarca tanto a la sede Central, Santa Ana y próximamente en 2025, la nueva sede ALESTE. En el caso de la Torre Médica Omega, si bien no forma parte de esta acreditación, se mantienen las medidas de seguridad en dicha torre integrándoles dentro del sistema de calidad y seguridad. Además, cada área actualiza sus procesos de gestión conforme a los cambios que se producen de manera orgánica en el sistema, el cuál es revisado con el apoyo del área de Calidad en la actualización general de los procesos documentales que se siguen desarrollando cada 18 meses.

403-9 Lesiones por accidente laboral

403-10 Las dolencias y enfermedades laborales

Se está trabajando en los compromisos de gestión establecidos en GRI 3-3, en donde se busca el seguimiento de las lesiones por accidentes de los contratistas críticos, obteniendo información sobre la cantidad de fallecimientos resultantes de lesiones por accidentes laborales, la cantidad y tasa de lesiones con grandes consecuencias (sin incluir fallecimientos), la cantidad y tasa de lesiones registrables por accidentes laborales, los principales tipos de lesiones laborales, y la cantidad de horas trabajadas.

También dentro del mismo se buscan considerar otros aspectos como:

- Las medidas que los contratistas tomen o proyecten para eliminar otros peligros laborales y minimizar riesgos mediante la jerarquía de control.
- Las tasas de siniestralidad y si hay trabajadores excluidos de estos índices, cuáles son los tipos de trabajadores y el motivo de esta exclusión.
- Información contextual de los contratistas que indique como se han recopilado los datos (estándares, metodologías o supuestos usados).

Actualmente, de los 80 contratistas identificados preliminarmente, se dispone de información correspondiente al 13,75% de los mismos. Como parte de este primer seguimiento, se pudo corroborar que los principales tipos de lesiones por accidente laboral están relacionados con temas ergonómicos. En el caso de las enfermedades laborales de este grupo de 80 Contratistas críticos se ha observado que los principales casos están relacionados con problemas musculoesqueléticos y enfermedades estacionarias, tales como virus respiratorios, gripes, resfriados, entre otros.

Los controles establecidos para mitigar estos riesgos se rigen por la jerarquía de control, que incluyen las siguientes medidas: controles administrativos, ingenieriles, eliminación, sustitución y uso de equipo de protección personal.

El proceso que siguen estas empresas para los reportes de accidentes o enfermedades laborales es principalmente que la Jefatura del área es la encargada de notificar a Recursos Humanos, quienes a su vez envían el informe correspondiente al Instituto Nacional de Seguros (INS).



Tema material: Salud y Seguridad del Personal (impacto GRI 9)

403-1 Sistema de gestión de la salud y la seguridad en el trabajo

La Clínica continúa trabajando en su sistema de gestión de la salud y la seguridad en el trabajo, conformado por comisiones, Oficina de Salud Ocupacional, planes, procedimientos e instructivos además de auditorías realizadas por personal externo al Hospital, permitiendo un adecuado control de la salud y seguridad en el trabajo. En particular, la Oficina de Salud Ocupacional, es coordinada desde el departamento de Gestión de Instalaciones y Ambiente, quienes poseen formación en este tema. Apoyado por áreas como Gestión de Instalaciones y Ambiente, Calidad y Riesgos todas bajo la supervisión de la Gerencia de Calidad y Ambiente, los cuales de forma integral buscan un control de la salud, seguridad laboral y ambiental dentro de la empresa.

Hay otras comisiones conformadas de forma interdisciplinaria por otros departamentos, como la Comisión de Emergencias y el Comité de Seguridad de las Instalaciones (GSI), las cuales continúan trabajando en el cumplimiento de las métricas y objetivos definidos de forma anual y que forman parte de los procesos de acreditación en Calidad y Seguridad, bajo los lineamientos de la Joint Commission International.

Dentro de las normativas legales nacionales e internacionales que son consideradas se encuentran:

- Constitución Política
- Ley General de Salud
- Reglamento Nacional de Protección contra Incendio
- Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento del Ministerio de Salud, 33240-S
- Reglamento general de seguridad e higiene del trabajo
- Reglamento sobre higiene industrial
- Reglamento de Construcciones
- Reglamento a la ley de la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, 26831-S
- Reglamento general de Riesgos del Trabajo,13466-TSS
- Reglamento de Comisiones y Oficinas de Salud Ocupacional, 39408-MTSS
- Reglamento Sobre Protección Contr las Radiaciones Ionizantes, 24037-S
- Reglamento Técnico RTCR 285:1997 Seguridad contra incendios. Señalización de seguridad Vías de evacuación, 26532

Los estándares o directrices reconocidos, bajos los cuales se rige este sistema de salud y seguridad en el trabajo, son:

- Joint Commission International Standards
- OSHA
- NFPA
- SGA (Sistema Globalmente Armonizado)
- Organización Internacional del Trabajo

Todas las sedes de la Clínica Bíblica que incluyen ASEMECO con sus sedes Central, Santa Ana y ALESTE (apertura en julio 2025), así como ANVECO, se mantienen trabajando en su sistema de salud y seguridad en el trabajo, y es a través de las reuniones que involucran comisiones como la de Salud Ocupacional, que se realizan medidas de prevención que buscan beneficiar tanto a la parte empleadora como la trabajadora en mejora de la salud y seguridad en el trabajo.

403-2 Identificación de peligros, evaluación de riesgos e investigación de incidentes

La organización continúa trabajando en su Mapeo de Riesgos, con el apoyo del departamento de Gestión de Instalaciones y Ambiente (GIA), cuya actualización se realiza cada dos años, siendo la más reciente en 2024. Este mapeo se rige por el instructivo IT.GIA-034, titulado Instructivo para el Mapeo de Riesgos e Investigación de Accidentes Laborales, en el cual se gestiona la identificación y evaluación de los riesgos ocupacionales, considerando tanto aspectos cualitativos como cuantitativos con el fin de establecer una priorización adecuada, para lo cual se contempló tanto la jerarquía de los controles como la opinión de los participantes en la evaluación, pues la actualización de éste es coordinado con las Jefaturas de las áreas, realizando visitas de campo que incluyen entrevistas y observaciones de los factores de riesgo en las áreas a evaluar, esto garantiza la calidad en el proceso de evaluación, el cual se refuerza a través de las distintas inspecciones e investigaciones de accidente, representando una visión integral de las condiciones de riesgo, tanto reales como potenciales, que pueden afectar los aspectos de salud y seguridad ocupacional en la Clínica.

Se realizan inspecciones constantes en las áreas, con el fin de evitar la materialización de los riesgos laborales, dentro de estos análisis están las pruebas al sistema de protección contra incendios, en donde por medio del

sistema MPC de Ingeniería y Mantenimiento se reporta alguna anomalía en el mismo, para su pronta corrección, y en el registro FO.GIA-006 Formulario de inspecciones GIA se documentan todos estos hallazgos. Como parte de estas medidas, se está desarrollando la logística para iniciar con el uso de pizarras informativas de accidentabilidad, en aquellas áreas que son consideradas críticas, con el fin de concientizar a los departamentos sobre los accidentes que se generan en su sector, así como las medidas para prevenir los mismos.

Se continua con la trazabilidad de los permisos de funcionamiento y otras certificaciones de seguridad relacionadas, con el apoyo del área de Gestión de Instalaciones y Ambiente (GIA), a través del registro FO.GIA-007, dando una priorización de los riesgos en las distintas áreas, y brindando acciones preventivas y correctivas dentro del sistema de gestión de la salud y seguridad en el trabajo. Por otro lado, se mantiene el curso de Lengua de Señas Costarricense (LESCO) para los colaboradores y la contratación de traductores en eventos formales, esta es una medida que se aplica en contra de las barreras idiomáticas y auditivas dentro de la institución.

Finalmente, el reporte de las Alertas Clínicas en Intranet continúa desarrollándose. Este proceso esta descrito en el procedimiento PR.UCH-005, que permite mantener una cultura preventiva de Calidad y un proceso de investigación que busca gestionar eventos inusuales para propiciar mejoras en los sistemas y procesos que reduzcan la posibilidad de su ocurrencia en el futuro dentro de la organización, todo esto apoyado con el capítulo de FMS (Facility Management and Safety) de la norma JCI (Joint Commission International).

403-3 Servicios de Salud en el Trabajo
Hospital Clínica Bíblica mantiene los servicios de un departamento de Medicina de Empresa, el cual brinda el servicio de atención a todos los colaboradores activos, en los consultorios equipados y establecidos para dicho fin. Se trabaja un enfoque preventivo y de promoción de la salud, se da seguimiento a las condiciones de riesgos laborales y valoración del paciente de medio el consultorio de Medicina Laboral del Instituto Nacional de Seguros, ente asegurador con quien se gestionan los riesgos laborales. La atención se brinda por medio de citas que se pueden agendar de manera automática, en caso de que el Colaborador las necesite. A su vez, anualmente se realizan Ferias de la Salud, detección temprana de lesiones, se brinda soporte en el Programa de Protección Radiológica y en Quimioterapia, se promueve un ambiente de bienestar y salud a los colaboradores mediante la implementación de

clases para realizar actividad física destinadas a mejorar la salud física y mental, a su vez de informar mediante comunicados a los colaboradores sobre la importancia de tener un estilo de vida balanceado entre trabajo, ejercicio y nutrición. A su vez, anualmente se realizan campañas de vacunación contra la influenza. En 2024 se implementó un nuevo servicio de Salud Mental, el cual ha reforzado la atención que se brinda por medio del departamento de Medicina de Empresa para todos nuestros Colaboradores. También se iniciaron actividades al aire libre enfocadas en caminatas y actividades de senderismo. Por muchos años, el Consultorio de Medicina de Empresa ha realizado una serie de exámenes físicos para complementar los procesos de reclutamiento y selección del personal. En 2024 se inició el análisis para extender el alcance de este proceso, proyectando otros exámenes más específicos y orientados a enfermedades laborales, en función de los perfiles de riesgo ocupacional. Esta iniciativa contempla la implementación de exámenes médicos específicos durante los procesos de contratación, con especial énfasis en áreas críticas. Como etapa inicial, en febrero de 2024 se conformó un grupo multidisciplinario compuesto por partes interesadas clave. Este equipo se encargó de analizar los riesgos presentes en cada área crítica y definir los exámenes médicos correspondientes que deberán ser aplicados al momento de ingreso de nuevos colaboradores. El objetivo de esta fase fue establecer una línea base médica que permita dar seguimiento continuo a la salud de los trabajadores, complementando así los exámenes actualmente vigentes, los cuales se realizan de manera semestral o anual según el nivel de exposición a distintos riesgos, como materiales peligrosos, radiaciones ionizantes, entre otros.

403-4 Participación de los trabajadores, consultas y comunicación sobre salud y seguridad en el trabajo
Se trabaja en conjunto con el departamento de Seguridad Ocupacional, quien se encarga de velar por la seguridad de los colaboradores en sus puestos de trabajo, a su vez se envían comunicados institucionales con información importante acerca de la seguridad en las instalaciones. Existe un Comité de Salud Ocupacional que se reúne periódicamente con el fin de trabajar en la prevención y cultura de seguridad, las acciones de mejora en las cuales se trabaja incluyen las medidas a implementar que permitan disminuir el riesgo y/o incidencia de Riesgos del Trabajo, lo anterior según hallazgos encontrados durante las capacitaciones y/o inspecciones. En 2024, se ha formulado la implementación de un programa de 0 accidentes que será desarrollando en 2025, el cual busca

controlar la incidencia de accidentes laborales a través del uso de Pizarras en las cuales se estará comunicando la existencia de accidentes laborales para las áreas más críticas, siendo un elemento de comunicación fundamental que se estará implementando, con el fin de generar consciencia sobre la importancia de las medidas de salud y seguridad ocupacional en nuestro Hospital.

Por otro lado, al realizar el mapeo de los riesgos laborales por parte de la Oficina de Salud Ocupacional y también al aplicar las distintas herramientas, para obtener un análisis de la situación actual de las áreas, se considera tanto la opinión del área técnica como los colaboradores en la implementación de controles preventivos y correctivos.

Tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias (sin incluir fallecimientos) para ASEMECO:

Período	Cantidad de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias	Cantidad de horas Trabajadas	Valor real del índice de tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias /mes (1000 000)	Valor real del índice de tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias/mes (200 000)
Jan/23	1	230349	4,3	0,9
Feb/23	0	231945	0,0	0,0
Mar/23	2	228906	8,7	1,7
Apr/23	0	230331	0,0	0,0
May/23	0	239208	0,0	0,0
Jun/23	2	236401	8,5	1,7
Jul/23	1	237312	4,2	0,8
Aug/23	1	243204	4,1	0,8
Sep/23	0	249027	0,0	0,0
Oct/23	0	249265	0,0	0,0
Nov/23	1	244144	4,1	0,8
Dec/23	0	243793	0,0	0,0
Jan/24	0	272872	0,0	0,0
Feb/24	0	276283	0,0	0,0
Mar/24	0	277468	0,0	0,0
Apr/24	0	279329	0,0	0,0
May/24	1	283790	3,5	0,7
Jun/24	0	288897	0,0	0,0
Jul/24	0	292720	0,0	0,0
Aug/24	1	296173	3,4	0,7
Sep/24	1	300579	3,3	0,7
Oct/24	0	302449	0,0	0,0
Nov/24	0	317038	0,0	0,0
Dec/24	0	322829	0,0	0,0

403-9 Lesiones por accidente laboral
A continuación, se explican los resultados para 2023 y 2024. En relación con la cantidad y tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias (sin incluir fallecimientos), a continuación, se presentan los resultados recopilados durante los años 2023 y 2024. Estos datos fueron establecidos con la colaboración del área de Medicina de Empresa. En el cálculo de las tasas en ASEMECO para el valor de 1,000,000 horas como el de 200,000 horas, se observa una disminución promedio anual de 70% con respecto al año 2023, ya que los accidentes de origen ergonómico y también los in itinere con gran consecuencia en el 2024 disminuyeron, en

Tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias (sin incluir fallecimientos) para ANVECO:

Período	Cantidad de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias	Cantidad de horas Trabajadas	Valor real del índice de tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias /mes (1000 000)	Valor real del índice de tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias/mes (200 000)
Jan/23	0	14602	0,0	0,0
Feb/23	0	13942	0,0	0,0
Mar/23	0	13708	0,0	0,0
Apr/23	0	14841	0,0	0,0
May/23	0	14785	0,0	0,0
Jun/23	0	14564	0,0	0,0
Jul/23	0	14457	0,0	0,0
Aug/23	0	14086	0,0	0,0
Sep/23	0	14040	0,0	0,0
Oct/23	0	14856	0,0	0,0
Nov/23	0	14265	0,0	0,0
Dec/23	0	14151	0,0	0,0
Jan/24	0	16184	0,0	0,0
Feb/24	0	16780	0,0	0,0
Mar/24	0	17342	0,0	0,0
Apr/24	0	16622	0,0	0,0
May/24	0	16781	0,0	0,0
Jun/24	0	16331	0,0	0,0
Jul/24	0	16627	0,0	0,0
Aug/24	0	16726	0,0	0,0
Sep/24	0	16391	0,0	0,0
Oct/24	0	15883	0,0	0,0
Nov/24	0	13502	0,0	0,0
Dec/24	0	12705	0,0	0,0

ANVECO los datos se mantienen en cero para ambos años. Los departamentos que han presentado afectación en este tipo de accidentes en el año 2023 son: Hospital, Limpieza, Nutrición e Ingeniería y Mantenimiento. Todas estas áreas comparten riesgos ergonómicos. En el caso del 2024 las lesiones se dieron principalmente en Seguridad y Limpieza, presentándose en la primera, riesgos locativos (relacionados con condiciones en las infraestructuras) y en la segunda, riesgos ergonómicos. A continuación, se presentan los datos con mayor detalle.

En cuanto a la cantidad de horas trabajadas y las tasas de lesiones por accidente laboral registrables tanto para ASEMECO como para ANVECO, se ha considerado en este cálculo tanto el valor de 1,000,000 horas como el de 200,000 horas, abarcando a todos los trabajadores de ambas entidades. Como parte de los procesos de mejora relacionados con las estadísticas asociadas con la siniestralidad, en 2024 se incorporaron los casos que no estaban siendo reportados en el Consultorio de Medicina de Empresa, ya sea porque su reporte ocurrió en un horario fuera del horario de atención del Consultorio, o bien, por temas de agenda asociados con su atención, generando un reporte de manera directa al ente asegurador. Lo anterior representó un incremento del 45%, tema que se estará analizando durante el 2025, considerando la importancia en el seguimiento, propiamente por parte del Consultorio de Medicina

de Empresa. Cabe destacar que en el año 2023 no se contaba con información sobre este tipo de casos, por lo que no se incluyen en las estadísticas de ese Período.

En el 2023 la tasa de lesiones por accidente laboral registrables más altas se dan en el mes de octubre, en donde se presentan varios tipos de accidentes dentro de los cuales se encuentran: locativos, biológicos, mecánicos, in itinere y ergonómicos. Para el caso del 2024 se reporta en el mes de abril la mayor tasa debido a la presencia de accidentes como: in itinere, locativo, ergonómico y biológico. Como parte de los compromisos en materia de Salud y Seguridad en el trabajo, en 2025 se estarán realizando una serie de campañas educativas para incentivar la reducción en la cantidad de eventos, poniendo especial interés en las áreas más críticas. En el 2023 las áreas que se vieron afectadas en ASEMECO fueron: Cirugía siendo la que presento mayor cantidad de accidentes de origen biológico, Farmacia, Gestión de Instalaciones y Ambiente, Nutrición, Investigación y Hospital. En relación con ANVECO, el área más crítica fue Limpieza. En 2024 para ASEMECO la mayor cantidad de accidentes fueron de origen in itinere, en donde las áreas que se vieron afectadas por el mismo son: Crédito y Cobro, Limpieza, Cirugía, Mensajería, Hospital y Cotizaciones, este mismo riesgo se presenta en ANVECO siendo Limpieza y el Centro de Contacto, las áreas con la mayor incidencia.

A continuación, se muestran los resultados correspondientes:

Tasa de lesiones por accidente laboral registrable en ASEMECO:

Período	Cantidad de lesiones por accidente laboral registrables	Cantidad de horas Trabajadas	Calculo por 1000 000	Calculo por 200 000
Jan/23	5	230349	22	4
Feb/23	9	231945	39	8
Mar/23	7	228906	31	6
Apr/23	7	230331	30	6
May/23	9	239208	38	8
Jun/23	7	236401	30	6
Jul/23	7	237312	29	6
Aug/23	11	243204	45	9
Sep/23	6	249027	24	5
Oct/23	15	249265	60	12
Nov/23	5	244144	20	4
Dec/23	7	243793	29	6
Jan/24	10	272872	37	7
Feb/24	13	276283	47	9
Mar/24	6	277468	22	4
Apr/24	17	279329	61	12
May/24	15	283790	53	11
Jun/24	12	288897	42	8
Jul/24	12	292720	41	8
Aug/24	14	296173	47	9
Sep/24	12	300579	40	8
Oct/24	7	302449	23	5
Nov/24	16	317038	50	10
Dec/24	14	322829	43	9

Tasa de lesiones por accidente laboral registrable ANVECO:

Período	Cantidad de lesiones por accidente laboral registrables	Cantidad de horas Trabajadas	Calculo por 1000 000	Calculo por 200 000
Jan/23	0	14602	0	0
Feb/23	0	13942	0	0
Mar/23	0	13708	0	0
Apr/23	1	14841	67	13
May/23	1	14785	68	14
Jun/23	0	14564	0	0
Jul/23	0	14457	0	0
Aug/23	0	14086	0	0
Sep/23	0	14040	0	0
Oct/23	0	14856	0	0
Nov/23	0	14265	0	0
Dec/23	0	14151	0	0
Jan/24	0	16184	0	0
Feb/24	0	16780	0	0
Mar/24	2	17342	115	23
Apr/24	1	16622	60	12
May/24	0	16781	0	0
Jun/24	0	16331	0	0
Jul/24	0	16627	0	0
Aug/24	0	16726	0	0
Sep/24	0	16391	0	0
Oct/24	0	15883	0	0
Nov/24	1	13502	74	15
Dec/24	0	12705	0	0



Tasa de Fallecimientos (ASEMECO)

Período	Cantidad de fallecimientos resultantes de una lesión por accidente laboral	Cantidad de horas Trabajadas	Valor real del índice de fallecimiento/ mes (1000 000)	Valor real del índice de fallecimiento/ mes (200 000)	Meta del índice de fallecimiento/ mes
Jan/23	0	230349	0,0	0,0	0
Feb/23	0	231945	0,0	0,0	0
Mar/23	0	228906	0,0	0,0	0
Apr/23	0	230331	0,0	0,0	0
May/23	0	239208	0,0	0,0	0
Jun/23	0	236401	0,0	0,0	0
Jul/23	0	237312	0,0	0,0	0
Aug/23	0	243204	0,0	0,0	0
Sep/23	0	249027	0,0	0,0	0
Oct/23	0	249265	3,4	0,0	0
Nov/23	0	244144	0,0	0,0	0
Dec/23	0	243793	0,0	0,0	0
Jan/24	0	272872	0,0	0,0	0
Feb/24	0	276283	0,0	0,0	0
Mar/24	0	277468	0,0	0,0	0
Apr/24	0	279329	0,0	0,0	0
May/24	0	283790	0,0	0,0	0
Jun/24	0	288897	0,0	0,0	0
Jul/24	0	292720	0,0	0,0	0
Aug/24	1	296173	3,4	0,7	0
Sep/24	0	300579	0,0	0,0	0
Oct/24	0	302449	0,0	0,0	0
Nov/24	0	317038	0,0	0,0	0
Dec/24	0	322829	0,0	0,0	0

En relación con los accidentes laborales que hayan resultado en un fallecimiento, lamentablemente se registró un caso en 2024, el cual ocurrió por un accidente de tránsito en el trayecto para una colaboradora que al dirigirse a su casa, luego de culminar su jornada laboral, tuvo un accidente en carretera que provocó este lamentable evento. Si bien es cierto, esta situación es difícil de controlar, en el Hospital se están analizando diferentes alternativas relacionadas, con el Instituto Nacional de Seguros.

En resumen, las principales lesiones por accidente laboral en ASEMECO están relacionadas con los siguientes riesgos para estos Períodos citados:

Tasa de Fallecimientos (ANVECO)

Período	Cantidad de fallecimientos resultantes de una lesión por accidente laboral	Cantidad de horas Trabajadas	Valor real del índice de fallecimiento/ mes (1000 000)	Valor real del índice de fallecimiento/ mes (200 000)	Meta del índice de fallecimiento/ mes
Jan/23	0	14602	0,0	0,0	0
Feb/23	0	13942	0,0	0,0	0
Mar/23	0	13708	0,0	0,0	0
Apr/23	0	14841	0,0	0,0	0
May/23	0	14785	0,0	0,0	0
Jun/23	0	14564	0,0	0,0	0
Jul/23	0	14457	0,0	0,0	0
Aug/23	0	14086	0,0	0,0	0
Sep/23	0	14040	0,0	0,0	0
Oct/23	0	14856	0,0	0,0	0
Nov/23	0	14265	0,0	0,0	0
Dec/23	0	14151	0,0	0,0	0
Jan/24	0	16184	0,0	0,0	0
Feb/24	0	16780	0,0	0,0	0
Mar/24	0	17342	0,0	0,0	0
Apr/24	0	16622	0,0	0,0	0
May/24	0	16781	0,0	0,0	0
Jun/24	0	16331	0,0	0,0	0
Jul/24	0	16627	0,0	0,0	0
Aug/24	0	16726	0,0	0,0	0
Sep/24	0	16391	0,0	0,0	0
Oct/24	0	15883	0,0	0,0	0
Nov/24	0	13502	0,0	0,0	0
Dec/24	0	12705	0,0	0,0	0

- Riesgos in itinere: accidentes ocurridos durante el desplazamiento del trabajador hacia o desde el lugar de trabajo.
- Riesgos biológicos: lesiones causadas por el contacto con agujas, bacterias provenientes de pacientes o fluido corporal.
- Riesgos locativos: caídas al mismo o diferente nivel, golpes contra superficies y accidentes relacionados con el orden y aseo en los espacios de trabajo.
- Ergonómicos: debido a la presencia de sobreesfuerzos y movimientos repetitivos propios de las tareas que realizan los colaboradores.

En el caso de ANVECO, las principales lesiones por accidente laboral en 2023 están relacionadas con los riesgos ergonómicos debido a movimientos repetitivos y los locativos, especialmente caídas al mismo nivel. Para el año 2024, se incluyen además los riesgos in itinere y mecánicos.

La gestión de los riesgos relacionados con la salud y seguridad ocupacional, involucra su análisis con el fin de minimizarlos, a través de algunas actividades como: capacitación al personal, señalización en las áreas, modificaciones o cambios en los equipos que se utilizan de acuerdo con las medidas antropométricas de los colaboradores, entre otros detalles.

El proceso de reporte de accidentes laborales se continúa desarrollando de acuerdo con lo establecido en el procedimiento “PR.TH-023 Reporte y registro de accidentes y enfermedades laborales”. Cuando ocurre un accidente laboral, el colaborador tiene 48 horas para reportarlo a su Jefatura o Supervisor y posteriormente gestionar la denuncia del caso ante el Instituto Nacional de Seguros, ente asegurador en Costa Rica, para lo cual se debe apoyar con el área de Talento Humano y Medicina de Empresa (valoración médica y registro del expediente del caso). Por su parte, el área de Gestión de Instalaciones y Ambiente apoya el proceso de investigación complementaria de cada caso. Para ello se utiliza el registro FO.GIA-092: Investigación de accidentes laborales con la ayuda de la Jefatura o Supervisor (según la disponibilidad) y el colaborador.

Se mantiene una documentación de estos accidentes, por medio del registro FO.GIA-003: Seguimientos de Riesgos del Trabajo, con el objetivo de contar con toda la información necesaria para cada seguimiento puntualizado.

Con base en los datos de accidentabilidad que se han venido reportando en la Clínica, y con el propósito de generar conciencia y reducir la cantidad de accidentes laborales entre nuestros colaboradores, se ha proyectado para el 2025 la implementación de pizarras informativas en las áreas que han registrado mayores índices de accidentes, junto con diferentes procesos de capacitación en cada área. Estas pizarras estarán organizadas por meses y se utilizarán los siguientes símbolos visuales para representar la ocurrencia (o no) de accidentes laborales:

- Estrella: cuando durante el mes no se haya registrado ningún accidente en el área.
- Círculo: en caso de que sí se haya presentado algún accidente laboral.

403-10 Las dolencias y enfermedades laborales

A continuación, se presentan los resultados para el año 2023 y el año 2024:

- Fallecimientos: afortunadamente tanto en ASEMECO como en ANVECO, no se reportaron colaboradores fallecidos debido a riesgos del trabajo, ya sea por una dolencia o enfermedad laboral, durante el período cubierto en el presente informe.
- Dolencias y enfermedades laborales registrables: en lo que se refiere a la cantidad de casos de dolencias y enfermedades laborales registrables en la Clínica, a continuación, se detalla la información correspondiente tanto para ASEMECO como para ANVECO:

Cantidad de casos de dolencias y enfermedades laborales registrables ASEMECO:			
Riesgo	Subcategoría del riesgo	2023	2024
Biológicos	COVID-19	2	0
Físicos	Exposición a ruido	0	0
Ergonómicos	Movimientos repetitivos	3	7
	Movimiento manual de cargas	0	0
	Sobreesfuerzos	0	0
Químicos	Afectación por vía inhalatoria	0	0
	Afectación por vía dérmica	0	0
	Reacción de producto químico	0	0
	Afectación por vía digestiva	0	0

Cantidad de casos de dolencias y enfermedades laborales registrables ANVECO:

Riesgo	Subcategoría del riesgo	2023	2024
Biológicos	COVID-19	0	0
Físicos	Exposición a ruido	0	0
Ergonómicos	Movimientos repetitivos	2	0
	Movimiento manual de cargas	0	0
	Sobreesfuerzos	0	0
Químicos	Afectación por vía inhalatoria	0	0
	Afectación por vía dérmica	0	0
	Reacción de producto químico	0	0
	Afectación por vía digestiva	0	0

En el caso de los riesgos biológicos, particularmente los asociados con el COVID-19, se continúa trabajando con el apoyo del área de Infecciones Intrahospitalarias, que promueve actividades y capacitaciones con el fin de generar conciencia sobre el autocuidado, manteniendo además, un control de las medidas de seguridad que se aplican dentro del Hospital, en aquellas áreas en donde existe el riesgo de contagio de alguna enfermedad. Por otro lado, se mantiene un adecuado seguimiento de los perfiles de puesto que son enviados al Instituto Nacional de Seguros (INS), en donde se brindan recomendaciones a la Jefatura de acuerdo con los riesgos presentes en el área de trabajo, en donde se incluye por ejemplo la capacitación en temas relacionados con manejo manual de cargas, modificaciones del puesto de trabajo, análisis ROSA (Rapid Office Strain Assessment), cambios en los equipos eléctricos y otras modificaciones que se realizan considerando las medidas antropométricas de los colaboradores. Tanto para el año 2023 como el 2024, los peligros de origen ergonómico se originan principalmente por los movimientos repetitivos asociados con el uso de máquinas o herramientas de trabajo y el movimiento manual de cargas y es durante el 2023 que se presentan enfermedades de origen biológicas relacionadas con el COVID-19.

Con el propósito de gestionar los riesgos asociados con las enfermedades laborales, se ha planificado para el año 2025 el fortalecimiento de la gestión basada en los perfiles de riesgo ocupacional, tal y como se explica en el contenido temático 403-3. Además, en relación con el COVID-19, se mantienen ciertas medidas preventivas las cuales son desarrolladas con el apoyo del área de Infecciones Intrahospitalarias, como el uso de mascarillas en caso de que los Colaboradores presenten síntomas de gripe y los momentos clave para la higiene de manos.

En cuanto a los aspectos ergonómicos, de acuerdo con la jerarquía de control, se han venido desarrollado medidas tanto administrativas como ingenieriles, así como el uso de equipo de protección personal, para asegurar el control constante de las causas que originan estas lesiones, compra de insumos necesarios para el puesto de trabajo, entre otras medidas.

Durante este proceso no se ha excluido a ningún trabajador, pues siempre se realizan los análisis correspondientes cuando se solicita el mismo o cuando por medio de las inspecciones surge la necesidad, pues en todas las áreas existe, en mayor o menor grado, el riesgo de sufrir una lesión musculoesquelética. Finalmente, se continúa gestionando la documentación de estas enfermedades laborales a través del registro FO.GIA-003: Seguimientos de Riesgos del Trabajo, con el objetivo de contar con toda la información necesaria.



Tema material: Bienestar y desarrollo comunitario (impactos GRI 10, 11, 12, 13, 14 y 15)

413-1 Operaciones con programas de participación de la comunidad local, evaluaciones del impacto y desarrollo

El Hospital Clínica Bíblica es una organización sin fines de lucro, que destina el 100% de su patrimonio al desarrollo de programas sociales, los cuales son ejecutados a través de su Programa de Acción Social. En sus instalaciones se facilita de manera permanente servicios de salud integral (físico, emocional y espiritual) así como programas de formación técnica y crecimiento personal, dirigidos a personas que viven en condición de vulnerabilidad

socioeconómica. A través de estos servicios se brinda acceso a la salud, a la educación técnica y desarrollo profesional, fomentando las condiciones y habilidades que contribuyen a la empleabilidad, procurando con esto que se genere un impacto positivo hacia el paciente y sus familiares, extendiéndose este efecto positivo a la sociedad. Dentro de las iniciativas de mayor impacto comunitario se encuentran:

# impacto	Programa	Impacto social
GRI 10	Alianza para la detección temprana del cáncer de mama, siendo este cáncer, el primero en incidencia y mortalidad en la población femenina en CR. Este programa, sensibiliza, educa y facilita anualmente el acceso a una mamografía a más de 6.000 mujeres que viven en condición de vulnerabilidad en zonas rurales y cordón fronterizo, mediante la operación de un mamógrafo móvil que visita las comunidades.	Acceso a la salud
GRI 14	Programa de cirugías solidarias dirigido a personas que viven en condición de vulnerabilidad, incluye los estudios preoperatorios y la hospitalización requerida en cada caso, facilitando con esto más de 150 cirugías al año.	Acceso a la salud
GRI 15	Programa de detección temprana de cáncer de cérvix a través de la donación anual de +1.000 estudios de monocapa. Este cáncer cual ocupa el cuarto lugar en mortalidad a nivel nacional.	Acceso a la salud

El Hospital es una organización comprometida con la generación de proyectos sociales, que supone brindar impactos positivos, al contribuir con el bienestar integral de las personas, pero de igual manera, es responsable de gestionar los efectos o impactos negativos derivados de la codependencia que se pueden crear, entre, el facilitador (la organización) y el beneficiario, generándose con esto posibles conductas pasivas y de conformismo, que culminan por aumentar la brecha de desigualdad social.

Es por esta razón que, responsablemente, también se han identificado algunos impactos negativos derivados de la puesta en marcha de iniciativas sociales, y por ende se asume el reto de generar acciones para mitigar el efecto de éstos, tales como:

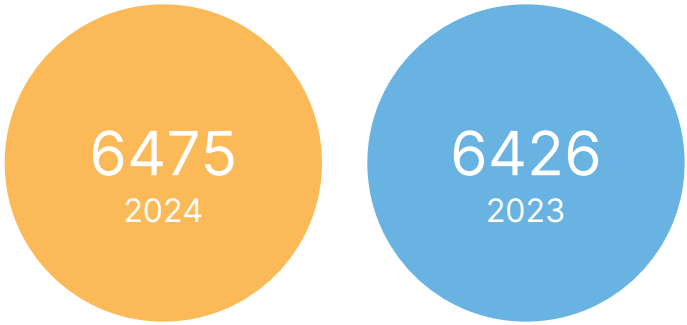
# impacto	Efecto adverso	Potencial impacto negativo
GRI 11	Las personas que reciben los servicios sociales minimizan su esfuerzo por formar parte del sistema de cotización y aseguramiento nacional (CCSS) durante los 2 años que PAS facilita el acceso a familias en condición de vulnerabilidad.	Limitar el acceso a la salud. Retardar o no acceder a una pensión por invalidez, vejez o muerte.
GRI 12	Deserción superior al 10% de estudiantes del Programa de Técnicos o Diplomados de la salud del IPA que poseen una beca social de PAS.	Inadecuado aprovechamiento de los recursos destinados a becas al no finalizar el plan de estudio. Limitar el acceso a nuevos becarios.
GRI 13	Brecha existente en la identificación conjunta de las necesidades y expectativas comunitarias versus la oferta de iniciativas sociales de PAS.	Inadecuada priorización del uso de recursos para resolver problemas reales.

- **Evaluaciones del impacto social GRI 10:** alianza para la detección temprana del cáncer de mama, siendo este cáncer, el primero en incidencia y mortalidad en la población femenina en CR. Este programa sensibiliza, educa y facilita anualmente, el acceso a una mamografía a más de 6.000 mujeres que viven en condición de vulnerabilidad en zonas rurales y cordón fronterizo, mediante la operación de un mamógrafo móvil que visita las comunidades:

El programa de detección temprana del cáncer de mama se trabaja en un modelo de Alianza Público-Privada, denominada Alsalus, Alianza por su salud, conformada por la Clínica Bíblica, la Caja Costarricense del Seguro Social, el Auto Mercado, el Banco Nacional y la Fundación Aliarse. Esta alianza trabaja de manera articulada la ruta de atención prioritaria a las mujeres que requieren tamizaje de mamografía de acuerdo con el Programa de Tamizaje Mamario “Llegar a Tiempo” de la Caja Costarricense del Seguro Social. El principal beneficio de la detección con mamografía es una disminución de la mortalidad por cáncer de mama. En una revisión sistemática de 2015 y un metaanálisis de 2012 que incluyeron múltiples ensayos aleatorios que involucraron a más de 600 000 mujeres de varios países, se estimó que la mamografía de detección reduce las probabilidades de morir de cáncer de mama en aproximadamente un 20 por ciento¹⁻². En el 2024 se brindó acceso a 6 475 mujeres que viven en condición de vulnerabilidad en zonas rurales y cordón fronterizo, a un estudio de mamografía

directamente en sus comunidades, independientemente de su condición de aseguramiento o nacionalidad. Evitándoles con esto, el traslado a diferentes centros de salud fuera de sus localidades. Lo que ha representado para ellas y sus familias, un ahorro en tiempo, desplazamiento y costos asociados a la búsqueda de este estudio. Gracias al compromiso y la sostenibilidad de esta Alianza, este año se logró beneficiar cerca de 50 mujeres más que el año 2023.

Período	Cantidad de mamografías donadas
2024	6 475
2023	6 426



¹ Myers ER, Moorman P, Gierisch JM, Havrilesky LJ, Grimm LJ, et al. Benefits and Harms of Breast Cancer Screening: A Systematic Review. JAMA. 2015 Oct;314(15):1615-34.

² Independent UK Panel on Breast Cancer Screening The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. Lancet. 2012 Nov.;380(9855):1778-86. Epub 2012 Oct 30.



El alcance geográfico fue:

Comunidades	Mamografías
Paquera	508
León XIII	148
Cóbano	644
Santa Rosa Pocosol	283
SJicaral-Islas	678
Horquetas de Sarapiquí	949
Puerto Viejo Sarapiquí	1119
Talamanca	772
San Marcos de Tarrazú	1374
Total	6475

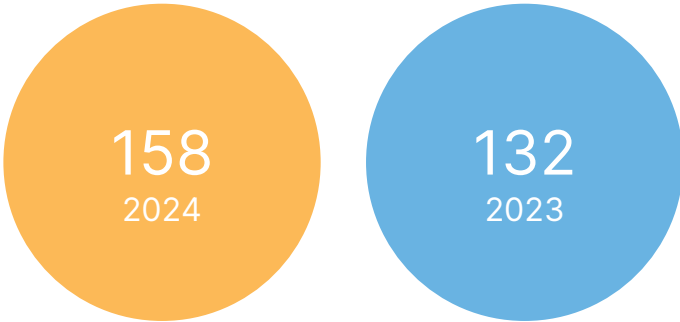
Las mujeres beneficiarias de este tamizaje mamario, también recibieron la educación para fomentar el autocuidado y la importancia de realizarse controles de salud de manera periódica.

- **Evaluaciones del impacto social GRI 14:** Programa de cirugías solidarias dirigido a personas que viven en condición de vulnerabilidad, incluyendo los estudios de preoperatorios y hospitalización requerida en cada caso. Facilitando más de 150 cirugías al año.

Este Programa está dirigido a personas que viven en condición de vulnerabilidad, siendo por lo general jefes de hogar, sin acceso al sistema de salud o bien, que se encuentra en lista de espera para una intervención quirúrgica. La evaluación del impacto social se realiza mediante la intervención de un profesional de Trabajo Social que

identifica, determina y valida la condición social del núcleo familiar. En el 2024, se donaron 158 cirugías solidarias incluyendo todos los servicios hospitalarios requeridos antes, durante y después de la intervención quirúrgica. Este Programa tiene una participación de género sin distinción alguno, facilitando las mismas oportunidades de bienestar y desarrollo al paciente y su grupo familiar. Los beneficiarios fueron jefes o jefas de hogar, con trabajos informales o sin empleo; con rezago escolar, condiciones que acrecientan las brechas de desigualdad social, en el caso de las jefas de hogar, con un recargo adicional en el rol de cuidadoras de menores de edad, adultos mayores o personas con algún tipo de discapacidad, lo que limita aún más las posibilidades de generar cambios sociales en su entorno.

Período	Cirugías solidarias
2023	132
2024	158



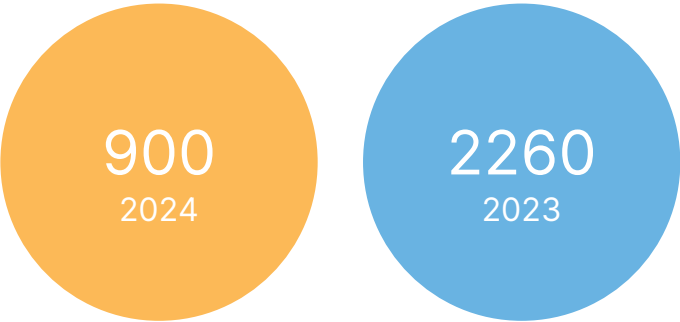
- **Evaluaciones del impacto social GRI 15:** Programa de detección temprana del cáncer de cérvix a través de la donación anual de +1.000 estudios de monocapa. Este cáncer cual ocupa el cuarto lugar en mortalidad a nivel nacional.

El impacto social del programa de detección temprana del cáncer cérvix, está en el acceso a este estudio de manera preventiva, con el objetivo de disminuir la mortalidad asociada a esta enfermedad, al mismo tiempo que se brinda la educación sobre la importancia de realizarse este estudio. Durante el 2024 se facilitó este examen a 901 mujeres de diferentes zonas del país, cerrando con esto las brechas de desigualdad a las que están expuestas, al no formar parte de las personas aseguradas al sistema nacional de salud, o bien, con acceso muy limitado por distancia o disponibilidad del servicio en sus localidades.

Adicional a brindar acceso a este importante estudio de tamizaje, en 2024 se implementó la nueva norma técnica establecida por el Ministerio de Salud, dirigida a mujeres mayores de 30 años, ésta realiza la tipificación del VPH y trae consigo una prueba de mayor rendimiento para detectar el cáncer.



Período	Tamizajes Cérvix
2023	2.260
2024	900



*El alcance y meta en 2024 se disminuye por la aplicación de la nueva norma de VPH, estudio de mayor especialización.

El alcance geográfico fue:

Provincia	Comunidad
Heredia	Horquetas de Sarapiquí
Limón	Bribri - Talamanca
San José	San Marcos de Tarrazú
San José	León XIII - Tibás
San José	La Carpio
San José	Cantón Central- Catedral- Desamparados- Alajuelita

- Programas de desarrollo comunitario locales según necesidades de la comunidad local:
- A. El Programa de detección temprana del cáncer de mama ejecuta el tamizaje adscrito a las necesidades país, en este caso particular, dirigidos por la priorización de necesidades realizada por la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual determinó como zonas prioritarias, a aquellas localidades que se encuentran alejadas a los servicios, ya sea por tiempo de desplazamiento (mayor a 2 horas en zona rural) o distancia recorrida (mayor a 60 km en zonas de difícil acceso geográfico) las cuales, además, son poblaciones relativamente pequeñas. Por ende, el trabajo de la Alianza se enfoca en las comunidades de:

RIPSS	Área de Salud
Central Norte	AS Horquetas Río Frío
	AS Puerto Viejo Sarapiquí
Central Sur	AS Los Santos
Brunca	AS Buenos Aires
Pacífico Central	AS Paquera
	AS Cóbano
	AS Garabito
Chorotega	AS Jicaral Islas
	AS La Cruz
	AS Upala
Huetar Norte	AS Los Chiles
	AS Guatuso
	AS Santa Rosa de Pocosol
Huetar Atlántica	AS Talamanca
	AS Siquirres

La coordinación se realiza de manera conjunta con los dirigentes del área de salud, con fuerzas vivas de la comunidad y la Coordinación Técnica del Cáncer en Sede Central de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).

- B. El Programa de cirugías solidarias y el Programa de tamizaje de cáncer cérvix, obedecen a la necesidad país de brindar acceso a la salud, considerados ambos de interés público, debido a las listas de espera para materializar las intervenciones quirúrgicas, las cuales, en el 2024, llegaron alcanzar hasta un rango de espera cercano 600 días en algunas especialidades, aunado al rezago en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Planes de participación de los grupos de interés en función de la determinación de los grupos de interés:
 - A. La Clínica Bíblica a través de la Alianza Alsalus involucra en su plan anual, la participación de los grupos de interés de la localidad a los cuales va dirigida la iniciativa, según el cronograma de trabajo establecido.

Meses antes de la visita de la Unidad Móvil se realizan las coordinaciones con el área de salud de la comunidad; y en estas sesiones de trabajo por lo general, también hay presencia de asociaciones de desarrollo, dirigentes municipales y otros líderes comunitarios que trabajan por el bienestar y desarrollo de la localidad. En las reuniones, se establecen la cantidad de mujeres a beneficiar, los



- criterios de inclusión y los mecanismos de convocatoria, de tal manera, que haya representación de personas con y sin aseguramiento, y sin distingo de nacionalidad. También se definen las responsabilidades de cada actor.
- Adicionalmente, se involucran los criterios y responsabilidades de cada una de las organizaciones que forman parte de la Alianza Público Privada, mediante reuniones bimensuales en las cuales se establecen las metas anuales de productividad, gestión financiera, comunidades a visitar en la ruta, etc. información que queda consignada en las actas de la Alianza.
- B. El plan anual de trabajo dirigido a potencializar el avance de las cirugías solidarias y el tamizaje para la detección temprana del cáncer de cérvix incorpora el criterio y las consideraciones del cuerpo de profesionales en ciencias de la salud, que ejecutan su acto médico en las instalaciones de la red de servicios de salud de la Clínica Bíblica.
- Una vez establecido los criterios de inclusión y abordaje clínico, se involucra la participación del grupo de interés comunitario, en caso de que la iniciativa sea focalizada en



- una localidad específica, estos grupos están representados por las áreas de salud de la zona. (Ebais o clínica de la localidad), dirigentes municipales, asociaciones de desarrollo y otros líderes sociedad civil y eclesiásticos.
- Es importante mencionar, que dentro de los desafíos a corto plazo (2025) que tiene el Programa de Acción Social, está el de incorporar en plantillas definidas, los planes de participación de los grupos de interés, las acciones requeridas para mitigar los efectos adversos, que se pueden presentar en la ejecución de una iniciativa social, en su mayoría, derivados de la codependencia que se puede crear, entre, el facilitador (la organización) y el beneficiario, generándose con esto un aumento en la brecha de desigualdad social.
- Comités y procesos de consulta amplios con las comunidades locales, que incluyen grupos vulnerables:
- Las comunidades en las cuales se desarrolla el Programa de detección temprana del cáncer de mama, son zonas que han sido definida como prioritarias, por la condición de vulnerabilidad geográfica y socioeconómica de los habitantes, lo que da certeza de la inclusión directa de

grupos vulnerables, reafirmandose este compromiso de participación a través de las reuniones previas con las áreas de salud de cada sitio, así como, la voz de diferentes líderes comunitarios que son parte de la organización y convocatoria respectiva.

En cuanto al Programa de cirugías solidarias, las personas que reciben ayuda no están adscritas a una misma área de salud, sino que, son pacientes que acuden al Programa de Acción Social, cuyo común denominador es la vulnerabilidad por condiciones migratorias, laborales y hasta culturales.

La activación de los comités con comunidades locales se realiza cada vez que nos encontremos en una etapa de sectorización geográfica de los beneficiarios, aunado a la oportunidad de mejora de fortalecer en el 2025 las herramientas de gestión con actores comunitarios.

En cuanto al plan de detección temprana de cáncer de cérvix, la activación de los comités o grupos de apoyo comunitario se realizó de manera muy orgánica y de oportunidad en coordinación con el área de salud, con el fin de agilizar el proceso de beneficio a favor de las pacientes de mayor vulnerabilidad.

- Divulgación pública de los resultados de las evaluaciones de impacto social

El alcance comunitario y el impacto social de los diferentes proyectos, es divulgado públicamente, por medio de las diferentes redes sociales, tanto las del Hospital, como las de organizaciones con las cuales trabajamos de manera conjunta, así como en medios de comunicación en coberturas especiales. Para obtener más información relacionada con los procesos de divulgación a nivel ambiental, puede acceder a la sección de los temas materiales a nivel ambiental. El proceso de divulgación final consolidado se logra a través del presente reporte de Sostenibilidad.

En los siguientes enlaces puede acceder a más información de los procesos de divulgación social:

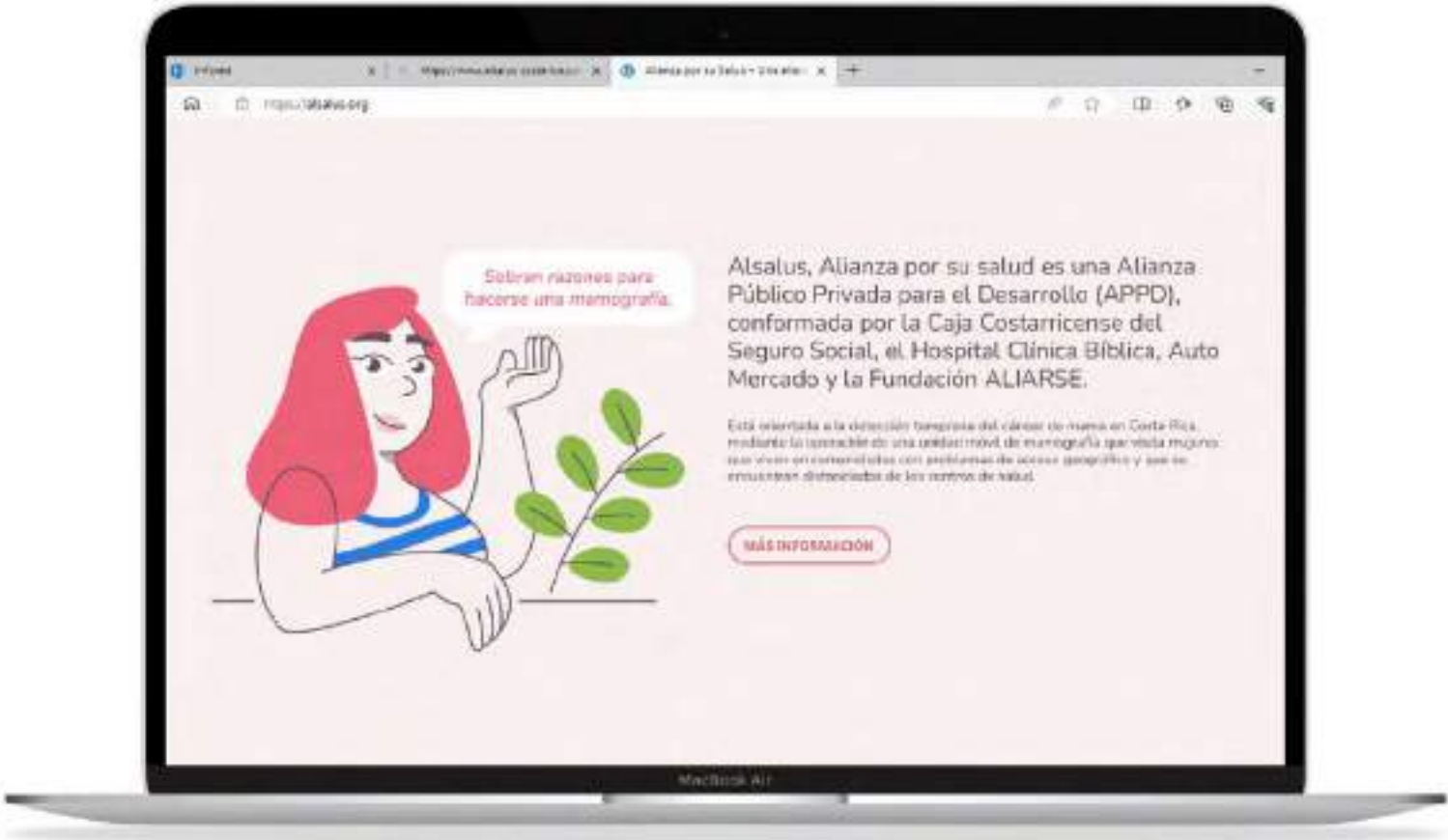
- Acción Social <https://hospital.clinicabiblica.com/accion-social>



- <https://www.facebook.com/clinicabiblica>
- <https://www.facebook.com/AlianzaAlsalus>



- Alianza por su Salud – Una alianza público-privada para el desarrollo: [Alsalus](#)



- Procesos formales de queja y reclamación en las comunidades locales:

Para la Clínica Bíblica es de suma importancia escuchar la voz del cliente, por lo que facilita mecanismos que generen confianza y transparencia en el intercambio de opiniones o consultas, que se derivan de las diferentes intervenciones sociales y de otra índole entre la organización y las comunidades.

413-2 Operaciones con impactos negativos significativos –reales o potenciales– en las comunidades locales

GRI 11: Las personas que reciben los servicios sociales minimizan su esfuerzo por formar parte del sistema de cotización y aseguramiento nacional (CCSS) durante los 2 años que PAS facilita el acceso a familias en condición de vulnerabilidad:

- Impacto negativo al brindar acceso a los servicios de salud desde un enfoque de donación.

El Programa de Acción Social de la Clínica Bíblica, realiza de manera permanente proyectos enfocados a promover el desarrollo social y bienestar de las personas, en especial, para quienes más lo necesitan. Con sus acciones procura mejorar la calidad de vida de las personas, asegurar el ejercicio pleno de los derechos humanos y disminuir las brechas de desigualdad, elementos de interés común y universales, cuya responsabilidad de alcanzarlos recae sobre todos los actores de la sociedad: sector privado, sociedad civil y gobierno.

- Intensidad o gravedad del impacto

Sin embargo, el brindar acceso a la salud y otras contribuciones requeridas por las familias que viven en condición de vulnerabilidad, vista desde un enfoque de ayuda social (donación), también supone el riesgo a tener impactos negativos en el comportamiento o desarrollo social de las personas, específicamente, en posponer la búsqueda de alternativas para formar parte del sistema de cotización y aseguramiento nacional, el cual está centralizado en la Caja Costarricenses del Seguro Social. Minimizando con esto las alternativas de atención clínica de alta complejidad y comprometiendo el alcance de una pensión por invalidez, vejez y/o muerte.

Esto es un impacto potencial adverso a la razón de ser de los servicios sociales del Hospital, que más bien, procuran que las personas se empoderen de sus decisiones, metas y cuidado personal, a corto y largo plazo.

Los actores comunitarios tienen a disposición diferentes mecanismos o canales para contactar a liderazgo institucional y extenuar sus inquietudes o reportes, siendo esto una vía directa para ejecutar los procesos formales de queja o reclamación. El Hospital cuenta con un departamento de contraloría de servicio al cliente que atiende de manera independiente, proactiva y objetiva los procesos de quejas vinculados con el quehacer institucional. Contacto: contraloriadeservicioalcliente@ClinicaBiblica.com

- Duración del impacto

La duración de este impacto se puede considerar en dos momentos: de manera inmediata al minimizar los esfuerzos para obtener la condición de asegurado durante el plazo que cuenta con los servicios del Programa de Acción Social. Y a largo plazo comprometiendo no sólo la atención médica, sino las cuotas requeridas para acceder a una pensión.

- Reversibilidad del impacto

Es por esta razón, que el Programa de Acción Social concentra los esfuerzos para identificar a las personas que tienen potencial de finiquitar este aseguramiento, a través de una herramienta que permita facilitar esta trazabilidad y con ello reducir el impacto negativo que se pueda producir.

GRI 12: Deserción superior al 10% de estudiantes del Programa de Técnicos o Diplomados de la salud del IPA que poseen una beca social de PAS:

- Impacto negativo al brindar acceso a los servicios de salud desde un enfoque donación.

La Clínica Bíblica reconoce que la educación es una de las herramientas más efectivas en la generación del desarrollo social y profesional, razón por la cual, brinda el acceso a la educación, a través de becas estudiantiles a jóvenes en condición de vulnerabilidad, para que puedan avanzar en formación como técnicos de la salud.

El otorgar el 100% de la cobertura en los costos de la carrera técnica, supone, en algunos casos un impacto negativo, al minimizar el compromiso o adhesión al programa de formación, ya que no se percibe por parte del estudiante o del núcleo

familiar, como un gasto directo a la economía del hogar. Por el contrario, el ser estudiante a tiempo completo, reduce las posibilidades de generación de ingresos durante el plazo de estudio, minimizando las expectativas de ellos y sus familiares de obtener más recursos para mejorar la condición o calidad de vida, visto desde un enfoque a corto plazo, casi en la inmediatez. En hogares con grandes brechas de desigualdad social (carencias) es difícil que perciban la educación como una inversión a largo plazo, necesitan resolver situaciones que les aquejan día con día. Lo que traduce en la deserción de los programas de estudios, para convertirse en generadores de recursos a los hogares, generalmente de fuentes de empleos informales y poca duración.

- Intensidad o gravedad del impacto

La estadística actual nos muestra un 10% de deserción en los planes de estudio de técnicos de la salud, entre la población de jóvenes que se encuentran inmersos en comunidades o familias en riesgo social, afectando no sólo la oportunidad de crecimiento profesional de ellos, sino, limitando el acceso a otros jóvenes que están a la espera de una oportunidad similar.

- Duración del impacto

El impacto tiene dos momentos de significancia: propiamente el lapso establecido en el plan de estudio siendo el más largo, el que toma 24 meses. Y a largo plazo el impacto es mayor, por las consecuencias en el rezago académico que impide acceder a fuentes de trabajo formales.

- Reversibilidad del impacto

Para el Hospital es muy valioso acompañar jóvenes en su desarrollo académico e impactar de forma positiva en sus vidas, por lo que realizó un diagnóstico para lograr identificar los desafíos de los estudiantes becados, con el fin de desarrollar una intervención que apoye a estos futuros profesionales con su misión de vida, desempeño académico y comportamientos generales de estilo de vida saludable. Todo en procura de revertir el porcentaje de deserción de los becados.

GRI 13: brecha existente en la identificación conjunta de las necesidades y expectativas comunitarias versus la oferta de iniciativas sociales de PAS:

- Impacto negativo al brindar acceso a los servicios de salud desde un enfoque donación.

Todas las actividades de orden social de ASEMECO se desarrollaron en procura de sumar esfuerzos a la meta país definida en el Plan Nacional de Desarrollo, específicamente las adscritas al eje de Bienestar Social y Familia del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, y en los últimos años muy alineados a las necesidades de acceso a la salud, las cuales son de conocimiento, divulgación y preocupación de toda la sociedad civil.

No obstante, existe una oportunidad de mejora en fortalecer de manera estructura la identificación conjunta de las necesidades y expectativas comunitarias, y que éstas puedan ser incorporadas dentro de la oferta de iniciativas del Programa de Acción Social, de acuerdo con la pertinencia y realidad de ejecución del ASEMECO.

- Intensidad o gravedad del impacto

La falta de acceso a la salud es un eje de trabajo nacional, con una alta probabilidad que los datos para la toma de decisiones macro, ejemplifiquen también la realidad que se viven en cada comunidad, en el entendido, que siempre se deben considerar otros componentes sociales, culturales y geográficos, que hacen más o menos vulnerable a una localidad específica. Por lo que, siempre es necesario identificar y cotejar las necesidades propias de la comunidad, máxime si el plan está dirigido específicamente para solventar una situación puntal en la localidad.

- Duración del impacto

El impacto negativo estará de manera permanente, hasta que se realice identificación de necesidades y se cierre la brecha de este proceso.

- Reversibilidad del impacto

Este impacto es reversible con un mayor acercamiento con los públicos de interés comunitario, con la construcción de un instrumento que respalde la voz comunitaria y el fortalecimiento de las herramientas para la debida gestión de procesos de consulta amplias con las comunidades, esto a través de la incorporación de elementos indispensables para una adecuada gestión de las relaciones sostenibles con la comunidad.



Tema material: Seguridad y Experiencia del Paciente (impactos GRI 16, 17, 18, 19 y 20)

A continuación, se muestra el desarrollo de indicadores que se mantienen en este segundo reporte por parte del Hospital, considerando elementos estratégicos que son de vital importancia para la Calidad y Seguridad de nuestros Trabajadores, Pacientes y Visitantes. En el primer reporte del año 2023, se consideró la posibilidad de incorporar otros indicadores complementarios, sin embargo y dado que aún se está trabajando en la formulación de la herramienta de doble materialidad, para este segundo informe se ha definido mantener estos impactos. Particularmente, la implementación de las normas de Sostenibilidad Financiera NIIF S1 y S2, potenciará esta revisión.

Implementación del sistema de seguridad de bebés:

- El Sistema de seguridad de bebés en el área de Maternidad en la sede Central del Hospital, busca lograr el 100% de protección en los recién nacidos durante toda la estancia hospitalaria, previniendo cualquier intento de robo o salida sin autorización de esta área, así como su correcta identificación.
- La meta es mantener un adecuado seguimiento del sistema de seguridad de bebés en el área de Maternidad potenciando la educación y su uso continuo en el área.
- El indicador que evidencia este impacto es el de identificación de bebés.

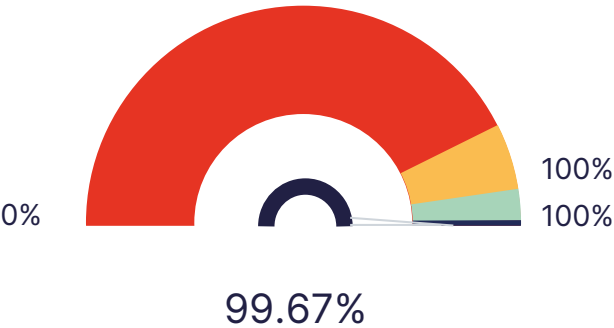
- El responsable directo es el departamento de Maternidad.
- Lo anterior permite brindar un nivel de Seguridad para los padres en la estancia hospitalaria, tanto en la prevención de robos, como en la configuración de madre-hijo, así como un mayor nivel de Seguridad para el personal, para el adecuado control de los neonatos
- Se mantiene por segundo año consecutivo, un valor agregado y exclusivo, en los servicios que brinda la institución en los planes de parto, al ser el único Hospital privado que cuenta con este sistema en Costa Rica. Como parte de los controles que se realizan para el uso del sistema, semanalmente el proveedor de la tecnología realiza revisiones que garanticen su adecuado funcionamiento. Algunos ajustes normales de este proceso corresponden con el uso de los sensores en los accesos.
- El mecanismo utilizado, para el cumplimiento tanto de la seguridad del bebé como la identificación correcta, es por medio de dos mecanismos, el primero que corresponde con el brazalete que se coloca en la mano del bebé, en donde, viene el nombre del recién nacido y el de su madre; y el segundo que corresponde con un TAG electrónico colocado en el tobillo del recién nacido el cual está integrado a otro brazalete que posee la Mamá, en donde se controla de manera remota, todos los eventos que suceden durante la estancia hospitalaria por la Seguridad de los bebés. Además, se lleva reporte mensual de los TAG, y el número de bebés nacidos, lo que nos da una certeza del 100% de que estos fueron colocados.
- En el reporte de Sostenibilidad del año 2023 se había consignado por error un porcentaje de cumplimiento del 97.9%, sin embargo, el valor real para ese primer reporte fue de un 99.7%. Al analizar los resultados del 2023 y el 2024, se puede observar un ligero descenso en el cumplimiento global en relación con el uso de las

dos pulseras de identificación para neonatos, pasando de un 99.7% en 2023 a un 99.3% en 2024. Aunque los valores siguen siendo altos, los casos de incumplimiento se incrementaron de 2 casos en 2023 a 5 casos en 2024, lo que indica áreas de mejora para alcanzar el 100% deseado. Estos casos particulares tuvieron relación con el brazalete en la mano del bebé. Como parte de las medidas de control, para lograr el 100% de cumplimiento, se está trabajando en la implementación de auditorías internas para identificar tendencias para el control final del indicador, así como la implementación de entrenamientos para reforzar la importancia del uso de ambas pulseras.



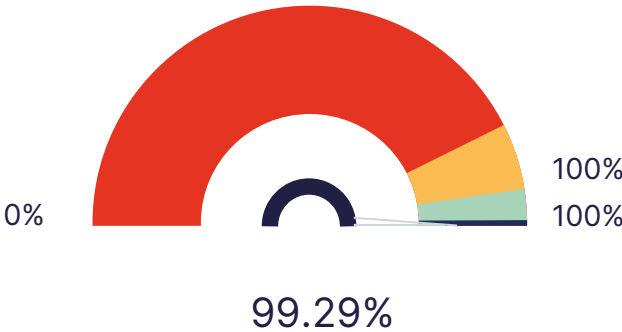
Identificación correcta del paciente neonato en Maternidad 2023

(Pac. neonatos con dos pulseras / Total Pac. neonatos) *100



Identificación correcta del paciente neonato en Maternidad 2024

(Pac. neonatos con dos pulseras / Total Pac. neonatos) *100





Cirugías seguras:

- Para este nuevo informe, se mantiene el objetivo principal que busca el Hospital con el fin de mantener un adecuado control de la tasa de infecciones asociadas a sitio quirúrgico de tipo profundo, con una meta por debajo del 3% mediante monitoreo de superficies y equipo, y el uso de productos amigables con el ambiente. El indicador que evidencia el cumplimiento del objetivo es, el que está asociado con infecciones de sitio quirúrgico (%), lo cual se realizó bajo la coordinación del área de Infecciones Intrahospitalarias.
- En las siguientes descripciones se muestran las acciones de seguimiento que se han implementado en 2024:
 - En Central de Esterilización: A partir de octubre del 2023 se había iniciado el uso de los productos de Case Medical, para el lavado de instrumental, dichos productos cuentan con acreditación ambiental por la EPA. En 2024, se inició un proceso de educación con el personal, con la participación de 7 colaboradores que obtuvieron el título de Técnico de Esterilización, así mismo, capacitaciones con respecto al correcto uso de los productos por parte de los fabricantes, esto en diciembre del 2024.
 - En Cirugía: se mantiene la implementación de Crystalusion, una solución antibacterial a base de agua con efecto residual en la protección de las

superficies, haciendo eficiente la limpieza común y disminuyendo el uso de cloro y dejando en evidencia la mejoría en la limpieza de las superficies al tener un registro importante de disminución de materia orgánica en superficies bajo la medición de ATP, donde por interpretación una superficie limpia se encuentra por debajo de las 30rLu. En 2024 además, se implementaron cambios positivos con la introducción de nuevos productos desinfectantes de alto nivel, así como el uso de un código de colores estandarizado para los paños que se utilizan en diferentes áreas del Hospital, con el fin de mantener y maximizar los esfuerzos relacionados con el control de infecciones en el Hospital. Este proceso ha llevado un proceso de adaptación y capacitación importante para los Asistentes de Pacientes y Misceláneos.

- Como parte de estos ejercicios, se ha logrado no solo mantener el cumplimiento sino que incluso mejorar los resultados entre 2023 y 2024, como se muestra a continuación:

Año	Cumplimiento	Meta
2023	0,64%	3,0%
2024	0,56%	3,0%

Cambio en el sistema de expediente digital:

Desde hace varios años, el Hospital Clínica Bíblica ha venido trabajando con sistemas legados que, si bien cumplieron su función durante décadas, han llegado a un nivel de entropía que limita la eficiencia, la seguridad y la interoperabilidad de la gestión clínica y administrativa. Con la firme visión de convertirse en un referente de clase mundial y en línea con las mejores prácticas internacionales, la institución se embarcó en un ambicioso proyecto de transformación digital, cuyo eje central es la implementación del sistema TrakCare de InterSystems.

El proceso de implementación, concebido para desarrollarse en un período de 21 meses, se articula en fases que comprenden el Descubrimiento, Lanzamiento, Configuración, Adopción, Mantenimiento y Gestión del Cambio. Este proceso, sustentado en la metodología ARIES de InterSystems, no solo busca reemplazar los sistemas legados, sino también consolidar un modelo único de atención que abarque los procesos ambulatorios, de urgencia, hospitalario y de quirófanos, garantizando así la interoperabilidad con otras aplicaciones esenciales del ecosistema digital del hospital.

Durante el año 2024 se han dado importantes avances que han marcado hitos en este proceso. El 20 de marzo de 2024 se inició un exhaustivo análisis de la oferta de TrakCare, en el cual se revisaron los documentos iniciales y se evaluó en detalle si la solución propuesta respondía a las necesidades específicas de Clínica Bíblica con las áreas involucradas. Este assessment permitió identificar, de manera temprana, algunas oportunidades de mejora en los flujos clínicos y administrativos

Con base en estos hallazgos, se diseñó una hoja de ruta que no solo prioriza la estandarización y centralización de la información, sino también la integración con otras plataformas estratégicas, como Vidal Vademecum, el Sistema de Facturación, SAP Business One, RIS, LIS, y soluciones para la gestión de citas y pabellones, entre otras. Este enfoque integral tiene como objetivo, además de mejorar la calidad y eficiencia en la atención, cumplir con estándares internacionales de seguridad y privacidad, como HL7, GDPR y HIPAA.

Un avance significativo se materializó el 26 de octubre de 2024 con la firma del contrato con el proveedor, lo que representó la consolidación formal del compromiso institucional para avanzar con la implementación del software. Este acto contractual marcó un antes y un después en el proyecto, ya que permitió definir de manera precisa las responsabilidades, los plazos y los criterios técnicos y funcionales que regirán todo el proceso.

Posteriormente, el 20 de noviembre de 2024 se realizó el “kickoff” conjunto del proyecto, evento en el que se estableció la estructura principal del equipo de trabajo, compuesto por líderes de diversas áreas como dirección médica, enfermería, laboratorios, farmacia, gestión del cambio, calidad y soporte legal, entre otros. En este encuentro se reafirmaron los objetivos estratégicos, se presentaron los criterios de éxito —entre los que destacan la continuidad del servicio, la migración exitosa de la información histórica de los pacientes a través del Visualizador Histórico y la integración efectiva de todos los sistemas implicados—, y se delinearon las próximas fases del proceso de implementación.

Desde el inicio del proyecto, el equipo de Gestión del Cambio ha jugado un papel fundamental, acompañando a cada uno de los actores internos y externos en la transición hacia la nueva solución. Se han desarrollado programas de capacitación y sensibilización para garantizar la adopción efectiva de TrakCare, y se han establecido canales de comunicación constantes que facilitan el seguimiento y la resolución de incidencias. La intención es que, a medida que se avance en la implementación, la experiencia del personal clínico y administrativo mejore significativamente, reduciendo tiempos de atención, minimizando errores y optimizando la calidad de la atención a los pacientes.

En síntesis, el proceso de implementación de TrakCare en Clínica Bíblica es una clara manifestación del compromiso de la institución con la transformación digital y la excelencia en la atención médica. Los avances logrados en 2024, desde el análisis inicial y la firma del contrato hasta el “kickoff” del proyecto, son prueba del camino recorrido y de la solidez de la estrategia adoptada. Este esfuerzo no solo sienta las bases para una gestión clínica más eficiente y segura, sino que también posiciona al hospital en la senda hacia reconocimientos internacionales, como la certificación EMRAM de HIMSS, y garantiza una mayor capacidad de crecimiento y adaptación en un entorno cada vez más exigente.

Programa PROA:

Los Programas de optimización de antimicrobianos (PROA) son intervenciones diseñadas para mejorar y medir el uso apropiado de antibióticos, promoviendo la selección del régimen óptimo, incluyendo dosis, duración de la terapia y su ruta de administración. En América Latina la implementación de estos programas tiene múltiples retos, donde destacan la falta de apoyo de las autoridades, falta de recursos económicos, limitaciones en personal calificado, entre otras. Diariamente el PROA revisa las prescripciones de los pacientes hospitalizados y hace las

recomendaciones que considere necesarias a los médicos tratantes. Los antibióticos prescritos para el paciente son evaluados para determinar si cumplen las recomendaciones de guías clínicas o bases de datos consideradas relevantes para los pacientes del Hospital Clínica Bíblica.

A través del trabajo realizado con las prácticas del PROA del Hospital Clínica Bíblica se han logrado ver cambios en los patrones de prescripción de los médicos del hospital, lo que demuestra que la implementación de guías clínicas, así como la monitorización, educación y retroalimentación a los prescriptores puede ayudar a mejorar el uso de antibióticos en el Hospital. Sin embargo, la evidencia recolectada, también permite ver que se tiene un espacio de mejora en varias patologías y especialidades médicas, donde las estrategias efectuadas no han logrado cambiar las prácticas de prescripción. A través del seguimiento planteado con ese proyecto, se planea identificar con mayor especificidad las patologías, especialidades o médicos en los que se requiera un cambio, para implementar nuevas estrategias que permitan una mejora en el uso de antibióticos. Dentro de las posibles estrategias que se podrían implementar con la información recolectada se encuentra:

- Sesiones de retroalimentación individualizada con el PROA, donde no se hace referencia a un paciente específico, sino que se habla de las patologías o antibióticos donde se necesite optimización.
- Creación de guías clínicas junto con los médicos identificados, que los estimule a ser parte de la solución.

Por lo difícil que resulta dar seguimiento diario a todas las prescripciones en pacientes hospitalizados, se decidió aplicar una Encuesta de Prevalencia Puntual (PPS por sus siglas en inglés) a través del año con el fin de evaluar el cumplimiento de las diferentes guías clínicas. A través del año 2024 se realizaron 10 encuestas de prevalencia puntual, que consistieron en una evaluación mensual entre febrero y noviembre. El mes de enero se usó como preparación y en diciembre se analizaron y socializaron los datos. El cumplimiento de guías clínicas anual alcanzado fue de 80.6%.



Resultado de evaluaciones de cumplimiento de guías clínicas por evaluación en el año 2024

PPS	Mes	Total de antibióticos evaluados	Cumplimiento de guías para la prescripción (%)
1	Febrero	33	90.9
2	Marzo	20	80.0
3	Abril	21	81.0
4	Mayo	26	80.8
5	Junio	18	83.3
6	Julio	21	81.0
7	Agosto	25	60.0
8	Setiembre	17	94.1
9	Octubre	11	81.8
10	Noviembre	30	76.7
Total		222	80.6

A su vez, se analizó el cumplimiento por diagnóstico como se muestra en los resultados del siguiente cuadro.

Resultado de evaluaciones de cumplimiento de guías clínicas por diagnóstico en el año 2024

Diagnóstico	Total de antibióticos	Cumplimiento de guías clínicas (%)
NEU (Neumonía)	57	89.5
Profilaxis quirúrgica y médica	46	60.9
IA (sepsis intraabdominal, incluyendo hepatobiliar)	42	85.7
O-PTB (Celulitis, herida, tejido blando profundo sin compromiso ósea)	17	94.1
GI (Infecciones gastrointestinales)	14	85.7
Otro	10	70.0
PIE (Infección sintomática del tracto urinario superior (ej., pielonefritis)	8	100.0
BAC (Bacteriemia confirmada por laboratorio)	8	75.0
CIS (Infección sintomática del tracto urinario inferior (ej., cistitis)	5	80.0
ISQ-PTB (Infección del sitio quirúrgico)	3	100.0
CV (Infecciones cardiovasculares: endocarditis, injerto vascular)	2	0.0
SNC (Infecciones del sistema nervioso central)	2	100.0
GU (Prostatitis, epidídimo-orquitis, ETS en hombres)	2	100.0
ISQ-A (artritis séptica, osteomielitis del sitio quirúrgico)	2	100.0
BA (Bacteriuria asintomática)	1	0.0
SEPC (Sepsis clínica)	1	100.0
Desconocido	1	0.0
NGO (Infecciones de nariz, garganta, oído, laringe y boca)	1	100.0
Total general	222	80.6

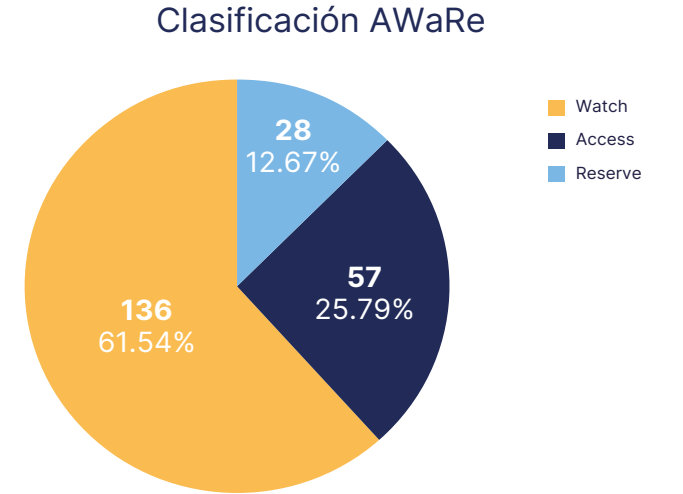
Como parte el análisis, se utilizó la clasificación **AWARE** de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual divide los antibióticos en tres grupos: **ACCESS**, **WATCH** y **RESERVE**, con el fin de promover un uso racional y reducir la resistencia antimicrobiana. Los antibióticos **ACCESS** son aquellos recomendados como primera o segunda opción para infecciones comunes y deben estar disponibles en todos los niveles del sistema de salud. Los **WATCH** tienen mayor riesgo de generar resistencia y su uso debe ser más controlado. Por último, los **RESERVE** que están destinados a infecciones por bacterias multirresistentes y deben utilizarse como última opción, bajo vigilancia especializada. Esta clasificación orienta políticas de prescripción y vigilancia antimicrobiana a nivel mundial, y es parte esencial de los programas de optimización del uso de antibióticos (PROA). Su implementación busca garantizar el acceso equitativo a tratamientos eficaces, al tiempo que protege su efectividad a largo plazo.

Finalmente, al analizar el cumplimiento de guías por clasificación y molécula, se obtuvo la siguiente información:

Resultado de evaluaciones de cumplimiento de guías clínicas por clasificación AWaRe y antibiótico en el año 2024

Categoría (medicamento)	Cantidad	Cumplimiento de guías clínicas (%)
Watch	136	79.4
Ceftriaxona	42	78.6
Ertapenem	31	54.8
Vancomicina	14	100.0
Meropenem	10	90.0
Levofloxacino	8	75.0
Moxifloxacino	5	100.0
Cefotaxima	5	100.0
Azitromicina	5	100.0
Claritromicina	4	100.0
Ciprofloxacino	3	100.0
Cefuroxima	2	100.0
Imipenem-cilastatina	2	50.0
Rifaximina	1	100.0
Cefixima	1	0.0
Ceftazidima	1	100.0
Piperacilina-tazobactam	1	100.0
Rifampicina	1	100.0
Access	57	86.0

Desde el punto de vista del antibiótico utilizado y la categorización AWaRe de la OMS, la distribución en la



prescripción fue la siguiente:

Prescripción de antibióticos según clasificación AWaRe

Categoría (medicamento)	Cantidad	Cumplimiento de guías clínicas (%)
Cefazolina	23	91.3
Metronidazol	10	90.0
Clindamicina	8	100.0
TMP-SMX	4	75.0
Amoxicilina-clavunato	3	66.7
Cefalotina	2	100.0
Ampicilina-sulbactam	2	100.0
Oxacilina	2	0.0
Ampicilina	2	100.0
Fosfomicina	1	0.0
Reserve	28	78.6
Linezolid	15	86.7
Ceftarolina	5	60.0
Ceftazidima-avibactam	4	50.0
Tigeciclina	2	100.0
Aztreonam	2	100.0
Otro	1	0.0
Total general	222	80.6

Después del análisis de la información por los integrantes del PROA se decide lo siguiente:

- Mantener estrategias de PPS como método de evaluación de cumplimiento de guías clínicas.
- Continuar retroalimentación prospectiva diaria por parte del programa.
- Difundir información encontrada a autoridades hospitalarias y a los prescriptores.
- Continuar trabajo de educación con médicos cirujanos, para incentivar la prescripción correcta de antibióticos profilácticos en pacientes quirúrgicos que requieren hospitalización.
- Evaluar con mayor rigidez el cumplimiento de guías clínicas por la elevada cantidad de prescripciones de antibióticos de amplio espectro.
- Mantener la meta en un 80% de cumplimiento guías para el año 2025

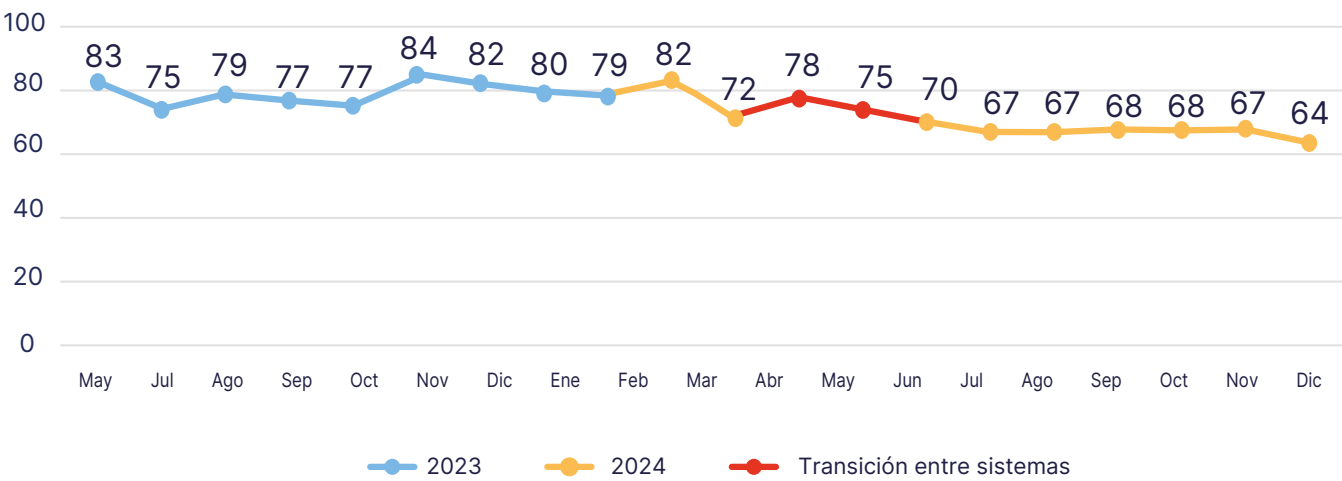
Experiencia del Paciente:

Con el fin de mejorar la experiencia del cliente en un modelo centrado en el paciente, el Hospital decide en 2023 iniciar un proyecto de implementación de mediciones de Net Promoter Score (NPS) para obtener información valiosa sobre la experiencia general de los clientes, identificar áreas de mejora y fortalecer la relación con la comunidad.

A partir de junio 2023 se comenzó a calcular el NPS por medio de encuestas, cerrando el año con un puntaje de 79,4. Sin embargo, el proyecto contempló la adquisición de software especializado en administración de experiencias (Experience Management) el cual está contribuyendo a tener un panorama más amplio y claro sobre el estado de la satisfacción del cliente facilitando los canales para recopilar los comentarios de los clientes y sus experiencias.

Desde marzo 2024 se comenzó con la implementación gradual de Qualtrics XM, un software especializado en la gestión de experiencias del cliente. La implementación se ha estado realizando por poblaciones que representan un área o servicio del hospital iniciando con la población de Consultorios Médicos. Semanas más tarde se incluyó la población de Chequeo Médico y después se incorporó la población de Emergencias. Al cierre del 2024 ya se contaba también con las poblaciones de Laboratorio Clínico, Imágenes médicas y Terapia Física. Hasta junio 2024 se recolectaron respuestas con el software anterior, por lo que hubo un Período en donde convivieron ambos sistemas. Durante la implementación del nuevo software, se ha notado un descenso importante en el puntaje NPS comparado con el anterior método. Esto puede deberse a la inclusión de servicios y especialidades médicas que antes no estaban en la muestra. El resultado final del NPS, considerando el uso de ambos métodos, tanto el anterior como el nuevo por medio de Qualtrics, determinó un NPS final para el 2024 de 71.64.

NPS 2023- 2024





NPS

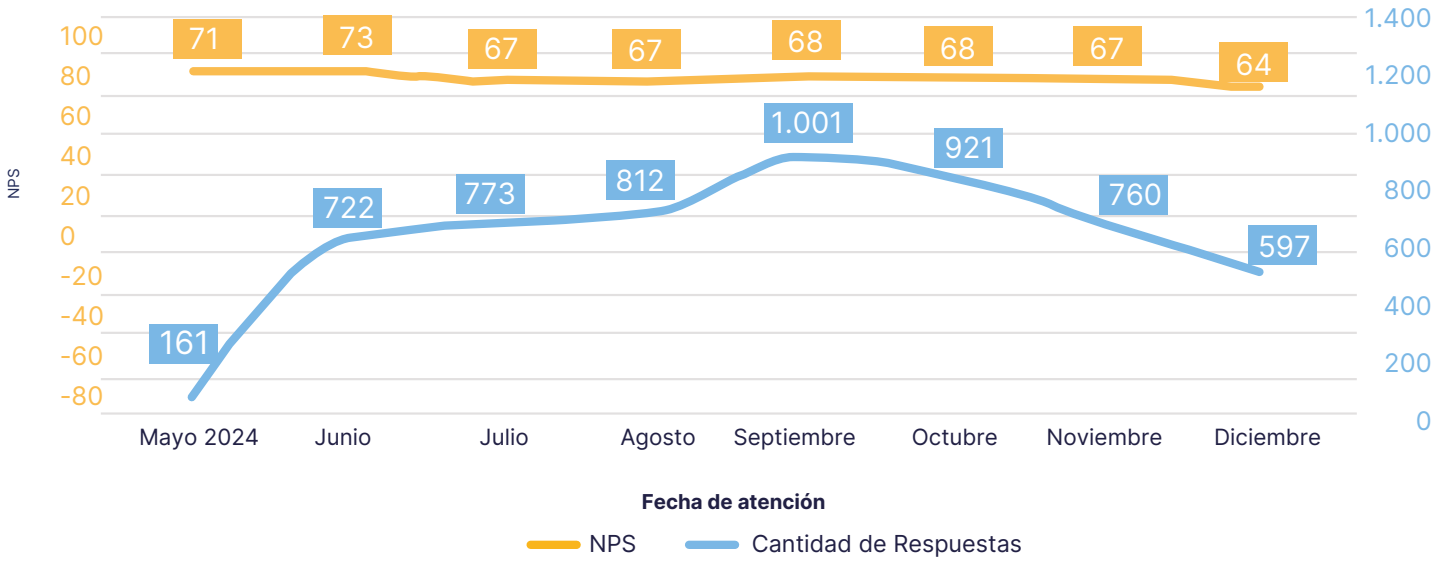
El Net Promoter Score (NPS) es una métrica utilizada para medir la satisfacción y lealtad de los clientes hacia una empresa o marca. Se obtiene mediante una única pregunta: “En una escala del 0 al 10, ¿cuán probable es que recomiende nuestro producto/servicio/empresa a un amigo o colega?”. Según las respuestas, los clientes se dividen en tres categorías:

- Promotores (Puntuación 9-10): Son clientes muy satisfechos y leales que probablemente recomendarán la empresa
- Neutrales (Puntuación 7-8): Están satisfechos, pero no son tan entusiastas. Pueden cambiar fácilmente a la competencia.
- Detractores (Puntuación 0-6): No están satisfechos y pueden hablar negativamente de la empresa, afectando la reputación.

El cálculo del NPS se realiza restando el porcentaje de promotores menos el porcentaje de detractores. El resultado arrojará un puntaje entre -100 y 100, en donde puntajes positivos (mayores a cero) indicarían que la cantidad de clientes satisfechos supera a la cantidad de clientes insatisfechos y, naturalmente, entre más alto sea el número mayor será la satisfacción y lealtad general de los clientes. Puntajes negativos (menores a cero) indicarían que la mayoría de los clientes se van insatisfechos.

En este segundo año de nuestro reporte de Sostenibilidad, se ha dado un especial interés a este tema, resaltando el compromiso del hospital con la experiencia del paciente. Para efectos prácticos, en adelante se tomará en cuenta el indicador obtenido únicamente con Qualtrics, para tener un punto de referencia comparable tanto en metodología como en población encuestada. En la siguiente gráfica, se pueden observar datos recopilados durante el 2024 a través del uso de esta nueva herramienta, donde se puede visualizar la cantidad de respuestas obtenidas a través de este nuevo modelo.

NPS por fecha



Seguimiento y plan de mejora:

Se seguirá llevando a cabo encuestas regulares de NPS, implementación de feedback en tiempo real, sesiones de capacitación para el personal en contacto directo con clientes, y actualización de políticas internas para priorizar la experiencia del cliente, durante todo el 2025, estableciendo una meta de incrementar el puntaje NPS en un 5%. Estas actividades están a cargo de la Dirección de

Experiencia del Paciente. Las fuentes de información son las encuestas de NPS y los datos de satisfacción del paciente. Como parte de este proceso, se están implementando protocolos de respuesta rápida a problemas identificados, programas de formación continua para el personal así como canales de retroalimentación directa con los pacientes. A su vez, se están realizando revisiones mensuales de los indicadores de NPS y de los datos obtenidos a través de la escucha social

Tema material: Seguridad de la Información (impacto GRI 21)

En Clínica Bíblica seguimos trabajando en el fortalecimiento de la seguridad de la información, a través de la aplicación e implementación de mejores prácticas en cuanto a ciberseguridad y protección de la información sensible de nuestros pacientes, colaboradores y proveedores. Estamos comprometidos en garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los datos mediante un enfoque basado en riesgos y alineado con estándares y marcos de trabajo internacionales.

Durante el año 2024 el Hospital trabajó intensamente en fortalecer su postura de seguridad basada en el modelo Zero Trust y sus dominios relevantes, ahondando más en acciones concretas, como, por ejemplo:

- Identidad:
 - Aplicación generalizada de políticas de contraseñas seguras y MFA
 - VPNs seguras con servicios cloud MFA
- Dispositivos:
 - Revisión del control y gestión del Asset Management institucional.
 - Gestión de dispositivos móviles.
- Aplicaciones:
 - Aplicación de políticas y estándares de seguridad en cada fase del desarrollo del software, ya sea desarrollado In-house o sistemas desarrollados por terceros.
 - Migración de sistemas legados a sistemas de clase y soporte mundial.

- Infraestructura:
 - Separación gradual de ambientes y servidores que gestionan diferentes servicios del Hospital, como expediente clínico, laboratorio, imágenes médicas, etc.
- Redes:
 - Segmentación gradual de redes.
 - Aislamiento de redes de acceso y sistemas de terceros.
- Datos:
 - Implementación de políticas DLP.
 - Implementación de acceso cifrado a los datos en tránsito de las aplicaciones del Hospital.

También se ha trabajado a nivel del personal del Hospital con plataformas de concientización en ciberseguridad adaptados al entorno hospitalario, con una tasa alta de participación en el último año, en coordinación con la Dirección de Talento Humano.

Además, Clínica Bíblica ha reforzado su análisis y postura de seguridad de cara a internet, haciendo uso de herramientas de clase mundial de escaneo de vulnerabilidades y riesgos para dominios e IPs públicas propiedad y uso de sistemas y servicios del Hospital, logrando aumentar su calificación y postura considerablemente de cara a internet, mediante creación y solicitud de planes de remediación a los equipos internos de desarrollo de software de TI y también a los proveedores de servicios.

Compromiso 2025

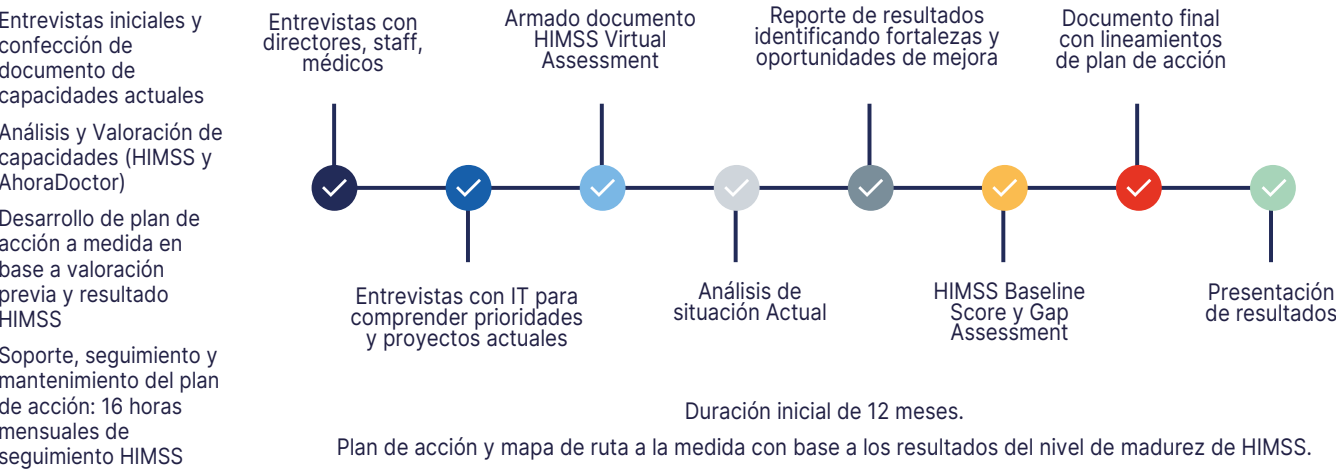
Para el año 2025 el Hospital seguirá trabajando en mejorar sus estándares y postura de seguridad de la información, impulsados principalmente en las fortalezas, hallazgos y oportunidades de mejora que muestre el proceso de certificación HIMSS en el cumplimiento de los requisitos necesarios en materia de ciberseguridad.

Este esfuerzo estratégico refleja nuestro compromiso de avanzar hacia la transformación digital en el ámbito hospitalario, priorizando la ciberseguridad como un componente esencial para proteger la información de salud electrónica y garantizar la continuidad de los servicios clínicos.

Indicadores Clave de Desempeño (KPI)

El proceso de certificación HIMSS EMRAM inició recientemente a finales del 2024 y la meta del Hospital es lograr la certificación nivel 5 en el segundo semestre del 2026, siendo los siguientes los principales indicadores de cumplimiento en materia de seguridad de la información para los próximos meses del presente año, de acuerdo con las indicaciones de la certificación. En el siguiente esquema se pueden observar las acciones proyectadas.

Cronograma



Compromisos de Gestión en Dimensión Social (GRI 3-3):

	# impacto	Tema material	Objetivo	Meta	Indicador	Fecha para meta	Responsable primario
GRI 5	Cobertura del personal en capacitaciones relacionadas con temas de derechos humanos.	Gestión laboral	Implementar finalmente de manera estructurada la capacitación del personal de Seguridad y de áreas de atención al cliente o paciente.	Cobertura del 50% del personal clave en relación con la carta de derechos humanos de las Naciones Unidas.	Porcentaje del personal capacitado en estos temas/año.	Dec/25	Dirección de Talento Humano
GRI 6	Más de la mitad del personal femenino ocupa puestos de liderazgo.	Gestión laboral	Mantener el porcentaje de Colaboradoras femeninas en al menos un 50% en los próximos años en puesto de liderazgo.	No bajar del 50% planificado.	Porcentaje del personal femenino en puestos de liderazgo/año.	Dec/25	Dirección de Talento Humano
GRI 7	Impacto relacionado con las tasas de rotación del personal en la gestión hospitalaria.	Gestión laboral	Gestionar la rotación de personal con el fin de reducirla en el Hospital.	A un 12%.	Porcentaje de rotación del personal / año.	Dec/25	Dirección de Talento Humano
GRI 8	No existen mecanismos para dar trazabilidad a las medidas de seguridad ocupacional ni tampoco para determinar la cantidad real de contratistas que laboran en el Hospital a través de servicios contratados en las áreas críticas. Lo anterior implica también el seguimiento de los accidentes y enfermedades para estos proveedores críticos y su cobertura real a nivel del Seguro Social o Riesgos del Trabajo.	Seguridad de Contratistas	Implementar mecanismos para dar trazabilidad a las medidas de seguridad ocupacional para los contratistas más importantes que laboran en el Hospital en las áreas críticas.	En un lapso de 2 años se proyecta la implementación de mecanismos para el 100% de los contratistas críticos (80 contratistas), agrupándoles en sectores para el desarrollo de este programa.	Porcentaje de contratistas críticos por año abordados en esta trazabilidad.	Dec/26	Gestión de Instalaciones y Ambiente
GRI 9	Impacto positivo en la salud y seguridad de los Colaboradores a través de una serie de programas como Medicina de Empresa y otras actividades como la Semana de la Salud, Taller de Cuidado Personal, Webinars, Programa de bienestar donde se imparten charlas como Finanzas Saludables, entre otros.	Salud y seguridad del Personal	Incrementar la cantidad de Colaboradores participantes en estos programas.	10% de incremento.	Porcentaje de participación del personal en estos programas/año.	Dec/25	Dirección de Talento Humano / Gerencia de Calidad y Ambiente y GIA
GRI 10	Alianza para la detección temprana del cáncer de mama, siendo este cáncer, el primero en incidencia y mortalidad en la población femenina en CR. Este programa sensibiliza, educa y facilita anualmente el acceso a una mamografía a más de 6.000 mujeres, que viven en condición de vulnerabilidad en zonas rurales y cordón fronterizo.	Bienestar y desarrollo comunitario	Detección temprana del cáncer de mama a través de donación de 6000 mamografías anualmente.	Aumentar la capacidad de cobertura en un 100% (12000 mamografías al año).	Cantidad de mujeres atendidas en mamografías/año.	Dec/26	Dirección Acción Social.
GRI 11	Las personas que reciben los servicios sociales minimizan su esfuerzo por formar parte del sistema de cotización y aseguramiento nacional (CCSS) durante los 2 años que PAS facilita el acceso a familias en condición de vulnerabilidad.	Bienestar y desarrollo comunitario	Potencializar las oportunidades de las familias para que puedan adquirir su condición de asegurados	Diseño de una herramienta para identificar a las personas que tienen potencial de finiquitar este aseguramiento, a través de una herramienta que permita facilitar esta trazabilidad y con ello reducir el impacto actual.	Diseño de la herramienta.	Dec/26	Dirección Acción Social.
GRI 12	Deserción superior al 10% de estudiantes del Programa de técnicos o diplomados de la salud del IPA que poseen una beca social de PAS.	Bienestar y desarrollo comunitario	Reducir la deserción en el Programa de técnicos o diplomados de la salud del IPA que poseen una beca social de PAS.	Proyectar para el año 2026 una deserción que no sobrepase el 10% de abandono en los planes de estudios.	Estudiantes con deserción entre total de estudiantes con beca matriculados al año.	Dec/26	Dirección Acción Social.

Actividades y proceso de seguimiento	Políticas o compromisos en tema material / e. Procedimientos de gestión donde incorporar acciones	Como influye la participación de grupos de interés en medidas adoptadas y como se usa su realimentación para mejora	Línea base 2023	Resultados 2024 (justificación)	% de avance en 2024	Cualitati-vo (QI) / Cuantitati-vo (Qt)
Reporte de capacitaciones SAP y de Medicina de Empresa. Además, se estará incorporando en la Orientación del Personal de nuevo ingreso y también en otros procesos de capacitación, tanto la temática de derechos Humanos como la de Cambio Climático y Sostenibilidad, lo anterior en conjunto con la Gerencia de Calidad y Ambiente y el área Legal.	PR.AL-001 Procedimiento de protección de derechos y deberes de los pacientes / MA.TH Manual Políticas Laborales HCB.	Encuesta de salida después del proceso de capacitaciones.	La organización ha brindado de manera inicial capacitaciones relacionadas con temas de derechos humanos, solo resta terminar de estructurar estas capacitaciones al personal de Seguridad y de Atención al Cliente.	Durante el 2024 se logró capacitar a 243 Colaboradores de nuevo ingreso en temas relacionados con los derechos humanos, como punto de partida en esta temática. En 2025 se tiene proyectado iniciar de manera más específica con las áreas de Seguridad y Atención al Cliente que poseen un total de 129 Colaboradores.	100%	Qt
Seguimiento en corte en planilla.	MA.TH Manual Políticas Laborales HCB.	Por medio de las Jefaturas a través de los procesos de reclutamiento que se realicen.	El 51% de los colaboradores corresponde a personal femenino en puestos de liderazgo.	En relación con el porcentaje de colaboradoras que corresponde a personal femenino en puestos de liderazgo, el resultado de este indicador fue de un 52%. Durante el 2025, se plantea mantener este resultado.	100%	Qt
Procesos de reclutamiento y selección y planillas.	MA.TH Manual Políticas Laborales HCB.	Por medio de las Jefaturas a través de los procesos de reclutamiento que se realicen.	La tasa de rotación para el 2023 fue de un 12.6% para 138 colaboradores nuevos.	"15.75% para 205 colaboradores nuevos en 2024. Dentro de las estrategias para reducir la rotación de personal y fortalecer el compromiso de nuestros colaboradores, se están implementado iniciativas clave como el programa Construyendo Liderazgo, enfocado en el desarrollo de competencias personales y sociales en nuestras Jefaturas, además del fortalecimiento del programa Bienestar, que promueve la salud física, mental y emocional de nuestros equipos. Estas acciones contribuyen a un entorno laboral positivo, alineado con nuestra estrategia y cultura organizacional, y centrado en el desarrollo integral de cada colaborador.	-31,3%	Qt
Continuar la implementación de Riesgo para obras y para otros contratistas. Verificar los procesos internos de las organizaciones que nos brindan servicios para identificar la cantidad total de colaboradores en las instalaciones, documentación de pólizas y que certifiquen la capacitación su personal para desempeñarse en trabajos de alto riesgo, conocer si cuentan con una oficina o comisión de salud ocupacional, tasas de siniestralidad (accidentes y enfermedades profesionales) y otras informaciones de contexto (normas, estándares, etc.).	política de Salud Ocupacional / IT.GIA-035 Instructivo para tareas seguras en mantenimiento / IT.GIA-049 Instructivo para la Gestión en el uso de los Equipos de Protección Personal / PRIM-003 Implementación de Riesgos / FO.IM-001 Implementación del riesgo en obra nueva o remodelación.	Incorporación del formulario de verificación de actividad segura que complementa la evaluación de riesgos en obras, encuesta de salida y capacitaciones relacionadas. Los 80 contratistas críticos incluyen áreas como suministros básicos, Equipo Médico, mantenimiento de extintores, proveedores para el monitoreo de aguas residuales, distribuidores de medicamentos e insumos médicos, mantenimiento de edificio y gestión de residuos, entre otros	No existen mecanismos para dar trazabilidad a las medidas de seguridad ocupacional ni tampoco para determinar la cantidad real de contratistas que laboran en el Hospital a través de Verificación de Actividad Segura, el cual se aplicó en 2024 en 13 obras que involucraron la participación de Contratistas con trabajos de alto riesgo.	Durante el 2024, se logró implementar con 11 Contratistas una serie de seguimientos que involucran las siguientes acciones: si poseen oficina de Salud Ocupacional y profesional a cargo, aplicación del Formulario de Verificación de Actividad Segura, el cual se aplicó en 2024 en 13 obras que involucraron la participación de Contratistas con trabajos de alto riesgo.	13,8%	Qt
Reporte de capacitaciones SAP y Medicina de Empresa / Informe anual de la Oficina de Salud Ocupacional. / Reforzar la gestión relacionada con enfermedades laborales, con base en los perfiles de riesgo ocupacional. Lo anterior implicará el desarrollo de exámenes específicos en los procesos de contratación y por parte de Medicina de Empresa y en conjunto con Salud Ocupacional, según las áreas críticas de riesgo, para delimitar una línea base que permita mejorar la gestión correspondiente, en complemento a los exámenes que ya se realizan.	PL.ME-23 Plan de salud para los colaboradores / Política de Salud Ocupacional / Plan de Seguridad PL.GIA-24.	Encuesta de salida después del proceso de capacitaciones o actividades / Informe de inspecciones FO.GIA-006.	Impacto positivo en la salud y seguridad con una participación de 300 Colaboradores a través de una serie de programas como Medicina de Empresa y otras actividades como la Semana de la Salud, Taller de Cuidado Personal, Webinars, Programa de bienestar donde se imparten charlas como Finanzas Saludables, entre otros.	Durante el 2024, participaron 378 Colaboradores superando la meta inicial establecida. En 2025 se plantea mantener la meta y diversificar los diferentes tipos de actividades a realizar.	100%	Qt
Estadística de atención mensual y cumplimiento de agenda.	Manual de Procedimiento Móvil mamografías. / Plan de Acción Social.	A través de las redes sociales del Hospital Clínica Bíblica y de la Alianzas correspondientes.	Alianza para la detección temprana del cáncer de mama, siendo este cáncer, el primero en incidencia y mortalidad en la población femenina en CR. Este programa sensibiliza, educa y facilita anualmente el acceso a una mamografía a más de 6.000 mujeres, que viven en condición de vulnerabilidad en zonas rurales y cordón fronterizo.	Durante 2024 se logró realizar un total de 6475 mamografías. En 2025, con la llegada de la nueva móvil, se proyecta incrementar este alcance.	54,0%	Qt
Estadística de atención mensual y cumplimiento de agenda.	FO.AS-005 Formulario de Gestión Social / Ley de aseguramiento de la CCSS / Plan de Acción Social.	Entrevista del expediente de Trabajo Social.	Las personas que reciben los servicios sociales minimizan su esfuerzo por formar parte del sistema de cotización y aseguramiento nacional (CCSS) durante los 2 años que PAS facilita el acceso a familias en condición de vulnerabilidad.	"1. Se fortaleció la estructura de trabajo social con el ingreso de una nueva profesional. 2. Se está trabajando en la política de seguimiento a paciente con potencial de obtener el seguro social."	10%	QI
Control de notas cuatrimestrales.	Contrato de becas. Plan de Acción Social.	Entrevistas personales con los estudiantes y familiares.	Deserción superior al 10% de estudiantes del Programa de técnicos o diplomados de la salud del IPA que poseen una beca social de PAS.	"1. 2024 se está trabajando en una campaña de motivación y mensajes con técnicas de estudios y organización del tiempo. 2. Se coordinó trabajo conjunto con la Gerencia del IPA, creando un programa de seguimiento a los becados desde el área de vida estudiantil del IPA."	20%	QI

	# impacto	Tema material	Objetivo	Meta	Indicador	Fecha para meta	Responsable primario	Actividades y proceso de seguimiento	Políticas o compromisos en tema material / e. Procedimientos de gestión donde incorporar acciones	Como influye la participación de grupos de interés en medidas adoptadas y como se usa su realimentación para mejora	Línea base 2023	Resultados 2024 (justificación)	% de avance en 2024	Cualitati-vo (QI) / Cuantita-tivo (Qt)
GRI 13	Brecha existente en la identificación conjunta de las necesidades y expectativas comunitarias versus la oferta de iniciativas sociales de PAS.	Bienestar y desarrollo comunitario	Mayor acercamiento con los públicos de interés en relación con el apoyo comunitario.	Construcción del instrumento que respalde la voz comunitaria.	Desarrollo e implementación del instrumento.	Dec/26	Dirección Acción Social.	Capacitación y consulta en la Comunidad. Participación en aceleradora comunitaria para complementar este modelo de aprendizaje.	Plan de Acción Social.	Reuniones con la comunidad y encuestas de seguimiento.	Brecha existente en la identificación conjunta de las necesidades y expectativas comunitarias versus la oferta de iniciativas sociales de PAS.	Finalización del programa con la Alianza Empresarial para el Desarrollo (AED). La construcción del instrumento continua en proceso y también, se integra con las actividades que se están diseñando en materia de debida diligencia.	10%	QI
GRI 14	Programa de Cirugías Solidarias dirigido a personas que viven en condición de vulnerabilidad, incluyendo los estudios de pre operatorios y hospitalización requerida en cada caso.	Bienestar y desarrollo comunitario	Facilitar cirugías a pacientes en condición de vulnerabilidad que no tienen acceso al sistema de salud o que se encuentran en larga espera.	Aumentar en un 10% la cantidad de cirugías solidarias (145 / año).	% de participación en las cirugías solidarias.	Dec/26	Dirección Acción Social.	Estadística de atención mensual y cumplimiento de agenda.	Plan de Acción Social.	Reuniones con la comunidad y encuestas de seguimiento.	Programa de Cirugías Solidarias dirigido a personas que viven en condición de vulnerabilidad, incluyendo los estudios de pre operatorios y hospitalización requerida en cada caso. Facilitando más de 132 cirugías al año y 150 días de internamiento y 175 estudios radiológicos.	Durante 2024 se logró realizar un total de 158 cirugías solidarias superando la meta inicial anual.	100%	Qt
GRI 15	Programa de detección de cáncer de cérvix a través de la donación anual de +2.000 estudios de monocapa. Este cáncer cual ocupa el cuarto lugar en mortalidad a nivel nacional.	Bienestar y desarrollo comunitario	Detección temprana de cáncer de cérvix a través de la donación de estudios de monocapa.	Aumentar la cobertura de este estudio preventivo en un 15% con el objetivo de reducir la mortalidad asociada (1150 / año).	% de estudios/año.	Dec/26	Dirección Acción Social.	Estadística de atención mensual y cumplimiento de agenda.	Plan de Acción Social.	Reuniones con la comunidad y encuestas de seguimiento.	Programa de detección de cáncer de cérvix a través de la donación anual de +1.000 estudios de monocapa. En 2023 se realizaron 2260 estudios. Este cáncer cual ocupa el cuarto lugar en mortalidad a nivel nacional.	Durante 2024 se logró realizar un total de 900 exámenes. La meta fue modificada en 2024 por la aplicación de la nueva norma de VPH, considerando que los estudios poseen una mayor especialización.	78,0%	Qt
GRI 16	Implementación de sistema de seguridad de bebés que garantiza el resguardo y la seguridad del paciente.	Seguridad y Experiencia del Paciente	Lograr el 100% de protección en los recién nacidos durante toda la estancia hospitalaria, previniendo cualquier intento de robo o salida sin autorización del área de maternidad.	Mantener un adecuado seguimiento del sistema de seguridad de bebés en el área de Maternidad potenciando la educación y su uso continuo en el área.	(Total de Pacientes Neonatos con dos pulseras / Total de Pacientes Neonatos) x 100.	Dec/25	Maternidad / Dirección de Enfermería	Sistema de seguridad de bebés. Como parte de los controles que se realizan para el uso del sistema, semanalmente el proveedor de la tecnología realiza revisiones que garanticen su adecuado funcionamiento. Algunos ajustes normales de este proceso corresponden con el uso de los sensores en los accesos.	PR.SE-007 Código Rosado.	Entrevistas con las pacientes	Implementación de sistema de seguridad de bebés que garantiza el resguardo y la seguridad del paciente (indicador con resultado 99.7%).	El resultado del indicador es de 99.3%. Se están proyectando algunas actividades para lograr la meta del 100% como por ejemplo la posible redistribución del personal en los meses de alta demanda como ocurrió en noviembre, o también implementar entrenamientos periódicos para recordar la importancia del uso de los dos brazaletes (el de la mano y el del tobillo), entre otros detalles.	99,3%	Qt
GRI 17	Mejoras en las herramientas de monitoreo y supervisión relaciones con la limpieza ambiental, de instrumental, cirugía segura y educación continua para el control y prevención de infecciones.	Seguridad y Experiencia del Paciente	Reducir las infecciones asociadas a sitio quirúrgico de tipo profundo, mediante monitoreo de superficies y equipo y el uso de productos amigables con el ambiente.	Reducción del porcentaje de infecciones asociadas al sitio quirúrgico profundo reportadas hacia finales del 2024, por debajo del 3% según la cantidad de cirugías realizadas, con una reducción del impacto ambiental por el uso de productos amigables con el ambiente que garanticen superficies seguras del ambiente como de instrumental, tanto para los pacientes como para el personal.	(Cantidad de infecciones por herida quirúrgica / Cantidad de Cirugías) x 100.	Dec/25	Coordinadora de Infecciones Intrahospitalarias / Dirección de Enfermería	Seguimiento de los Indicadores de Calidad y Seguridad. En Central de Esterilización: uso de los productos de Case Medical, para el lavado de instrumental. En Cirugía, se da la implementación de Crystalusion, una solución antibacterial a base de agua con efecto residual en la protección de las superficies, haciendo eficiente la limpieza común y disminuyendo el uso de cloro y dejando en evidencia la mejoría en la limpieza de las superficies al tener un registro importante de disminución de materia orgánica en superficies bajo la medición de ATP.	MASC-001 Manual de procedimientos de Servicio Central / IT-LL01 Instructivo de Limpieza General del Hospital.	De cara al paciente	Mejoras en las herramientas de monitoreo y supervisión relaciones con la limpieza ambiental, de instrumental, cirugía segura y educación continua para el control y prevención de infecciones (indicador con resultado 0.64%).	El resultado del indicador es de 0.56%	100%	Qt
GRI 18	La lentitud en el proceso de registro de la atención clínica puede causar interrupciones innecesarias en el flujo de trabajo del personal clínico, generando tensiones adicionales y restando eficiencia al sistema en general. Se proyecta la implementación de un nuevo sistema de expediente electrónico hospitalario, con proyección al año 2026 para su desarrollo final.	Seguridad y Experiencia del Paciente	Mejorar la herramienta tecnológica del expediente electrónico para que sea de apoyo para la atención de los pacientes.	Implementar para el 2026 el expediente electrónico con un uso del 100% (consulta externa y hospital) para así mejorar la eficiencia y calidad en la atención de los pacientes.	Consultas usando la herramienta / total de consultas realizadas	Dec/26	Dirección Médica	Migración de datos del sistema antiguamente usado al nuevo, capacitaciones al personal de salud y administrativo, acompañamiento en la ejecución y puesta en marcha del sistema en los diferentes departamentos.	RE.CEC-001 Reglamento Interno del Expediente Clínico.	Es muy importante para asegurar la adopción de todos los usuarios así como pequeñas mejoras en los expedientes dependiendo de la especialidad.	La lentitud en el proceso de registro de la atención clínica puede causar interrupciones innecesarias en el flujo de trabajo del personal clínico, generando tensiones adicionales y restando eficiencia al sistema en general. Se proyecta la implementación de un nuevo sistema de expediente electrónico hospitalario, con proyección al año 2026 para su desarrollo final.	Hacia finales del 2024, se inició con las gestiones contractuales para iniciar la implementación del nuevo expediente electrónico hospitalario, incorporando además, las experiencias en la implementación del nuevo sistema ERP (Sistema de Planificación de Recursos).	10%	QI
GRI 19	Impacto positivo a nuestros Pacientes a través del programa PROA que permite vigilar el correcto uso de antibióticos con la finalidad de mitigar la posibilidad de desarrollar una bacteria multiresistente, siendo un programa costo efectivo y multidisciplinario por el uso racional de los antibióticos, con una rápida recuperación de la salud de los pacientes.	Seguridad y Experiencia del Paciente	Vigilar el uso adecuado de Antibióticos para evitar infecciones y futuras resistencias.	Proyectar un alcance más amplio del uso adecuado de antibióticos en un 80 % con terapias costo efectivas, mitigando el riesgo de super bacterias para el año 2029.	Prescripciones de antibióticos en pacientes hospitalizados que cumplen guías clínicas /Total de prescripción de antibióticos documentadas.	Dec/29	Gerencia Médica	Para alcanzar esta meta se pretende evaluar diariamente las prescripciones de antibióticos realizadas en el hospital y determinar si las mismas cumplen las recomendaciones de guías clínicas o bases de datos consideradas relevantes para los pacientes del Hospital Clínica Bíblica.	PR.FA-042 Procedimiento del programa de optimización de uso de antibióticos.	Los médicos que son parte fundamental son el grupo de interés más importante (prescriptores) y al no ser planilla del hospital ha sido un reto incorporarlos, sin embargo la retroalimentación de ellos es importante para mejorar el programa cada día.	Impacto positivo a nuestros Pacientes a través del programa PROA que permite vigilar el correcto uso de antibióticos con la finalidad de mitigar la posibilidad de desarrollar una bacteria multiresistente, siendo un programa costo efectivo y multidisciplinario por el uso racional de los antibióticos, con una rápida recuperación de la salud de los pacientes.	El resultado del indicador es de 80.6%. A pesar de haberse cumplido con la meta, se continúan los esfuerzos relacionados con este programa.	80,6%	Qt
GRI 20	A partir de evaluaciones del Net Promoter Score (NPS), se ha identificado la necesidad de fortalecer la experiencia del paciente buscando canales de información más automatizados y robustos.	Seguridad y Experiencia del Paciente	Mejorar la comunicación con los pacientes y redefinir y fortalecer los protocolos de manejo de quejas y sugerencias.	Aumentar el NPS en un 5% en los próximos 12 meses.	Net Promoter Score.	Dec/25	La Dirección de Experiencia y el Coordinador de Experiencia del Paciente.	Se llevarán a cabo encuestas regulares de NPS, implementación de feedback en tiempo real, sesiones de capacitación para el personal en contacto directo con clientes, y actualización de políticas internas para priorizar la experiencia del cliente.	PL.CSC Plan de gestión de experiencia al paciente.	"Los datos recolectados producto de la realimentación de los pacientes se usarán para hacer análisis detallados de sus opiniones para identificar patrones y tendencias. Así mismo, estas opiniones serán clasificadas en categorías para abordar áreas específicas de mejora priorizando las acciones correspondientes. Luego se comunicará a los pacientes las acciones tomadas como resultado de su participación."	A partir de evaluaciones del Net Promoter Score (NPS), se ha identificado la necesidad de fortalecer la experiencia del paciente buscando canales de información más automatizados y robustos. El impacto actual ubica este indicador en un valor de 79,4.	"NPS: 71.64 como parte del uso de la nueva herramienta Qualtrics XM. Los 2 indicadores relacionados con las quejas de los pacientes se ha decidido eliminarlos, y en su lugar dar mayor énfasis al NPS considerando la importancia que posee al medir este nivel de recomendación de nuestros Pacientes hacia otros potenciales clientes. La meta para 2025 es subir este valor a 75.22 (5% del valor del 2024)"	71,64%	Qt
GRI 21	La seguridad de la información y los servicios médicos de los pacientes son robustos asegurando no solo la calidad de la atención sino también la disponibilidad y confidencialidad de los datos.	Seguridad de la Información	La capacidad de conocer nuestra postura de seguridad tanto interna como externa.	Implementar nuevas medidas de ciberseguridad para mejorar la postura de seguridad de la información del Hospital (análisis de postura de seguridad interno y externo).	Informes de postura de seguridad interno y externo e iniciativas y planes de remediación cuando apliquen	Dec/26	Tecnologías de la Información	Planes de trabajo y seguimiento: interno (semanal) y externo (semanal), cortes trimestrales en Sostenibilidad	Política de Seguridad de la Información (PO. IN-001) / PR.IN-035 Monitoreo de servidores de sistemas informáticos, PR.IN-008 Procedimiento de monitoreo del servicio de red.	Proveedores: informes y recomendaciones / Pacientes: reporte de incidentes y en la propia atención desde el punto de vista de información	La seguridad de la información y los servicios médicos de los pacientes son robustos asegurando no solo la calidad de la atención sino también la disponibilidad y confidencialidad de los datos.	Para el año 2025 el Hospital seguirá trabajando en mejorar sus estándares y postura de seguridad de la información, impulsados principalmente en las fortalezas, hallazgos y oportunidades de mejora que muestre el proceso de certificación HIMSS en el cumplimiento de los requisitos necesarios en materia de ciberseguridad. El proceso dewcertificación HIMSS EMRAM inició recientemente a finales del 2024 y la meta del Hospital es lograr la certificación nivel 5 en el segundo semestre del 2026.	100%	QI

Actividades y proceso de seguimiento	Políticas o compromisos en tema material / e. Procedimientos de gestión donde incorporar acciones	Como influye la participación de grupos de interés en medidas adoptadas y como se usa su realimentación para mejora	Línea base 2023	Resultados 2024 (justificación)	% de avance en 2024	Cualitati-vo (QI) / Cuantita-tivo (Qt)
Capacitación y consulta en la Comunidad. Participación en aceleradora comunitaria para complementar este modelo de aprendizaje.	Plan de Acción Social.	Reuniones con la comunidad y encuestas de seguimiento.	Brecha existente en la identificación conjunta de las necesidades y expectativas comunitarias versus la oferta de iniciativas sociales de PAS.	Finalización del programa con la Alianza Empresarial para el Desarrollo (AED). La construcción del instrumento continua en proceso y también, se integra con las actividades que se están diseñando en materia de debida diligencia.	10%	QI
Estadística de atención mensual y cumplimiento de agenda.	Plan de Acción Social.	Reuniones con la comunidad y encuestas de seguimiento.	Programa de Cirugías Solidarias dirigido a personas que viven en condición de vulnerabilidad, incluyendo los estudios de pre operatorios y hospitalización requerida en cada caso. Facilitando más de 132 cirugías al año y 150 días de internamiento y 175 estudios radiológicos.	Durante 2024 se logró realizar un total de 158 cirugías solidarias superando la meta inicial anual.	100%	Qt
Estadística de atención mensual y cumplimiento de agenda.	Plan de Acción Social.	Reuniones con la comunidad y encuestas de seguimiento.	Programa de detección de cáncer de cérvix a través de la donación anual de +1.000 estudios de monocapa. En 2023 se realizaron 2260 estudios. Este cáncer cual ocupa el cuarto lugar en mortalidad a nivel nacional.	Durante 2024 se logró realizar un total de 900 exámenes. La meta fue modificada en 2024 por la aplicación de la nueva norma de VPH, considerando que los estudios poseen una mayor especialización.	78,0%	Qt
Sistema de seguridad de bebés. Como parte de los controles que se realizan para el uso del sistema, semanalmente el proveedor de la tecnología realiza revisiones que garanticen su adecuado funcionamiento. Algunos ajustes normales de este proceso corresponden con el uso de los sensores en los accesos.	PR.SE-007 Código Rosado.	Entrevistas con las pacientes	Implementación de sistema de seguridad de bebés que garantiza el resguardo y la seguridad del paciente (indicador con resultado 99.7%).	El resultado del indicador es de 99.3%. Se están proyectando algunas actividades para lograr la meta del 100% como por ejemplo la posible redistribución del personal en los meses de alta demanda como ocurrió en noviembre, o también implementar entrenamientos periódicos para recordar la importancia del uso de los dos brazaletes (el de la mano y el del tobillo), entre otros detalles.	99,3%	Qt
Seguimiento de los Indicadores de Calidad y Seguridad. En Central de Esterilización: uso de los productos de Case Medical, para el lavado de instrumental. En Cirugía, se da la implementación de Crystalusion, una solución antibacterial a base de agua con efecto residual en la protección de las superficies, haciendo eficiente la limpieza común y disminuyendo el uso de cloro y dejando en evidencia la mejoría en la limpieza de las superficies al tener un registro importante de disminución de materia orgánica en superficies bajo la medición de ATP.	MASC-001 Manual de procedimientos de Servicio Central / IT-LL01 Instructivo de Limpieza General del Hospital.	De cara al paciente	Mejoras en las herramientas de monitoreo y supervisión relaciones con la limpieza ambiental, de instrumental, cirugía segura y educación continua para el control y prevención de infecciones (indicador con resultado 0.64%).	El resultado del indicador es de 0.56%	100%	Qt
Migración de datos del sistema antiguamente usado al nuevo, capacitaciones al personal de salud y administrativo, acompañamiento en la ejecución y puesta en marcha del sistema en los diferentes departamentos.	RE.CEC-001 Reglamento Interno del Expediente Clínico.	Es muy importante para asegurar la adopción de todos los usuarios así como pequeñas mejoras en los expedientes dependiendo de la especialidad.	La lentitud en el proceso de registro de la atención clínica puede causar interrupciones innecesarias en el flujo de trabajo del personal clínico, generando tensiones adicionales y restando eficiencia al sistema en general. Se proyecta la implementación de un nuevo sistema de expediente electrónico hospitalario, con proyección al año 2026 para su desarrollo final.	Hacia finales del 2024, se inició con las gestiones contractuales para iniciar la implementación del nuevo expediente electrónico hospitalario, incorporando además, las experiencias en la implementación del nuevo sistema ERP (Sistema de Planificación de Recursos).	10%	QI
Para alcanzar esta meta se pretende evaluar diariamente las prescripciones de antibióticos realizadas en el hospital y determinar si las mismas cumplen las recomendaciones de guías clínicas o bases de datos consideradas relevantes para los pacientes del Hospital Clínica Bíblica.	PR.FA-042 Procedimiento del programa de optimización de uso de antibióticos.	Los médicos que son parte fundamental son el grupo de interés más importante (prescriptores) y al no ser planilla del hospital ha sido un reto incorporarlos, sin embargo la retroalimentación de ellos es importante para mejorar el programa cada día.	Impacto positivo a nuestros Pacientes a través del programa PROA que permite vigilar el correcto uso de antibióticos con la finalidad de mitigar la posibilidad de desarrollar una bacteria multiresistente, siendo un programa costo efectivo y multidisciplinario por el uso racional de los antibióticos, con una rápida recuperación de la salud de los pacientes.	El resultado del indicador es de 80.6%. A pesar de haberse cumplido con la meta, se continúan los esfuerzos relacionados con este programa.	80,6%	Qt
Se llevarán a cabo encuestas regulares de NPS, implementación de feedback en tiempo real, sesiones de capacitación para el personal en contacto directo con clientes, y actualización de políticas internas para priorizar la experiencia del cliente.	PL.CSC Plan de gestión de experiencia al paciente.	"Los datos recolectados producto de la realimentación de los pacientes se usarán para hacer análisis detallados de sus opiniones para identificar patrones y tendencias. Así mismo, estas opiniones serán clasificadas en categorías para abordar áreas específicas de mejora priorizando las acciones correspondientes. Luego se comunicará a los pacientes las acciones tomadas como resultado de su participación."	A partir de evaluaciones del Net Promoter Score (NPS), se ha identificado la necesidad de fortalecer la experiencia del paciente buscando canales de información más automatizados y robustos. El impacto actual ubica este indicador en un valor de 79,4.	"NPS: 71.64 como parte del uso de la nueva herramienta Qualtrics XM. Los 2 indicadores relacionados con las quejas de los pacientes se ha decidido eliminarlos, y en su lugar dar mayor énfasis al NPS considerando la importancia que posee al medir este nivel de recomendación de nuestros Pacientes hacia otros potenciales clientes. La meta para 2025 es subir este valor a 75.22 (5% del valor del 2024)"	71,64%	Qt
Planes de trabajo y seguimiento: interno (semanal) y externo (semanal), cortes trimestrales en Sostenibilidad	Política de Seguridad de la Información (PO. IN-001) / PR.IN-035 Monitoreo de servidores de sistemas informáticos, PR.IN-008 Procedimiento de monitoreo del servicio de red.	Proveedores: informes y recomendaciones / Pacientes: reporte de incidentes y en la propia atención desde el punto de vista de información	La seguridad de la información y los servicios médicos de los pacientes son robustos asegurando no solo la calidad de la atención sino también la disponibilidad y confidencialidad de los datos.	Para el año 2025 el Hospital seguirá trabajando en mejorar sus estándares y postura de seguridad de la información, impulsados principalmente en las fortalezas, hallazgos y oportunidades de mejora que muestre el proceso de certificación HIMSS en el cumplimiento de los requisitos necesarios en materia de ciberseguridad. El proceso dewcertificación HIMSS EMRAM inició recientemente a finales del 2024 y la meta del Hospital es lograr la certificación nivel 5 en el segundo semestre del 2026.	100%	QI

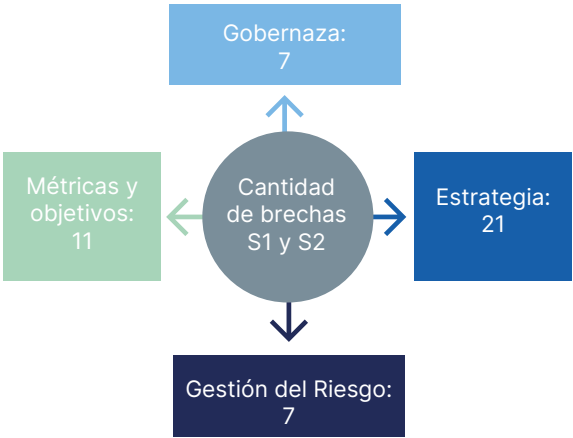


Gobernanza

Tema material: Cambio Climático (impacto GRI 22)

201-2 Implicaciones Financieras y otros riesgos y oportunidades derivados del cambio climático

Como parte de la implementación de las normas de sostenibilidad financiera NIIF S1 y S2, el Hospital desarrolló en el segundo semestre del 2024, un análisis de brecha con la firma EY. Lo anterior nos ha permitido definir, de una manera clara y detallada, la hoja de ruta para cumplir con estos requerimientos antes del mes de diciembre del 2027 (nueva fecha de cumplimiento). En total, se identificaron 46 brechas, segregadas en las dimensiones de Gobernanza, Estrategia, Gestión del Riesgo y Métricas y Objetivos. Este análisis, representa, sin duda, un avance importante en la gestión de los riesgos derivados de la sostenibilidad y la gestión del cambio climático.



Como parte de los esfuerzos relacionados a la gestión del cambio climático, el Hospital adquirió en 2024, el visualizador web de Climate Scale, el cual permitirá obtener información relacionada con las proyecciones de clima tanto para nuestros edificios actuales, como los futuros, considerando las nuevas sucursales que se encuentran definidas en nuestro Plan Estratégico actual. En 2025, se proyecta definir finalmente la herramienta para el análisis de los riesgos relacionados con el cambio climático, como parte del desarrollo de la herramienta final de materialidad que el Hospital está desarrollando.

Junio 2023
NIIF S2
Norma NIIF® de Información a Revelar sobre Sostenibilidad

Información a Revelar relacionada con el Clima



Tema material: Cadena de Valor (impacto GRI 23)

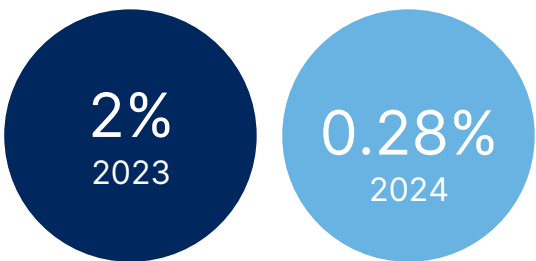
204-1 Proporción de gasto en proveedores locales

La proporción de gastos con compradores locales en el Hospital Clínica Bíblica ha sido de un 99% tanto para 2023 como para 2024.

A continuación, se detalla el promedio de compras anuales en cada uno de estos Periodos, cuya mercadería es entregada en las bodegas de nuestras instalaciones ubicadas entre calle central y primera avenida 14 en el Hospital Clínica Bíblica para su sede Central y sucursales. Con esta forma de compra se mantiene una priorización con proveedores locales, muchos de ellos Pymes, impactando la creación de empleo en el país:



Finalmente, a continuación se muestra el porcentaje de nuevos proveedores para ambos años:



308-1 Nuevos proveedores que han pasado filtros de selección de acuerdo con criterios ambientales

308-2 Impactos ambientales negativos en la cadena de suministro y medidas tomadas

414-1 Nuevos proveedores que han pasado filtros de selección de acuerdo con criterios sociales

414-2 Impactos sociales negativos en la cadena de suministro y medidas tomadas

Como parte de los compromisos de gestión asumidos por el Hospital en nuestro primer informe en el año 2023, se definió ir delimitando un esquema de evaluación de proveedores en los entornos económico, ambiental y social. En 2024, se realizaron las siguientes actividades:

- Se diseñaron finalmente los criterios y herramienta de Compras Sostenibles, la cual se estará implementando en 2025
- Hacia finales del 2024 se adquirió el nuevo ERP del Hospital (Sistema de Planificación de Recursos), en el cual se integrará el proceso automatizado de Compras Sostenibles. Por estas razones, aun en 2024, no se han identificado proveedores con impacto ambiental y social, como parte de esta transición.

Toda esta implementación, se mantiene programada hacia el año 2027, a través de una estructura estandarizada para las actividades de compras relacionadas con la gestión ambiental y social de los insumos más críticos; teniendo como meta un lapso de 4 años donde se proyecta la implementación de mecanismos para ejecutar el 100% de compras sostenibles para los contratistas críticos, agrupándolos en sectores para el desarrollo de este programa.

Tema material: Gobernanza y ética (impacto GRI 24)

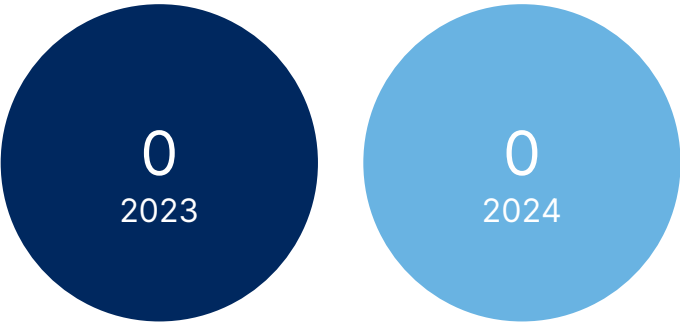
205-1: Operaciones evaluadas en función de los riesgos relacionados con la corrupción:

- Evaluaciones de riesgo de corrupción:

Período	Actividad o Área	Delimitación	Cantidad	Porcentaje
2023	Proveedores	Evaluación de riesgo inherente de contratos	87	100%
	Asociados	Todos los Asociados Activos de ASEMECO	15	100%
2024	Proveedores	Evaluación de riesgo inherente de contratos	86	100%
	Asociados	Todos los Asociados Activos de ASEMECO	15	100%

- Riesgos de corrupción:

Total de riesgos reportados	Período
0	2023
0	2024



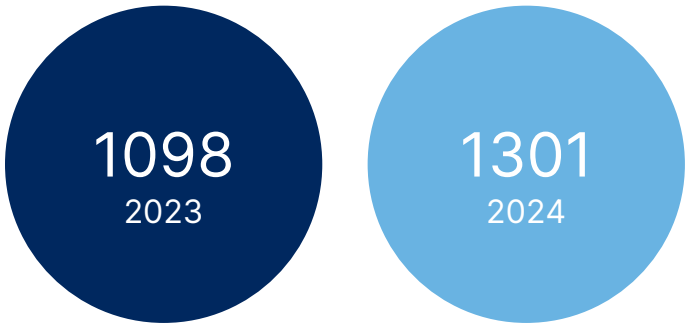
205-2: Comunicación y formación sobre políticas y procedimientos anticorrupción:

- Miembros Asociados y del Órgano de Gobierno a los que se les ha dado comunicación sobre de las políticas y procedimientos anticorrupción:

Período	Categoría de miembro	Cantidad	Porcentaje	Región
2023	Todos los Asociados Activos y Asociados de Honor de ASEMECO.	17	100%	Gran Área Metropolitana
2024	Todos los Asociados Activos y Asociados de Honor de ASEMECO.	17	100%	Gran Área Metropolitana

- Empleados a los que se les ha dado comunicación sobre de las políticas y procedimientos anticorrupción:

Empleados	Compañía
1098	ASEMECO y ANVECO S.A.
1301	ASEMECO y ANVECO S.A.



Categoría laboral	Cantidad 2023	Cantidad 2024	Región
Directores y Gerentes	11	16	Gran Área Metropolitana
Personal Médico	116	112	Gran Área Metropolitana
Personal de Enfermería	315	238	Gran Área Metropolitana
Personal de Farmacia	82	82	Gran Área Metropolitana
Personal de Contabilidad y Tesorería	40	20	Gran Área Metropolitana
Cajeros	102	149	Gran Área Metropolitana
Personal Administrativo (Asesoría Legal, Auditoría Interna, Junta Directiva, oficinistas, secretarias, asistentes de jefaturas, otros puestos administrativos generales, ejecutivos de centro de contacto)	135	214	Gran Área Metropolitana
Personal Técnico Altamente Capacitado (Tecnologías de la información, Ingenierías)	25	27	Gran Área Metropolitana
Personal Operativo (Asistente de pacientes, Limpieza, Lavandería, Nutrición, Mantenimiento, Seguridad, Parqueo)	272	443	Gran Área Metropolitana

- Socios a los que se les ha dado comunicación sobre de las políticas y procedimientos anticorrupción:

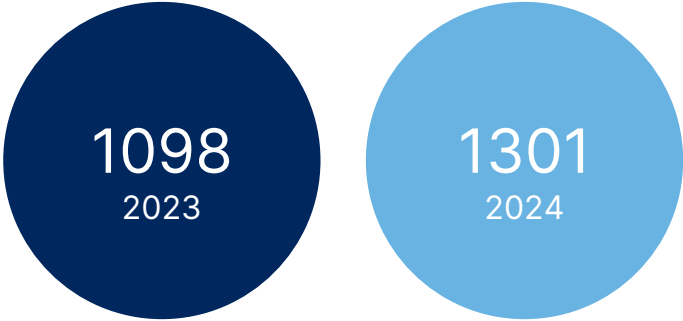
Período	Socios	Cantidad	Porcentaje	Región
2023	Proveedores	47	100%	Gran Área Metropolitana
2024	Proveedores	130	100%	Gran Área Metropolitana

- Miembros Asociados y del Órgano de Gobierno a los que se les ha dado formación sobre de las políticas y procedimientos anticorrupción:

Categoría de miembro	Cantidad	Período	Porcentaje	Región
Todos los asociados activos y asociados de honor de asemeco.	17	2023	100%	Gran área metropolitana
Todos los asociados activos y asociados de honor de asemeco.	17	2024	100%	Gran área metropolitana

- Empleados a los que se les ha dado formación sobre de las políticas y procedimientos anticorrupción:

Empleados	Compañía
1098	ASEMECO y ANVECO S.A.
1301	ASEMECO y ANVECO S.A.

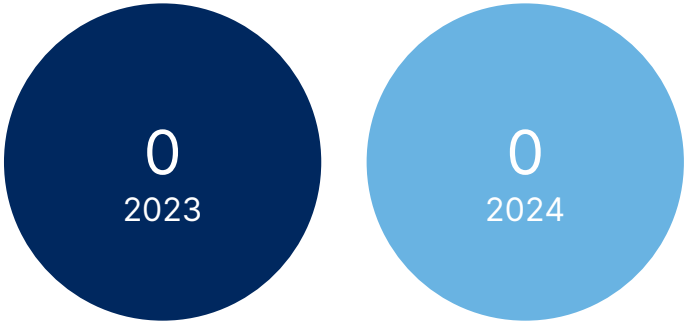


Categoría laboral	Cantidad 2023	Cantidad 2024	Región
Directores y Gerentes	11	16	Gran Área Metropolitana
Personal Médico	116	112	Gran Área Metropolitana
Personal de Enfermería	315	238	Gran Área Metropolitana
Personal de Farmacia	82	82	Gran Área Metropolitana
Personal de Contabilidad y Tesorería	40	20	Gran Área Metropolitana
Cajeros	102	149	Gran Área Metropolitana
Personal Administrativo (Asesoría Legal, Auditoría Interna, Junta Directiva, oficinistas, secretarias, asistentes de jefaturas, otros puestos administrativos generales, ejecutivos de centro de contacto)	135	214	Gran Área Metropolitana
Personal Técnico Altamente Capacitado (Tecnologías de la información, Ingenierías)	25	27	Gran Área Metropolitana
Personal Operativo (Asistente de pacientes, Limpieza, Lavandería, Nutrición, Mantenimiento, Seguridad, Parqueo)	272	443	Gran Área Metropolitana

205-3: Incidentes de corrupción confirmados y medidas tomadas:

- La cantidad total y naturaleza de los incidentes de corrupción confirmados

Total incidentes reportados	Período
0	2023
0	2024



Categoría	Incidentes	Tipo de sanciones aplicadas	Períodos
Empleados	0	Despidos (0) Otras sanciones (0)	2023 Y 2024
Asociados	0	Suspensión de la condición (0)	2023 Y 2024
Proveedores	0	Recisiones a contratos (0)	2023 Y 2024
Casos jurídicos	0	Procesos en contra de la institución (0) Procesos en contra de algún empleado (0)	2023 Y 2024



Compromisos de Gestión en Dimensión Gobernanza (GRI 3-3):

	# impacto	Tema material	Objetivo	Meta	Indicador	Fecha para meta	Responsable primario
GRI 22	Riesgos para equipamiento, suministros e infraestructura que podría requerir reparaciones costosas o incluso reconstrucción de instalaciones dañadas debido a eventos climáticos como sequías, inundaciones, olas de calor, y huracanes.	Cambio Climático	Reducción del riesgo relacionado con impactos reales y potenciales ESG y de clima en función de la materialidad financiera y no financiera con respecto al Hospital.	Definición de un plan de gestión de riesgos ASG y de clima asociado a los temas materiales financieros y no financieros.	Materialidad financiera y no financiera para determinar los temas a reportar tanto en GRI como en S1 y S2 y sus respectivos planes de mejora.	Dec/27	Gerencia de Calidad y Ambiente / Dirección Financiera
GRI 23	Ausencia de criterios estandarizados para las actividades de compras, lo anterior relacionado con la gestión ambiental y social para los insumos más críticos.	Cadena de valor	Generar una estructura estandarizada para las actividades de compras, lo anterior relacionado con la gestión ambiental y social para los insumos más críticos.	En un lapso de 3 años se proyecta la implementación de mecanismos para ejecutar el 100% de compras sostenibles para los contratistas críticos, agrupándoles en sectores para el desarrollo de este programa (17 proveedores de Medicamentos e Insumos Médicos).	Porcentaje de contratistas críticos por año abordados en esta trazabilidad.	Dec/27	Proveeduría / Gerencia de Calidad y Ambiente
GRI 24	Vigilancia y procesos de mejora continua en materia de ética, gobernanza y gestión anticorrupción, que la Junta Directiva realiza sobre los órganos colegiados (diversidad de comisiones, por ejemplo en Auditoría y Riesgos, Ética, Acción Social, Educación e Investigación, Asuntos Jurídicos, Gestiones de Talento y nuevos negocios) que son clave para el impacto general en la Institución.	Gobernanza y ética	Establecer estrategias para maximizar los esfuerzos existentes en materia de vigilancia y procesos de mejora continua en materia de ética, gobernanza y gestión anticorrupción.	Reforzar los procedimientos para el monitoreo de todos estos esfuerzos de mejora continua.	Actualización de los principales documentos vigentes dentro de la organización, relativos a las materias de gobernanza, ética, y procesos anticorrupción.	Dec/25	Junta Directiva

Actividades y proceso de seguimiento	Políticas o compromisos en tema material / e. Procedimientos de gestión donde incorporar acciones	Como influye la participación de grupos de interés en medidas adoptadas y como se usa su realimentación para mejora	Línea base 2023	Resultados 2024 (justificación)	% de avance en 2024	Cuali-tativo (QI) / Cuan-titativo (QT)
Análisis de riesgos de cambio climático por realizar finalmente en 2025 y, luego, por medio de acciones que sean derivadas de dicho análisis en el mediano plazo (2030). Además, se estarán incorporando procesos de Debida Diligencia por parte de la Gerencia de Calidad y Ambiente que incluyan el diseño proyectado de los grupos de interés para futuros ejercicios de materialidad. De igual forma, el proceso de debida diligencia se integra en todos los temas materiales, lo anterior entre 2026 y 2027.	Política ambiental / El procedimiento se estará desarrollando en esta temática.	Por medio de los estados financieros auditados para mostrar los resultados en S1 y S2 y también el reporte de Sostenibilidad GRI.	Riesgos para equipamiento, suministros e infraestructura que podría requerir reparaciones costosas o incluso reconstrucción de instalaciones dañadas debido a eventos climáticos como sequías, inundaciones, olas de calor, y huracanes.	Análisis de brecha EY / adquisición de herramienta de proyecciones climáticas y procedimientos de gestión de riesgos climáticos. Todo lo anterior como parte de los requisitos del capítulo GHI de la acreditación por parte de Joint Commission y también el cumplimiento proyectado de las normas NIIF S1 y S2 que entrarán a regir en 2027, con la primera publicación de los estados financieros considerando los riesgos ASG en 2028, en integración con los estados financieros.	40%	QI
Ordenes de compra / Contando con el apoyo de la Gerencia de Calidad y Ambiente junto con la Proveeduría para la trazabilidad de las compras. Participación en aceleradora de cadena de valor para complementar este modelo de aprendizaje.	RG-PR-001 Reglamentos de compras.	Reuniones periódicas con los proveedores (y solicitud de documentos). La organización busca establecer criterios estandarizados para las compras, especialmente para insumos críticos, con un enfoque en aspectos ambientales y sociales. El área de Proveeduría desempeña un papel crucial en la aplicación y seguimiento de estas medidas.	Ausencia de criterios estandarizados para las actividades de compras, lo anterior relacionado con la gestión ambiental y social para los insumos más críticos.	A finales del 2024 se adquirió el nuevo ERP del Hospital (Sistema de Planificación de Recursos). Como parte de esta nueva herramienta, se proyecta en 2025, la integración de la nueva herramienta de Compras Sostenibles, que será desarrollada a través de este portal con los proveedores críticos definidos en este plan de sostenibilidad. El esquema de esta herramienta fue diseñado finalmente en 2024 y solo resta aplicarlo en la nueva herramienta ERP en 2025.	20%	QI
Asambleas Generales de Asociados, Sesiones Ordinarias y Extraordinarias de Junta Directiva, y Sesiones de los Consejos y Comisiones de ASEMECO. Sesiones específicas del Consejo de Ética de ASEMECO. Además, se estará transformando en conjunto con la Gerencia de Calidad y Ambiente y el área Legal, la Política Ambiental en una de Sostenibilidad, para incorporar con mayor detalle en el Código de Ética, los aspectos relacionados con Derechos Humanos y el principio precautorio integrando la participación de la Junta Directiva y Comité Ejecutivo.	MA.TH-002 Código de Conducta / MA.TH Manual Políticas Laborales HCB / MA.DG-001 Código de Ética / estatutos de ASEMECO.	Por medio de una participación activa de los asociados y también a través de ejercicios o experiencias que poseen los asociados con base en el ejercicio administrativo, lo anterior en las sesiones ordinarias o extraordinarias de la Junta Directiva.	Vigilancia y procesos de mejora continua en materia de ética, gobernanza y gestión anticorrupción, que la Junta Directiva realiza sobre los órganos colegiados (diversidad de comisiones, por ejemplo en Auditoría y Riesgos, Ética, Acción Social, Educación e Investigación, Asuntos Jurídicos, Gestiones de Talento y nuevos negocios) que son clave para el impacto general en la Institución.	Automatización de evaluaciones a miembros de JD, así como la implementación de la declaración de conflictos de interés para miembros de JD. Además, se actualizó y aprobó la política de sostenibilidad.	100%	QI



4.

SECCIÓN 4 Índice de Referencia GRI

Índice de Contenidos GRI

Declaración de uso: el Hospital Clínica Bíblica ha presentado la información citada en este índice de contenidos GRI para el Período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2024 utilizando como referencia los Estándares GRI.

GRI 1 usado GRI 1: Fundamentos 2021

Estándar GRI	Contenido	Página
	Mensaje Institucional de la Dirección General y la Gerencia de Calidad y Ambiente	4
	Resumen gráfico de resultados 2024	6
	Alcance	8
	Sección 1: Contenidos generales	9
	2.1 Detalles organizacionales	10
	2.2 Entidades incluidas en la presentación de este informe	11
	2.3 Período del informe, frecuencia y punto de contacto	12
	2.4 Actualización de la información	12
	2-5 Verificación externa	12
	2-6 Actividades, cadena de valor y otras relaciones comerciales	12
	2-7 Empleados	14
	2-9 Estructura de Gobernanza	16
	2-10 Designación y selección del máximo órgano de Gobierno	19
	2-11 Presidente del máximo órgano de Gobierno	20
	2-12 Función del máximo órgano de Gobierno en la supervisión de la gestión de los impactos	21
	2-13 Delegación de la responsabilidad de gestión de los impactos	21
	2-14 Función del máximo órgano de Gobierno en la presentación de informes de sostenibilidad	21
	2-16 Comunicación de inquietudes críticas	21
	2-17 Conocimientos colectivos del máximo órgano de gobierno	21
	2-24 Incorporación de los compromisos y políticas	21
	2-25 Procesos para remediar los impactos negativos	21
	2-26 Mecanismos para solicitar asesoramiento y plantear inquietudes	21
	2-29 Enfoque para la participación de los grupos de interés	21
	2-15 Conflictos de interés	22
	2-18 Evaluación del desempeño del máximo órgano de gobierno	22

2-22 Declaración sobre la estrategia de desarrollo sostenible	22
2-23 Compromisos y políticas	23
2-27 Cumplimiento de la legislación y las normativas	23
2-28 Afiliación a asociaciones	23
2-30 Convenios de negociación colectiva	23
Sección 2: Acreditaciones y Objetivos de Desarrollo Sostenible	24
Sección 3.1: Determinación de los temas materiales GRI 3-1 y 3-2	27
GRI 3: Temas Materiales 2021	
3-1 Proceso de determinación de los temas materiales	28
3-2 Lista de temas materiales	28
3-3 Gestión de los temas materiales (cuadro resumen)	29
Sección 3.2: Temas materiales y compromisos de gestión GRI 3-3	34
Dimensión Ambiental	
Tema material: Gestión de la Energía (impacto GRI 1)	35
GRI 302: Energía 2016	
302-1 Consumo de energía dentro de la organización	35
302-3 Intensidad energética	35
302-4 Reducción del consumo energético	36
Tema material: Gestión de las aguas residuales (impacto GRI 2)	40
GRI 303: Agua y efluentes 2018	
303-2 Gestión de los impactos relacionados con el vertido de agua	40
Tema material: Emisiones (impacto GRI 3)	40
GRI 305: Emisiones 2016	
305-1 Emisiones directas de GEI (alcance 1)	42
305-2 Emisiones indirectas de GEI asociadas a la energía (alcance 2)	42
305-3 Otras emisiones indirectas de GEI (alcance 3)	42
305-4 Intensidad de las emisiones de GEI	42
305-5 Reducción de las emisiones de GEI	42
Tema material: Residuos (impacto GRI 4)	45
GRI 306: Residuos 2020	
306-1 Generación de residuos e impactos significativos relacionados con los residuos	45
306-2 Gestión de impactos significativos relacionados con los residuos	45
306-3 Residuos generados	45
306-4 Residuos no destinados a eliminación	45

306-5 Residuos destinados a eliminación	45
GRI 413: Comunidades locales 2016	
413-1 a-iii. Operaciones con programas de participación de la comunidad local, evaluaciones del impacto y desarrollo	50
GRI 3: Temas Materiales 2021	
3-3 Gestión de los temas materiales (dimensión Ambiental)	54
Dimensión Social	
Tema material: Gestión laboral (impactos GRI 5, 6 y 7)	56
GRI 401: Empleo 2016	
401-1 Contrataciones de nuevos empleados y rotación del personal	56
GRI 405: Diversidad e igualdad de oportunidades 2016	
405-1 Diversidad de empleados	61
GRI 410: Prácticas en materia de seguridad 2016	
410-1 Personal de seguridad capacitado en políticas o procedimientos de derechos humanos	61
Tema material: Seguridad de Contratistas (impactos GRI 8)	62
GRI 403: Salud y seguridad en el trabajo 2018	
403-2 Identificación de peligros, evaluación de riesgos e investigación de incidentes	62
403-4 Participación de los trabajadores, consultas y comunicación sobre salud y seguridad en el trabajo	62
403-8 Cobertura del sistema de gestión de la salud y la seguridad en el trabajo	63
403-9 Lesiones por accidente laboral	63
403-10 Las dolencias y enfermedades laborales	63
Tema material: Salud y Seguridad del Personal (impactos GRI 9)	65
GRI 403: Salud y seguridad en el trabajo 2018	
403-1 Sistema de gestión de la salud y la seguridad en el trabajo	65
403-2 Identificación de peligros, evaluación de riesgos e investigación de incidentes	65
403-3 Servicios de Salud en el Trabajo	66
403-4 Participación de los trabajadores, consultas y comunicación sobre salud y seguridad en el trabajo	66
403-9 Lesiones por accidente laboral	67
403-10 Las dolencias y enfermedades laborales	71
Tema material: Bienestar y desarrollo comunitario (impactos GRI 10, 11, 12, 13, 14 y 15)	73
GRI 413: Comunidades locales 2016	
413-1 Operaciones con programas de participación de la comunidad local, evaluaciones del impacto y desarrollo	73
413-2 Operaciones con impactos negativos significativos –reales o potenciales– en las comunidades locales	82

Tema material: Seguridad y Experiencia del Paciente (impactos GRI 16, 17, 18, 19 y 20)	84
Implementación del sistema de seguridad de bebés	84
Cirugías seguras	86
Cambio en el sistema de expediente digital	87
Programa PROA	87
Experiencia del Paciente	91
Tema material: Seguridad de la Información (impacto GRI 21)	93
GRI 3: Temas Materiales 2021	
3-3 Gestión de los temas materiales (dimensión Social)	96
Dimensión Gobernanza	
Tema material: Cambio Climático (impacto GRI 22)	100
GRI 201: Desempeño económico 2016	
201-2 Implicaciones Financieras y otros riesgos y oportunidades derivados del cambio climático	100
Tema material: Cadena de Valor (impacto GRI 23)	101
GRI 204: Prácticas de abastecimiento 2016	
204-1 Proporción de gasto en proveedores locales	101
GRI 308: Evaluación ambiental de proveedores 2016	
308-1 Nuevos proveedores que han pasado filtros de selección de acuerdo con criterios ambientales	102
308-2 Impactos ambientales negativos en la cadena de suministro y medidas tomadas	102
GRI 414: Evaluación social de los proveedores 2016	
414-1 Nuevos proveedores que han pasado filtros de selección de acuerdo con criterios sociales	102
414-2 Impactos sociales negativos en la cadena de suministro y medidas tomadas	102
Tema material: Gobernanza y ética (impacto GRI 24)	102
GRI 205: Anticorrupción 2016	
205-1: Operaciones evaluadas en función de los riesgos relacionados con la corrupción:	102
205-2: Comunicación y formación sobre políticas y procedimientos anticorrupción:	103
205-3: Incidentes de corrupción confirmados y medidas tomadas:	105
GRI 3: Temas Materiales 2021	
3-3 Gestión de los temas materiales (dimensión Gobernanza)	106
Sección 4: Índice de referencia	108



Hospital Clínica Bíblica

Hospital Clínica Bíblica Sede San José

Hospital Clínica Bíblica Sede Santa Ana

Hospital Clínica Bíblica Sede ALESTE

Central Telefónica: +506 2522 1000

Whatsapp: +506 8595 7000

www.clinicabiblica.com



**Clínica
Bíblica**