

INFORME DE SOSTENIBILIDAD 2023



HOSPITAL CLÍNICA

BÍBLICA

Informe de Sostenibilidad 2023

Mensaje Institucional	2
SECCIÓN 1:	
Contenidos generales	6
SECCIÓN 2:	
Acreditaciones y Objetivos de Desarrollo Sostenible	18
SECCIÓN 3:	
Gestión de los temas materiales	23
3.1: Determinación de los temas materiales GRI 3-1 y 3-2	24
3.2 Temas materiales y compromisos de gestión GRI 3-3	28
Dimensión Ambiental	29
Dimensión Social	45
Dimensión Gobernanza	75
SECCIÓN 4:	
Índice de referencia	82

Mensaje Institucional

Como parte de su compromiso y valores institucionales, el Hospital Clínica Bíblica presenta su primer informe de sostenibilidad con base en los estándares del Global Reporting Initiative (GRI por sus siglas en inglés), siendo éste el estándar más reconocido a nivel global en estos temas. Este primer informe corresponde al periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2023.

En nuestro primer reporte se identificaron 13 temas materiales, que a su vez se desglosan en 24 impactos de los cuales 13 son negativos y 11, positivos. En la dimensión ambiental, se están considerando actividades relacionadas con la gestión de la energía, gestión de aguas residuales, reducción de emisiones de gases de efecto invernadero y procesos de economía circular en materia de gestión de residuos. A nivel de la dimensión social interna, se están considerando temas relacionados con la gestión laboral, rotación del personal, salud y seguridad del Personal y seguridad y experiencia del Paciente. En relación con la dimensión social externa, también se han considerado aspectos relacionados con la capacitación y reforzamiento en temas de derechos humanos para nuestro personal, la seguridad de nuestros contratistas y también, algunas acciones concretas relacionadas con nuestro Programa de Acción Social (PAS), cuyas actividades están relacionadas con servicios médicos para la población en condición de vulnerabilidad y la reducción de la deserción de estudiantes del programa de técnicos o diplomados de la salud del IPA (Instituto Parauniversitario del Hospital). También se incluyen temas relacionados con la seguridad y experiencia del Paciente que involucran indicadores de calidad, como por ejemplo el potenciar el programa PROA que permite vigilar el uso de antibióticos de nuestros Pacientes. En materia de servicio al cliente, deseamos mejorar nuestro Net Promoter Score (NPS por sus siglas en inglés) entre otros detalles, así como temas relacionados con ciberseguridad. Finalmente, para la última dimensión económica y de gobernanza, deseamos gestionar los riesgos ASG (Ambiente, Social y Gobernanza), integrándoles dentro del modelo de gestión de riesgos de nuestra Institución.

Todo este proceso, supone un ciclo de ajustes y mejora continua que a partir de este primer reporte, permitirá a nuestra Organización, continuar con los esfuerzos ya realizados, pero además, establecer un punto de partida que nos permita contribuir con el desarrollo sostenible en nuestros servicios, tomando como base la estructura de los estándares GRI, lo que implicará una revisión periódica, para mantener o redefinir las metas establecidas. El proceso apenas inicia, sin embargo estamos seguros, tendrá resultados muy positivos en el mediano y largo plazo.



Maex. Gerardo Sánchez Cordero
Director General



Ing. Andrés Alvarado Calvo
Gerente de Calidad y Ambiente

Para nosotros es muy significativo presentar nuestro primer reporte de Sostenibilidad con base en los estándares del Global Reporting Initiative (GRI por sus siglas en inglés), no solo por el plan de compromisos que estamos asumiendo en esta primera etapa de aquí al año 2030, sino también porque comprendemos la importancia que tiene la transparencia en este tipo de procesos, entendiendo que la sostenibilidad se debe enfocar no solo en preservar los recursos para las generaciones futuras, sino también en la sostenibilidad de nuestros servicios.

Tomando como referencia los estándares GRI y al ser éste un informe de referencia, no se consideró en su totalidad la estructura que se define en GRI 3, sin embargo, y como parte de este proceso de crecimiento, durante 2023 se inició un proceso de diseño de doble materialidad, tanto no financiera como financiera, con miras a ser aplicado en próximos años. Para la presentación de este primer reporte, se determinaron varios temas materiales, que corresponden a aquellos temas significativos que, como parte de ese análisis, se define publicar a los grupos de interés, asumiendo además, varios compromisos de gestión para potenciar los impactos positivos y también para reducir y controlar los negativos. Su determinación consideró el análisis de diferentes calificadoras internacionales en materia de riesgos a nivel ambiental, social y de gobernanza (ASG) para el sector de la Salud, pero también considerando la estrategia vigente en el Hospital y algunas necesidades actuales que se encuentran en desarrollo, tomando en cuenta los posibles impactos reales y potenciales en la cadena de valor del Hospital. Para esta determinación, no se involucró directamente a los grupos de interés, ya que el Hospital se encuentra en un proceso de diseño de su Debida Diligencia, sin embargo, en 2023 se iniciaron contactos con algunos grupos críticos, para expresarles el camino que se ha iniciado en esta materia y las expectativas para próximos años. De igual forma, los compromisos de gestión y sus impactos asociados se integran con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS), con lo cual se logra una contribución a su desarrollo en nuestro país.

La gestión de los riesgos ASG y de Cambio Climático, por medio del análisis de materialidad financiera, nos permitirá además controlar a nivel financiero, los posibles impactos reales y potenciales, de manera que se asegure la continuidad del negocio, así como la implementación de un programa de Compras Sostenibles y finalmente, en relación con la gestión de la gobernanza y ética, deseamos mantener y reforzar los diferentes mecanismos de monitoreo en esta materia.

Informe de Sostenibilidad 2023

La estructura del informe es la siguiente:



Alcance de este documento: el informe abarca ASEMECO y ANVECO con excepción de los EBAIS. Las informaciones

presentadas corresponden al año 2023 y el plan de compromisos de gestión abarca el periodo 2024-2030.



ASEMECO
(ambas sedes)



ANVECO Costa Rica SA
(Torre Omega)



ASEMECO
(EBAIS)

SECCIÓN 1

Contenidos generales



2-1 Detalles organizacionales

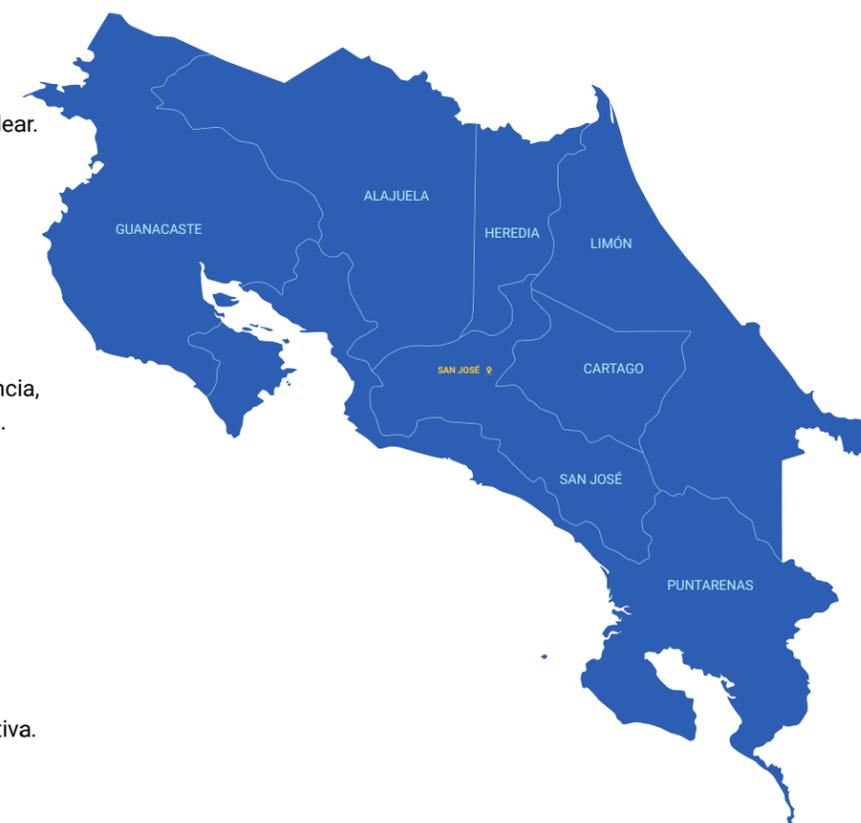
La Asociación de Servicios Médicos Costarricenses (ASEMECO) fue constituida el 8 de abril de 1972, como una figura jurídica sin fines de lucro. Corresponde a una empresa 100% costarricense cuya principal actividad es brindar servicios médicos hospitalarios, siendo su domicilio central entre las calles 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 (HCB) y controladora de Anveco Costa Rica, S.A. (Anveco) 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 como su 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). 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 Periodo del informe, frecuencia y punto de contacto

La empresa reporta la información financiera, operativa y ambiental correspondiente al periodo fiscal comprendido entre el 1 de enero del 2023 al 31 de diciembre del 2023, de todas las operaciones de ASEMECO, el cual tiene una frecuencia de información anual. La información financiera se reveló en el mes de enero del año 2024. Los estados financieros consolidados de la Asociación al 31 de diciembre de 2023 fueron aprobados por la Administración para su emisión el 30 de enero de 2024. Los reportes de Sostenibilidad se presentan de manera anual a partir de este primer reporte con base en los estándares del Global Reporting Initiative (GRI).

La publicación del presente informe corresponde al mes de junio del 2024.

El punto de contacto para cuestiones relacionadas con el presente informe de Sostenibilidad es el Ing. Andrés Alvarado Calvo, Gerente de Calidad y Ambiente.

2-4 Actualización de la información

Al ser este el primer reporte de Sostenibilidad, aun no hay actualizaciones de la información presentada en periodos objeto de informes anteriores.

2-5 Verificación externa

El presente informe es el primero que el Hospital Clínica Bíblica desarrolla con base en los estándares GRI, que a su vez se ha desarrollado en la modalidad de referencia. No está previsto que la información sea verificada por una entidad externa considerando, al menos en este momento, que, al tratarse del primer informe, se desea ir generando una cultura de reporte en materia de sostenibilidad asociada con dichos estándares. El Gobierno Corporativo ha participado desde el inicio de este proceso, pues se considera fundamental su participación e integración en estos procesos.

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 el periodo 2023.

Número total de empleados por género y región:

Sede Central

ALAJUELA



CARTAGO



HEREDIA



SAN JOSE



579

380

959

Sede Central

REGION	Femenino	Masculino	Total
ALAJUELA	1	3	4
CARTAGO	9	6	15
HEREDIA	5	2	7
SAN JOSE	564	369	933
Total	579	380	959

Sede Santa Ana

ALAJUELA



CARTAGO



HEREDIA



SAN JOSE



92

47

139

Sede Santa Ana

REGION	Femenino	Masculino	Total
ALAJUELA	1	2	3
CARTAGO		1	1
HEREDIA		1	1
SAN JOSE	91	43	134
Total	92	47	139

Número total de empleados temporales por género y región:

Sede Central

REGION	Femenino	Masculino
SAN JOSE	12	0
Total	12	0

Sede Central

SAN JOSE



12

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

Empleados a tiempo completo por género y región:

Región	Femenino	Masculino
ALAJUELA	2	3
CARTAGO	9	6
HEREDIA	5	3
SAN JOSE	620	387
Total	636	399



636

399

Empleados a tiempo parcial por género y región:

Región	Femenino	Masculino
ALAJUELA		2
CARTAGO		1
HEREDIA		
SAN JOSE	35	25
Total	35	28



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, quienes estarán integrados en la estructura de Debida Diligencia que se irá formulando y desarrollando posteriormente:

a) Asamblea General de Asociados:

- i. **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.
- ii. **Membresía:** La membresía de la Asociación, y los cargos que se ejercen en los diferentes órganos de esta son gratuitos y ad honorem.
- iii. **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	Profesionales 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)

b) Junta Directiva: Electa por la Asamblea General.

- i. **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.
- ii. **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

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

- i. **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.
- ii. **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 porque 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

d) Consejos y Comisiones:

- i. **Consejos:** Órganos permanentes, supeditados a la Junta Directiva. Se encargan 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), y Dr. Ariel Wong (+4 años de ser Asesor externo).

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).
ii. Comisiones: Órganos permanentes o temporales, ordinarias o extraordinarias, supeditados a la Junta Directiva. Se encargan 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 Rebeca Rodríguez (+5 años colaboradora en Departamentos Jurídico y Junta Directiva)	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 por 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	CONDICIÓN
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).	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.



2-10: Máximo Órgano de Gobierno:

e) Procesos de designación y selección de la Junta Directiva:

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

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

- iii. 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 <u>más de dos miembros de la misma profesión, o ni haya una relación de afinidad o consanguinidad hasta el segundo grado.</u>	<u>Tesorero</u> , idealmente, personas con una formación académica en alguna de las áreas de las ciencias económicas. <u>Secretario General</u> , 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:

- f) **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 <u>relación económica permanente entre la institución y algún Asociado</u> (incluyendo el Presidente), de tal manera que por su naturaleza dicha relación sea por tiempo definido o indefinido, tal asociado <u>no podrá formar parte de la Junta Directiva, ni de la Fiscalía</u> , mientras dicha relación se mantenga.	Cuando el Asociado (incluyendo el Presidente), <u>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.</u> Una vez que desaparezca dicha circunstancia, se le tendrá al asociado como reincorporado a la Asociación, con todos sus derechos originales.

2-22 Declaración sobre la estrategia de desarrollo sostenible

Como parte de los valores institucionales, hace ya varios años se han desarrollado una serie de acciones en materia ambiental y social, sin embargo, en 2023, inició su proceso de integración con los estándares GRI. Es así como en el mes de agosto del 2023, se realizó una sesión de estrategia con miembros de la Junta Directiva, Comité Ejecutivo y algunos líderes de la organización, para conocer dichos estándares y las posibles acciones derivadas de su implementación. Actualmente, el Hospital posee una Política Ambiental la cual se describe a continuación:

- *“Desarrollar las actividades hospitalarias en equilibrio con el ambiente, considerando los aspectos e impactos ambientales que se generan a nivel de desechos sólidos, líquidos y gaseosos. Este compromiso incluye las fases de diseño de nuevas instalaciones, cambios en el espacio físico e infraestructura, adquisición de insumos, materiales o tecnologías ecoeficientes, legislación relacionada, así como la sensibilización y compromiso ambiental y comunitario de los miembros de la organización”*

Aun no se dispone de una declaración de más alto nivel de la organización que se enfoque en la importancia del desarrollo sostenible para la organización, sin embargo, se asume el compromiso para integrar la política ambiental vigente con el fin de transformarla en una política de sostenibilidad que reúna todas las variables relacionadas con los criterios Ambientales, Sociales y de Gobernanza, incluyendo los derechos humanos, lo anterior para finales del año 2024. Lo anterior se integra con los compromisos de gestión establecidos en este informe, por cumplir entre los años 2024 y 2030. A su vez, y como parte de este desarrollo, paralelamente, durante el año 2024, se estarán definiendo mecanismos para diseñar procesos de debida diligencia y participación de las partes interesadas, para complementar dichas acciones.

2-23 Compromisos y políticas

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.
- Actualmente, no se tiene formalizado un proceso de debida diligencia en esta materia, sin embargo, durante el año 2024 se estará dando forma a los procedimientos de gestión asociados, tomando como referencia la Guía de la Organización

para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) de Debida Diligencia para una Conducta Empresarial Responsable.

- Aun cuando lo anterior ocurre de manera natural, en función del cumplimiento regulatorio, se estará actualizando durante el 2024 la Política de Sostenibilidad, la cual surgirá a partir de la Política Ambiental actual, cuya transformación considerará elementos de debida diligencia, así como la aplicación del principio precautorio.
- Lo estipulado en el punto anterior, incluirá, además, una actualización relacionada con los derechos humanos en dicha Política de Sostenibilidad.

En la actualidad se dispone del Código de Ética MA.DG-001, en el cual se describen los compromisos vigentes relacionados con el respeto de los derechos humanos, lo que incluye:

- Un desglose de derechos humanos reconocidos internacionalmente.
- El compromiso citado reúne tales condiciones para nuestros Pacientes y sus Familiares, Colaboradores, Proveedores, Asociados y Junta Directiva. La definición de los grupos de interés pertinentes se estará desarrollando en 2024 como parte del diseño de las actividades relacionadas con la Debida Diligencia

Dicho Código de Ética, fue aprobado en la sesión No.745 de Junta Directiva celebrada el 16 de noviembre del 2015, cuya última actualización fue generada por la Dirección General en setiembre del 2022. Este compromiso se aplica a las actividades de la organización y a sus relaciones comerciales, sin embargo, con el diseño de los procesos de debida diligencia y relacionamiento con las partes interesadas, que más adelante se estarán detallando, durante el 2024 se desea complementar la participación de las partes interesadas pertinentes, para así fortalecer el proceso de definición de los temas materiales. 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.

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

Como se ha definido en apartados anteriores, durante el año 2024 se estará diseñando la metodología para definir la participación de los grupos de interés, que incluirá:

- Las categorías de grupos de interés con las que se involucra y cómo se les identifica.
- El propósito de la participación de los grupos de interés.
- Cómo la organización busca asegurar que la participación de los grupos de interés resulte provechosa.

SECCIÓN 2

Acreditaciones y Objetivos de Desarrollo Sostenible

En el siguiente enlace se pueden encontrar nuestras acreditaciones y reconocimientos: <https://www.clinicabiblica.com/es/acreditaciones>

A continuación se describen los impactos identificados y su agrupación en temas materiales, así como los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas relacionados para cada uno de ellos, junto con las metas que asume el Hospital.



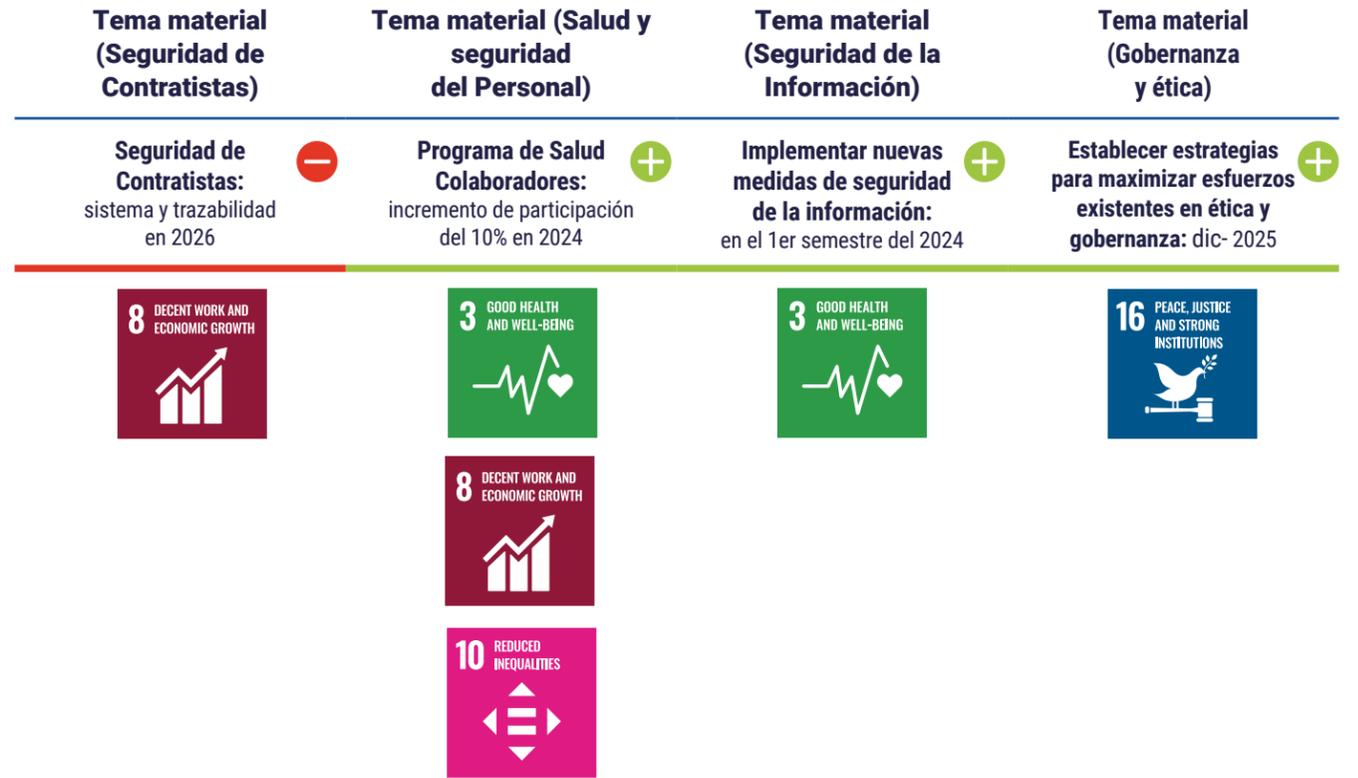
Tema material: Bienestar y Desarrollo Comunitario

<p>PAS (+) (Detección de cancer cervix): incremento del 15% en exámenes en 2026</p>	<p>PAS (+) (cirugías solidarias: incremento del 10% en exámenes en 2026</p>	<p>PAS (Móvil) (+) mamografías: incremento del 100% (6000 a 12000/año) en 2026</p>	<p>PAS seguro (-) Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) después de 2 años: trazabilidad en 2026</p>	<p>PAS (-) estructura de necesidades: en 2026</p>	<p>PAS (-) deserción ≥ al 10% IPA: menor al 10% en 2026</p>
---	---	--	---	---	---



Tema material: Gestión Laboral

<p>Rotación del personal: (-) reducir rotación del 12.6% al 12% en 2025</p>	<p>Equidad de género: no bajar (+) del 50% de personal femenino en puestos de liderazgo en 2024 y en próximos años.</p>	<p>Derechos Humanos: alcance en (+) capacitaciones del 50% del personal Seguridad y de atención al Paciente en 2025</p>
--	---	--



Tema material: aguas residuales	Tema material: gestión de la energía	Tema material: gestión de residuos	Tema material: emisiones	Tema material: cambio climático	Tema material: cadena de valor
Aguas residuales): tratamiento aguas residuales en Sede Central en 2026	Ahorro energético: + de 200 mil KWH/año adicional en 2030	Economía circular: pasar de 93% a 60% residuos a relleno sanitario (150 ton /2030)	Emisiones de Gases de Efecto Invernadero (GEI): reducción del 26% de emisiones (+ de 400 ton CO ₂ eq./2030)	Cambio climático: análisis de riesgo cambio climático en 2024 e implementación hacia el 2030	Cadena de valor: compras sostenibles en dic-2027



Tema material: Seguridad y Experiencia del Paciente

Expediente electrónico: culminar implementación en 2026	Experiencia del Paciente: mejorar los resultados del Net Promoter Score (NPS) en un 10% en 2024, el valor actual está en 79,4	Programa de Optimización en el uso de Antibióticos (PROA): alcance del 80% en 2029	Programa de infecciones: Mantener la reducción por debajo del 3% en las infecciones en sitio quirúrgico	Sistema de control de robo de bebés: mantener en 2024
--	--	---	--	--



SECCIÓN 3

Gestión de los temas materiales



3.1 Determinación de los temas materiales GRI 3-1 y 3-2

3-1 Proceso de determinación de los temas materiales

Al ser éste un informe de referencia, no se consideró en su totalidad la estructura que se define en GRI 3, sin embargo, y como parte de este proceso de crecimiento en relación con los estándares GRI, en 2023 se inició un proceso de diseño de doble materialidad, tanto no financiera como financiera, con miras a ser aplicado en próximos años. En esta oportunidad, la determinación de los temas materiales consideró el análisis de diferentes calificadoras internacionales en materia de riesgos ASG para el sector de la Salud, pero también considerando la estrategia vigente en el Hospital y algunas necesidades actuales que se encuentran en desarrollo, considerando para ello, los posibles impactos reales y potenciales en la cadena de valor del Hospital. Este proceso consideró una priorización preliminar de grupos de interés que se muestra en el desarrollo de GRI 3-3.

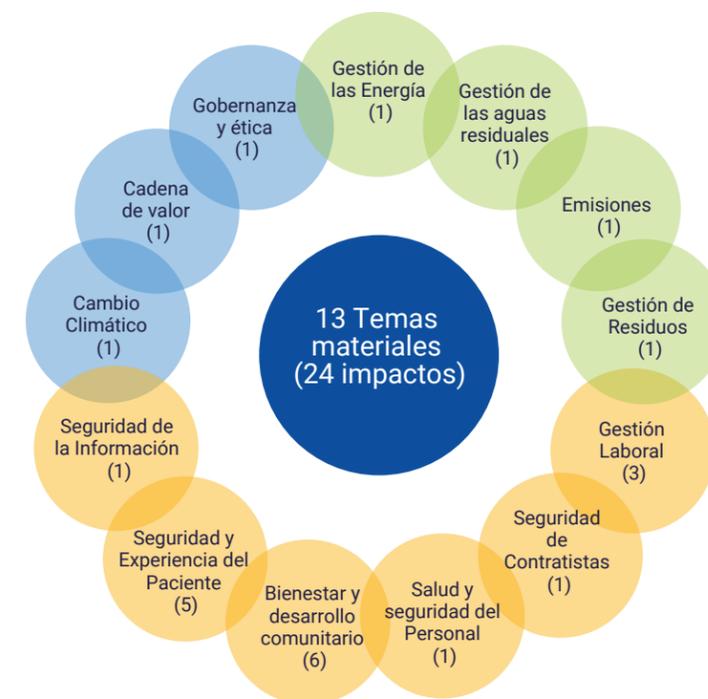
Para esta determinación, no se involucró directamente a los grupos de interés, ya que el Hospital se encuentra en un proceso de diseño de los procedimientos de Debida Diligencia, sin embargo, en 2023 se iniciaron contactos con algunos grupos de interés críticos, para expresarles el camino que se ha iniciado en esta materia y las expectativas en próximos años. Lo anterior se desea potenciar en 2024 como parte de este proceso de crecimiento en materia de sostenibilidad.

3-2 Lista de temas materiales

Los siguientes son los temas materiales definidos para este primer informe del 2023, incluyendo sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados, así como la cantidad de impactos positivos y negativos asociados para cada tema:

Tema material	ESG	Numeración de impactos	Total	Impactos +	Impactos -	ODS	"People"	"Planet"	"Profit"
Gestión de la Energía	A	GRI 1	1	0	1	7, 11, 13		7,13	11
Gestión de las aguas residuales	A	GRI 2	1	0	1	6		6	
Emisiones	A	GRI 3	1	0	1	7, 11, 13		7,13	11
Gestión de Residuos	A	GRI 4	1	0	1	12, 13		12,13	
Gestión laboral	S	GRI 5 al 7	3	2	1	5, 8, 10	5, 10		8
Seguridad de Contratistas	S	GRI 8	1	0	1	8			8
Salud y Seguridad del Personal	S	GRI 9	1	1	0	3, 8, 10	3, 10		8
Bienestar y desarrollo comunitario	S	GRI 11 al 15	6	3	3	3, 4, 8, 10, 17	3, 4, 10		8, 17
Seguridad y Experiencia del Paciente	S	GRI 16 al 20	5	3	2	3	3		
Seguridad de la Información	S	GRI 21	1	1	0	3	3		
Cambio Climático	G	GRI 22	1	0	1	11, 13		13	11
Cadena de valor	G	GRI 23	1	0	1	11,12, 13		12,13	11
Gobernanza y ética	G	GRI 24	1	1	0	16			16
Totales				11	12				

- Al ser este el primer informe de sostenibilidad bajo los estándares GRI en la modalidad de referencia, no se muestran cambios en la lista de temas materiales. A partir del informe del 2024, se estará generando una lista que permita verificar la trazabilidad y posibles incorporaciones de nuevos temas materiales, o bien, la eliminación de algunos que quizá ya para ese nuevo año, ya no sean materiales. A continuación, se muestra el desarrollo de los 13 temas materiales que han sido identificados, integrándoles 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.



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

Compromisos de Gestión (2024-2030)

# Impacto	Descripción	Tema material	Real o potencial	Relacionado con derechos humanos	Positivo o negativo	Relación con impactos negativos por HCB o en cadena de valor	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
GRI 1	Disminución de 139 868 kWh en el consumo de combustibles fósiles por uso de fuentes renovables (paneles solares y paneles fotovoltaicos durante el 2023)	Gestión de la Energía	Potencial		Negativo	HCB	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 aire acondicionado en el edificio en sede central.	Comunidad del Hospital	Consumo	Ocasional	Mitigación	Ambiental
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 dicha descarga.	Gestión de las aguas residuales	Real		Negativo	HCB	Implementación de la planta de tratamiento de aguas residuales en sede central.	Comunidad del Hospital	Desecho	Ocasional	Remediación	Ambiental
GRI 3	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 1371.94 toneladas de CO ₂ eq.. Cabe destacar que el factor de emisión de la electricidad que se ha utilizado para este cálculo, aun considera el factor del año anterior, ya que a la fecha de publicación del presente informe aun no se encontraba publicado el del 2023. Lo anterior se actualizará en el momento que sea publicado dicho factor.	Emisiones	Potencial		Negativo	HCB	Implementación del plan de descarbonización con un primer horizonte al año 2030.	Comunidad del Hospital	Consumo	Ocasional	Remediación	Ambiental
GRI 4	Generación de 417.6 toneladas de residuos al año de las cuales un 93% van a relleno sanitario. 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.	Gestión de Residuos	Potencial		Negativo	Cadena de valor	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 fabricantes	Producción	Está directamente vinculado con impactos	Mitigación	Ambiental
GRI 5	La organización ha brindado a su personal capacitaciones relacionadas con temas de derechos humanos, solo resta terminar de estructurar estas capacitaciones al personal de Seguridad y de atención al Cliente.	Gestión laboral	Real	x	Positivo	NA	NA	Pacientes y colaboradores	Consumo	Ocasional	NA	Social externo
GRI 6	El 51% de los colaboradores corresponde a personal femenino en puestos de liderazgo.	Gestión laboral	Real	x	Positivo	NA	NA	Colaboradores	Consumo	Ocasional	NA	Social interno
GRI 7	La tasa de rotación para el 2023 fue de un 12.6% para 138 colaboradores.	Gestión laboral	Real	x	Negativo	HCB	Acciones que se estarán analizando en conjunto con áreas críticas en el Hospital, con el apoyo de las Jefaturas.	Colaboradores	Consumo	Ocasional	Remediación	Social interno
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	Implementación de mecanismos para dar trazabilidad a las medidas de seguridad ocupacional de contratistas.	Otros contratistas Críticos	Consumo	Contribuye a ocasionar	Remediación	Social externo
GRI 9	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.	Salud y seguridad del Personal	Real	x	Positivo	NA	NA	Colaboradores	Consumo	Ocasional	NA	Social interno
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 Costa Rica. 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	NA	Comunidad del Hospital	Consumo	Ocasional	NA	Social externo
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	Implementación de una herramienta de trazabilidad para reducir este impacto asociado.	Comunidad del Hospital	Consumo	Contribuye a ocasionar	Remediación	Social externo

# Impacto	Descripción	Tema material	Real o potencial	Relacionado con derechos humanos	Positivo o negativo	Relación con impactos negativos por HCB o en cadena de valor	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
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	Control de notas cuatrimestrales y contrato de becas.	Comunidad del Hospital	Consumo	Contribuye a ocasionar	Remediación	Social externo
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	Implementación de nuevas herramientas para acompañar las necesidades de la Comunidad de manera más estructurada.	Comunidad del Hospital	Consumo	Ocasional	Remediación	Social externo
GRI 14	Programa de Cirugías Solidarias dirigido a personas que viven en condición de vulnerabilidad, incluyendo los estudios pre operatorios y de hospitalización requerida en cada caso, facilitando más de 130 cirugías al año y 150 días de internamiento y 175 estudios radiológicos.	Bienestar y desarrollo comunitario	Real	x	Positivo	NA	NA	Comunidad del Hospital	Consumo	Ocasional	NA	Social externo
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	Real	x	Positivo	NA	NA	Comunidad del Hospital	Consumo	Ocasional	NA	Social externo
GRI 16	Implementación de sistema de control de robo de bebés que garantiza el resguardo y la seguridad del paciente.	Seguridad y Experiencia del Paciente	Real	x	Positivo	NA	NA	Pacientes	Consumo	Ocasional	NA	Social externo
GRI 17	Mejoras en las herramientas de monitoreo y supervisión relacionadas 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	NA	Pacientes y colaboradores	Consumo	Ocasional	NA	Social externo
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	Implementación del nuevo sistema de expediente electrónico (Intersystems)	Colaboradores	Consumo	Ocasional	Remediación	Social interno
GRI 19	Impacto positivo a nuestros Pacientes a través del programa PRGA 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	NA	Pacientes	Consumo	Contribuye a ocasionar	NA	Social externo
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. El impacto actual ubica este indicador en un valor de 79.4.	Seguridad y Experiencia del Paciente	Real	x	Negativo	HCB	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	Ocasional	Remediación	Social externo
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	NA	Pacientes y proveedores de TI	Consumo	Está directamente vinculado con impactos	NA	Social externo
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	Implementación de herramienta y análisis de riesgos ante el cambio climático.	Junta Directiva y Administración	Consumo	Ocasional	Remediación	Economía
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	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 Pacientes	Producción y distribución	Está directamente vinculado con impactos	Mitigación	Económico
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	NA	Junta Directiva y Administración	Consumo	Ocasional	NA	Economía

3.2

Temas materiales y compromisos de gestión GRI 3-3

AMBIENTAL

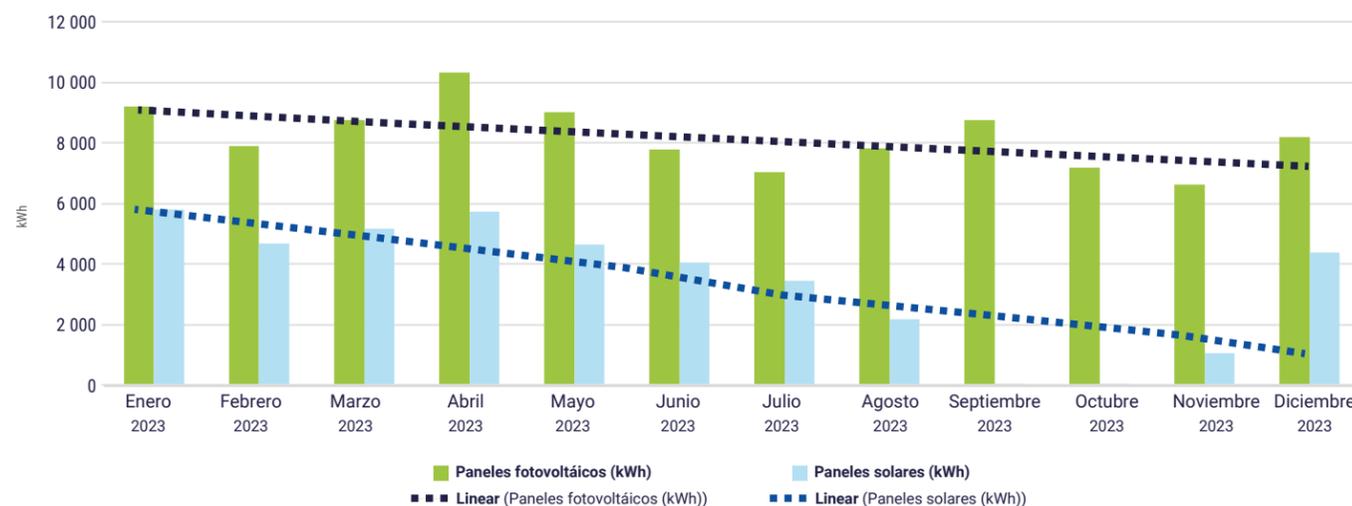
Tema material: Gestión de la Energía (impacto GRI 1)

302-1 Consumo de energía dentro de la organización



302-1: Energías renovables

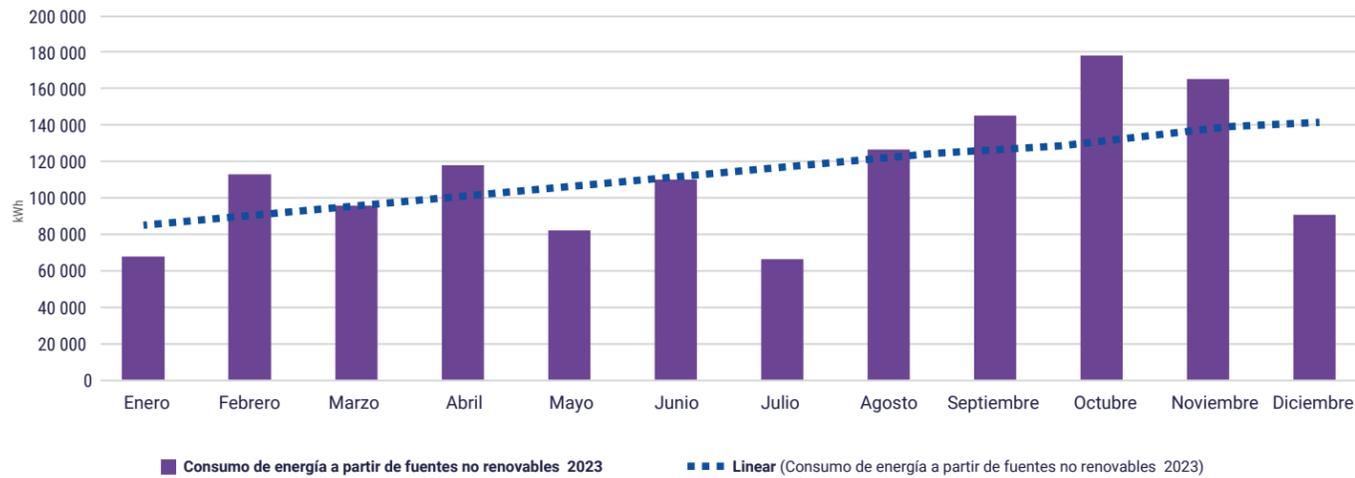
Contenido temático	Tipo	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-b)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh
302-1, 302-2	Paneles solares	41 215,0	-	41 215,0
302-1, 302-2	Paneles fotovoltaicos	98 653,0	-	98 653,0
302-1, 302-2	Total energías renovables	139 868,0	0,0	139 868,0





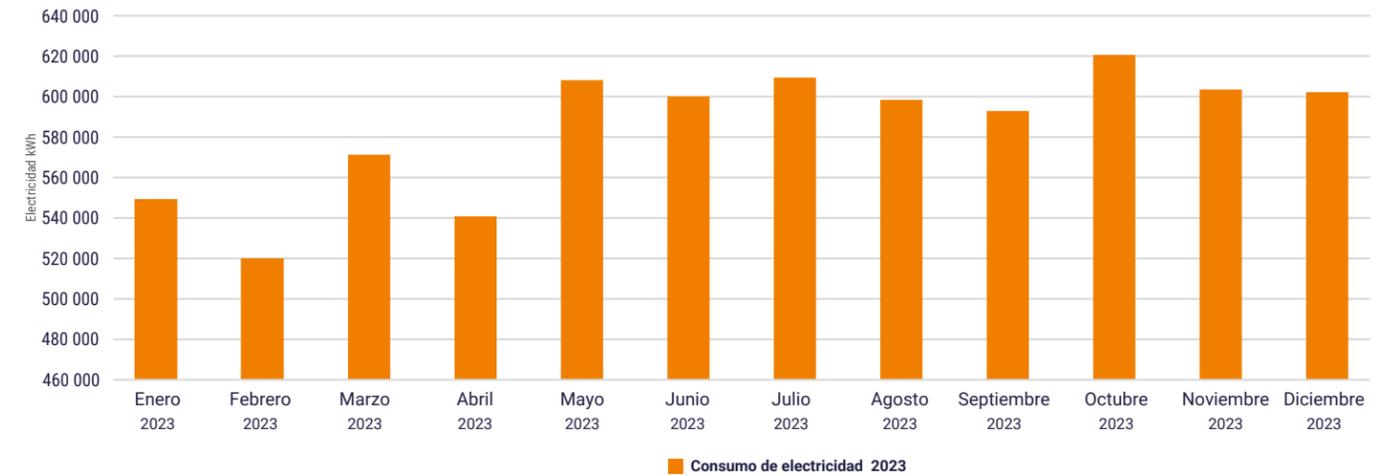
302-1: Energías no renovables

Contenido temático	Tipo	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-a)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh
302-1, 302-2	GLP	1 238 559,9	-	1 238 559,9
302-1, 302-2	Diésel	115 739,8	-	115 739,8
302-1, 302-2	Gasolina	5 706,8	-	5 706,8
302-1, 302-2	Total energías no renovables	1 360 006,5	0,0	1 360 006,5



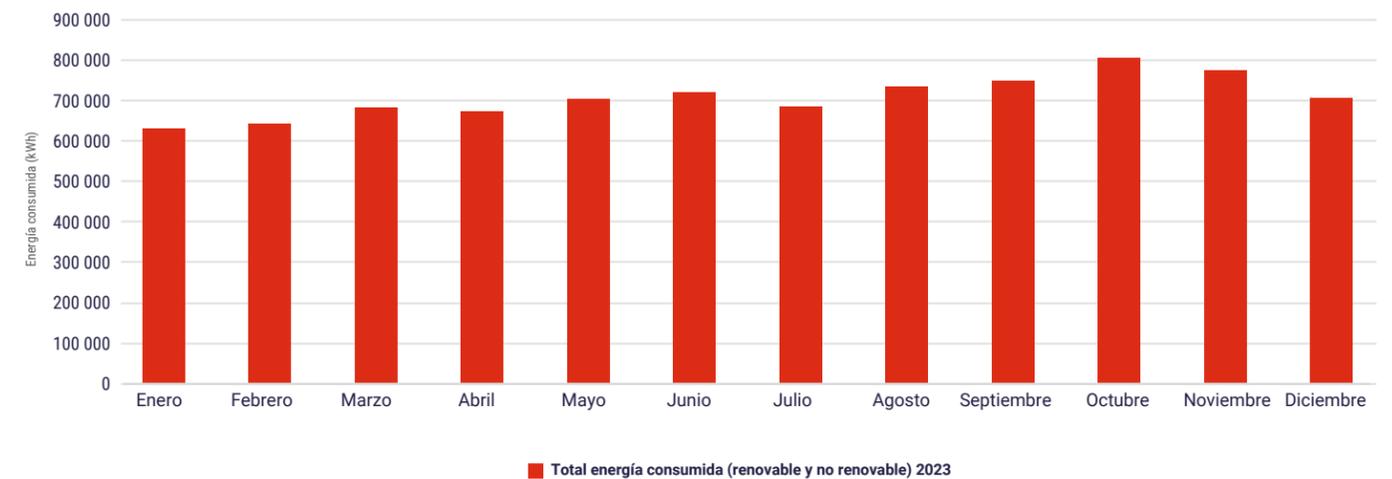
302-1: Electricidad

Contenido temático	Electricidad	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-c-i)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh
302-1: a,c	Consumo electricidad HCB	5 167 513,0	-	5 167 513,0
302-1: a,c	Consumo electricidad Omega	826 599,0	-	826 599,0
302-1: a,c	Consumo electricidad Parqueo Este	5 616,0	-	5 616,0
302-1: a,c	Consumo electricidad Acción Social	22 478,0	-	22 478,0
302-1: a,c	Consumo electricidad Santa Ana	996 160,0	-	996 160,0
302-1: a,c	Consumo total de electricidad dentro de la organización	7 018 366,0	-	7 018 366,0



302-1: Energía total

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
302-1: a,c	Energía consumida (combustibles fósiles, eléctrica y solar)	8 518 240,5	-	8 518 240,5

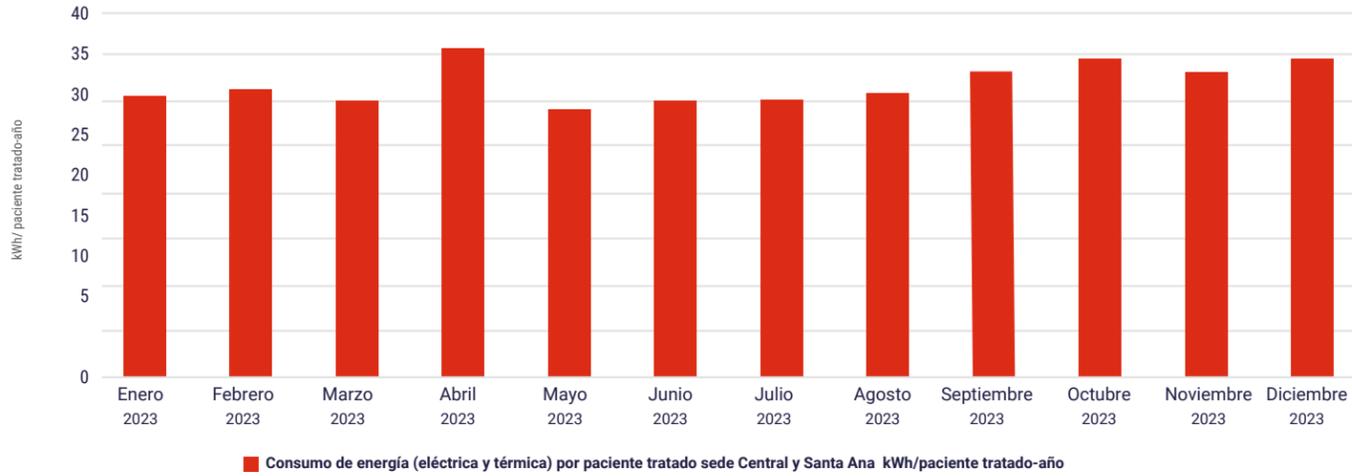


302-3 Intensidad energética



302-3: Intensidad energética

Contenido temático	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
302-3	Indicadores energéticos en función de producción y área	31,79



302-4 Reducción del consumo energético

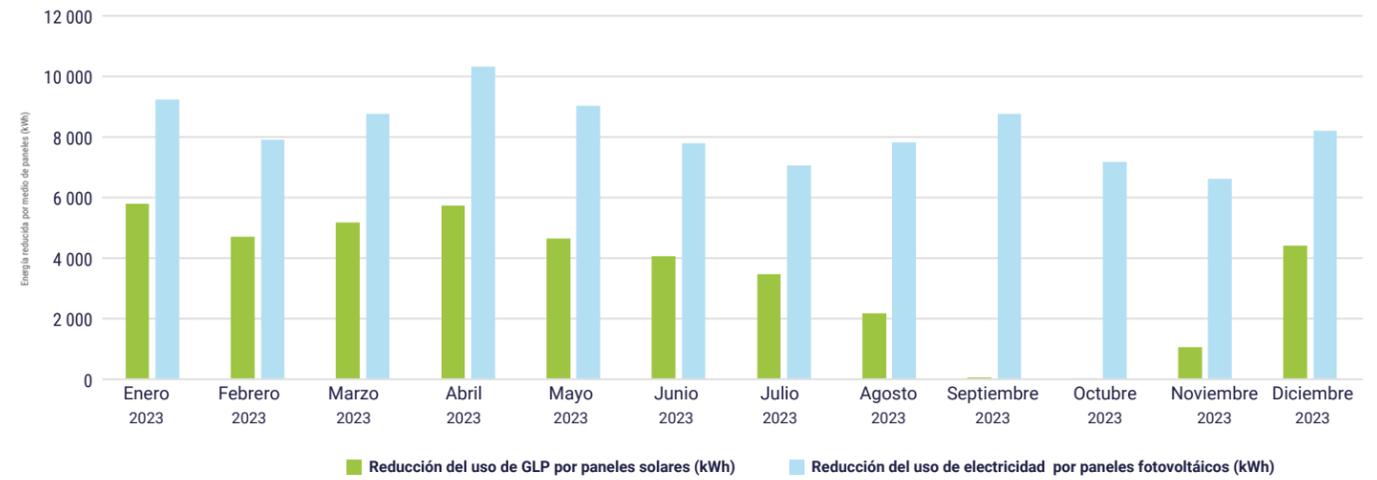
En los siguientes cuadros se muestra la información correspondiente con el consumo total de combustibles procedentes de fuentes no renovables y renovables dentro de la organización, en julios o múltiplos, incluidos los tipos de combustible utilizados. Se han usado factores de conversión de litros a MJ 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. Durante 2023, el Hospital

ha contado con 228 paneles fotovoltaicos y 24 paneles solares los cuales permitieron una reducción en el consumo de energía eléctrica y de gas LP de 139 868 kWh. Así mismo, como parte de las mejoras en infraestructura, los proyectos que requieren cambios de luminaria son reemplazados a LED. A nivel de reducción de emisiones por uso de energía, en 2023 dichas reducciones ocurrieron por el uso de paneles solares y fotovoltaicos (reducción en el consumo de energías térmica por gas LP y eléctrica, como se describió anteriormente). La energía capturada, es registrada por parte de lecturas mensuales que realiza el área de Gestión de Instalaciones y Ambiente para obtener la cantidad de kWh, a través del uso de medidores debidamente calibrados.



302-4: Reducción del consumo energético

Contenido temático	Categoría	Tipo de energía incluida en reducción (302-4-b)	Reducción lograda kWh (302-4-a)
302-4:a,b	Combustibles fósiles	Reducción de consumo energético (LPG)	41 215,0
302-4:a,b	Electricidad	Reducción (electricidad)	98 653,0
302-4:a,b	Energía total	Total reducción	139 868,0



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 la descarga de las aguas residuales ocurre en el alcantarillado sanitario, se han desarrollado 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. Estas acciones incluyen por ejemplo el análisis de fichas técnicas o de seguridad para identificar posibles componentes peligrosos que puedan afectar la calidad del efluente antes de ser adquiridos, recu-

peración 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. En la Sucursal Santa Ana sí se dispone de una planta de tratamiento de aguas residuales. En los compromisos de gestión se muestra un plan de mejora asociado al parámetro de coliformes fecales en sede central, a través de una planta de tratamiento modular, que, a pesar de no ser obligatoria en términos de la legislación vigente, se ha 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.
- De igual forma, no se han considerado estándares específicos del sector.

Tema material: Emisiones (impacto GRI 3)

305-1 Emisiones directas de GEI (alcance 1)



305-1: Emisiones directas de GEI

Contenido temático	Fuente de emisión	Gases considerados	Sede	ton CO ₂ e
305-1	Compostaje	CH ₄ , N ₂ O	Sede Central	0,09
305-1	Combustión de diésel en el Hospital	CO ₂ , CH ₄ , N ₂ O	Incluye ambas sedes	18,35
305-1	Combustión de GLP en el Hospital	CO ₂ , CH ₄ , N ₂ O	Sede Central	283,09
305-1	Uso en Cirugía de CO ₂	CO ₂	Incluye ambas sedes	1,03
305-1	Uso en Cirugía de N ₂ O	N ₂ O	Sede Central	69,75
305-1	Recarga de extintores de CO ₂	CO ₂	Sede Central	0,47
305-1	Combustión de diésel vehículo Móvil Lazos	CO ₂ , CH ₄ , N ₂ O	Sede Central	2,18
305-1	Combustión de diésel alimentado en el Hospital para Buseta Azul, Buseta Mercedes Benz, Vehículos Hospital Móvil	CO ₂ , CH ₄ , N ₂ O	Sede Central	8,71
305-1	Combustión de gasolina vehículo laboratorio (DPJ-107) y mantenimiento (335026)	CO ₂ , CH ₄ , N ₂ O	Sede Central	1,46
305-1	Combustión gasolina cuadraciclo	CO ₂ , CH ₄ , N ₂ O	Sede Central	0,03
305-1	Combustión gasolina barredora Karcher	CO ₂ , CH ₄ , N ₂ O	Sede Central	0,03
305-1	Uso de refrigerantes para aires acondicionados: R134a	HFC	Sede Central	0,00
305-1	Uso de refrigerantes para aires acondicionados: R-22 Freón 22	HCFC	Sede Central	0,00
305-1	Uso de refrigerantes para aires acondicionados: R 404a	HFC	Sede Central	35,49
305-1	Uso de refrigerantes para aires acondicionados: R 410a	HFC	Sede Central	19,56
305-1	Uso en Cirugía de Sevorane (Sevoflurane)	HFE	Sede Central	33,41
305-1	Uso en Cirugía de Suprane (Desflurano)	HFE	Sede Central	89,06
305-1	Tratamiento de aguas residuales	CH ₄ , N ₂ O	Sede Santa Ana	11,71
305-1	Emisiones directas de GEI	-	Ya excluye el 3% según Programa País para la Carbono Neutralidad	574,42
305-1	Emisiones biogénicas antropogénicas	CO ₂	Emisiones de CO ₂ por tratamiento de aguas residuales y compostaje	6,14



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



305-2: Emisiones indirectas de GEI asociadas con la energía

Contenido temático	Fuente de emisión	Gases considerados	Sede	TON CO ₂ e
305-2	Consumo de electricidad importada	CO ₂	Sede Central y Santa Ana	374,78

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



305-3: Otras emisiones indirectas de GEI

Contenido temático	Fuente de emisión	Gases considerados	Sede	TON CO ₂ e
305-3	Disposición final de residuos sólidos	CH ₄	Sede Central y Santa Ana	416,36

305-4 Intensidad de las emisiones de GEI



305-4: Intensidad de las emisiones

Contenido temático		TON CO ₂ eq./cama ocupada	TON CO ₂ eq./consulta médica	TON CO ₂ eq./cirugía realizada
305-4	Indicadores de emisiones de GEI	4,21	0,01	0,23

305-5 Reducción de las emisiones de GEI



305-5: Reducción de las emisiones

Contenido temático	Categoría	Reducción	Categoría	Emisiones reducidas TON CO ₂ eq.
305-5	Reducción	Uso de gases de anestesia	Directas	46,50
305-5	Reducción	Reducción derivada de la compensación	Directas e indirectas por energía importada	La compensación se realiza en los meses de julio o agosto, con miras a la verificación final en noviembre del 2024
305-5	Reducción	Paneles solares	Directa	9,33
305-5	Reducción	Paneles fotovoltaicos	Indirecta por energía importada	5,27
305-5	Reducción	Total reducción	-	61,10

Notas:

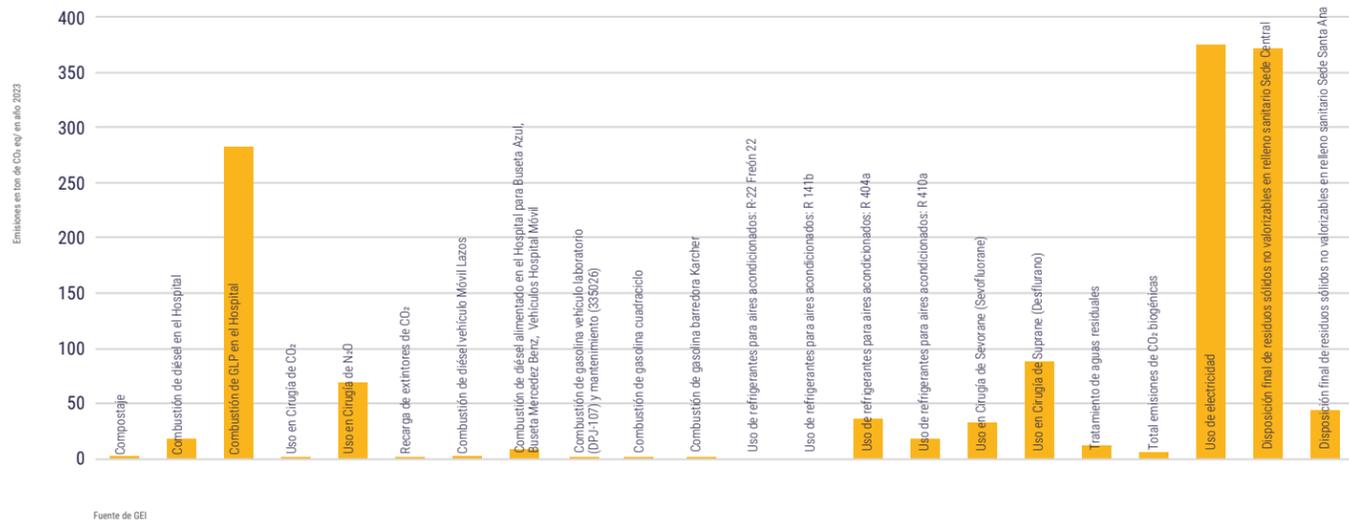
- Los datos de residuos recuperados para reciclaje, así como los medicamentos vencidos, corresponden a estimaciones, ya que el Hospital brinda soporte a los EBAIS administrados por ASEMECQ, por lo que la gestión de estos residuos se realiza de manera integrada.
- De igual forma, los factores de emisión que se han utilizado corresponden a los publicados en 2023. Una vez sean actualizados en julio del 2024, se realizarán los ajustes finales. Lo anterior incluye también el uso de potenciales de calentamiento vigentes de acuerdo al Programa País para la Carbono Neutralidad, cuya actualización final ocurre, de igual forma, en julio del 2024.

A lo largo de 13 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 1064:1-2019 e INTE/ISO 14064:3-2019 y el protocolo GHG. En los cuadros anteriores se muestra el desglose de nuestras emisiones para el año 2023. 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, en 2023 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 los diferentes cuadros se muestran los gases de efecto invernadero considerados, así como las reducciones obtenidas en 2023.

La reducción de huella de carbono por uso de gases de anestesia en salas de cirugía pasó de 40.4 a 32.4 kg de CO₂ eq. entre los años 2022 y 2023. En el siguiente enlace se puede visualizar el estudio de caso que fue compartido a nivel global por parte del Hospital, en la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables y también por la campaña Race to Zero de las Naciones Unidas: https://healthcareclimateaction.org/CLI_HospitalClinicaBiblica





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

A la fecha, 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 el apartado de compromisos de gestión, se muestra uno muy importante relacionado con metas de reducción a través de programas de Economía Circular, proyectado en una primera etapa del 2024 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.

Algunas acciones desarrolladas en 2023 para prevenir la generación de residuos son las siguientes: capacitación a nivel organizacional, proveedores, vecinos de la comunidad, separación de residuos para su debido manejo.

En el siguiente cuadro se muestran los datos de residuos recuperados para reciclaje, así como los medicamentos vencidos para los cuales se realizaron estimaciones para segregar lo que corresponde al Hospital y lo que se ha generado en los EBAIS administrados por ASEMECO, lo anterior en función del alcance del presente reporte, lo anterior ya que la gestión de estos residuos se realiza de manera integrada. En este mismo cuadro se muestran los detalles de residuos que se han logrado recuperar para su aprovechamiento en 2023. Como retos, el Hospital proyecta actividades para fortalecer la trazabilidad con respecto a la cantidad de residuos generados por instalación (incluyendo los EBAIS), así como mejorar las tasas de recuperación de materiales. A través del programa de reciclaje comunitario, se han recuperado 18,12 ton de residuos reciclables.

La gestión de residuos considera una serie de inspecciones a los gestores contratados, además de solicitud de permisos

de funcionamiento y de gestión debidamente vigentes como parte de los requerimientos del Ministerio de Salud de Costa Rica, lo que incluye, además, la entrega por parte de estos proveedores de certificados de recolección. En el caso de los residuos no destinados a eliminación, se les valoriza por medio de distintos procesos de transformación (reciclaje, uso como combustible alternativo, 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 (cuadros adjuntos). A nivel interno y por parte de los gestores, se documentan los kg de residuos generados según clasificación. A nivel organizacional, se cuenta con una guía técnica para la separación de residuos, la cual se muestra a continuación.

Guía para la Gestión de Desechos y Residuos

Categoría	Tipo	Embalaje	Color	Tratamiento	Observaciones
Común	Compostable Común	Compostador Bolsa + basurero	Negro Negro	Compostaje Disposición en relleno sanitario	En esta categoría se incluye el uso de recipientes rígidos negros para embalaje de frascos de vidrio no quebrados.
Reciclaje	Aluminio Cartón Cartoncillo Papel Periódico Plástico Tetrabrick Vidrio Chatarra	Bolsa + basurero Apilado Bolsa + basurero Bolsa + basurero Bolsa + basurero Bolsa + basurero Bolsa + basurero Bolsa + basurero Recipiente rígido o similar Carreta	Azul Azul Azul Azul Azul Azul Azul Azul Azul	Reciclaje Reciclaje Reciclaje Reciclaje Reciclaje Reciclaje Reciclaje Reciclaje Reciclaje	Se dispone de un Centro de Reciclaje Comunitario en ambas sedes
Peligrosos	Patológicos Punzocortantes Bioinfecciosos Residuos de citotóxicos Electrónicos (baterías) Fluorescentes Medicamentos vencidos Químicos en Patología	Bolsa + recipiente Recipiente rígido rojo Bolsa + basurero Bolsa + basurero y/o recipiente rígido Cajas de cartón o similar Cajas de cartón o similar Bolsa + caja cerrada Recipientes rígidos	Rojo Rojo Rojo Amarillo Amarillo Amarillo Amarillo Amarillo	Cremación Rotoclave Rotoclave Coprocesamiento en horno Tratamiento de residuos electrónicos Tratamiento de mercurio Coprocesamiento en horno Coprocesamiento en horno	



306-3 Residuos generados



306-3: Residuos por composición

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)
306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Desechos comunes(HCB - Santa Ana - Omega y Plantel de Servicios)	181,56	0,00	181,56
306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Desechos remodelaciones HCB	83,94	0,00	83,94
306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Reciclables (HCB + Omega) 1	-	21,10	21,10
306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Peligrosos (coprocesables, electrónicos, pilas, fluorescentes y transformación aceite de cocina)	0,00	6,42	6,42
306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Bioinfecciosos (HCB - Omega - Santa Ana), incluye anatomopatológicos	124,06	0,00	124,06
306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Orgánicos	-	0,59	0,59
306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Residuos totales	389,56	28,11	417,68
306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Reciclables (comunidad)	-	18,12	18,12

306-4 Residuos no destinados a eliminación

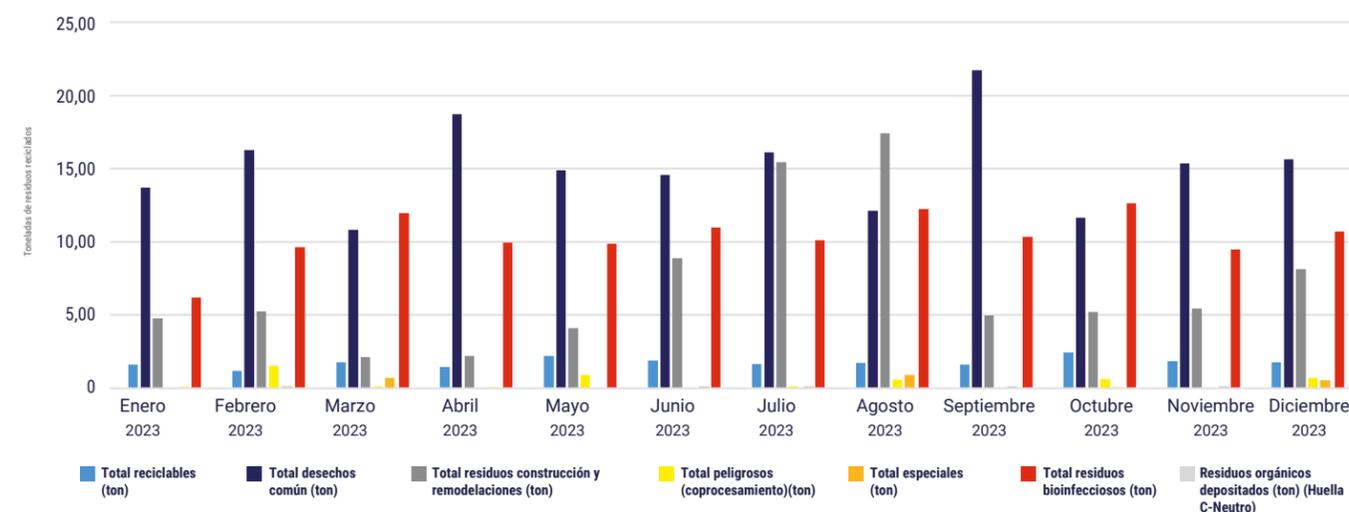


306-4: Residuos no destinados a eliminación por operación de valorización

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-b-i,ii,iii)
306-4: d	Preparación para la reutilización	0	0,00	0,00
306-4: d	Tratamiento (electrónicos, pilas, fluorescentes)	0	2,11	2,11
306-4: d	Otras opciones de valorización (coprocesamiento)	0	4,31	4,31
306-4: d	Total	0	0	0,00

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)
306-4: d:i-ii,c: i-iii	Preparación para la reutilización	0,00	0,00	0,00
306-4: d:i-ii,c: i-iii	Reciclaje	0,00	21,10	0,00
306-4: d:i-ii,c: i-iii	Otras opciones de valorización (compostaje)	0,59	0,00	0,00
306-4: d:i-ii,c: i-iii	Total	0,59	21,10	0,00
306-4: d:i-ii,c: i-iii	Reciclables (comunidad)	-	18,12	18,12

306-3 Cantidad de residuos por composición



306-5 Residuos destinados a eliminación



306-5: Residuos destinados a eliminación por operación de eliminación

Contenido temático	Residuos peligrosos	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)
306-5: d: i-iv	Incineración (con recuperación energética)	0,00	0,00	0,00
306-5: d: i-iv	Incineración (sin recuperación energética)	0,00	0,00	0,00
306-5: d: i-iv	Traslado a un vertedero	0,00	0,00	0,00
306-5: d: i-iv	Otras opciones de eliminación	0,00	0,00	0,00
306-5: d: i-iv	Total	0,00	0,00	0,00

Contenido temático	Residuos peligrosos	En las instalaciones ton (306-5-d-i)	Fuera de las instalaciones ton (306-5-d-ii)	Total ton (306-5-b-i,ii,iii,iv)
306-5-d:ii, b: i-iv	Incineración (con recuperación energética)	0,00	0,00	0,00
306-5-d:ii, b: i-iv	Incineración (sin recuperación energética)	0,00	0,00	0,00
306-5-d:ii, b: i-iv	Traslado a un vertedero	0,00	0,00	0,00
306-5-d:ii, b: i-iv	Otras opciones de eliminación (comunes + construcción y remodelaciones + bioinfeccioso tratado, todos en relleno sanitario)	0,00	389,56	389,56
306-5-d:ii, b: i-iv	Total	0,00	389,56	389,56

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 los meses de julio y setiembre se realizaron dos actividades muy importantes de proyección comunitaria, la primera fue la tradicional siembra de árboles, en la cual se sembraron 160 árboles de diferentes especies como aguacatillo, Robles, Güitite, Cedros, Sota Caballo, lo anterior en la zona de Mata de Plátano, Goicochea, participando a más de 45 Colaboradores del Hospital y sus familiares. La segunda actividad tuvo lugar en el mes de setiembre, con la limpieza de un río en esta misma zona, actividad en la cual se recolectaron 6 bolsas de jardín con diferentes tipos de residuos, algunos de los cuales se enviaron a un proceso posterior de valorización. Los materiales recolectados fueron aluminio, plástico, tetrabrick, trozos de metales, tuberías de PVC, textiles y una llanta. En la jornada de limpieza participaron 21 colaboradores del Hospital.

Los procesos de divulgación a nivel ambiental incluyeron en 2023, la representación del Hospital por parte del Sr. Andrés Alvarado, Gerente de Ambiente y Calidad del Hospital Clínica Bíblica, en la V Conferencia Latinoamericana de la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables, que se celebró en la ciudad de Bogotá, Colombia en el mes de julio y también en el primer Encuentro Global para la Acción Climática en Salud, el cual se celebró los días 22 y 23 de mayo del 2023 en Pittsburgh, Pennsylvania, Estados Unidos, organizado por la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables, Practice Greenhealth y Race To Zero de las Naciones Unidas. Lo anterior permite no solo compartir experiencias, sino también aprender de las buenas prácticas que se realizan en otros Hospitales. Para obtener más información relacionada con temas a nivel ambiental, se puede acceder a la siguiente dirección: <https://www.clinicabiblica.com/es/acreditaciones>

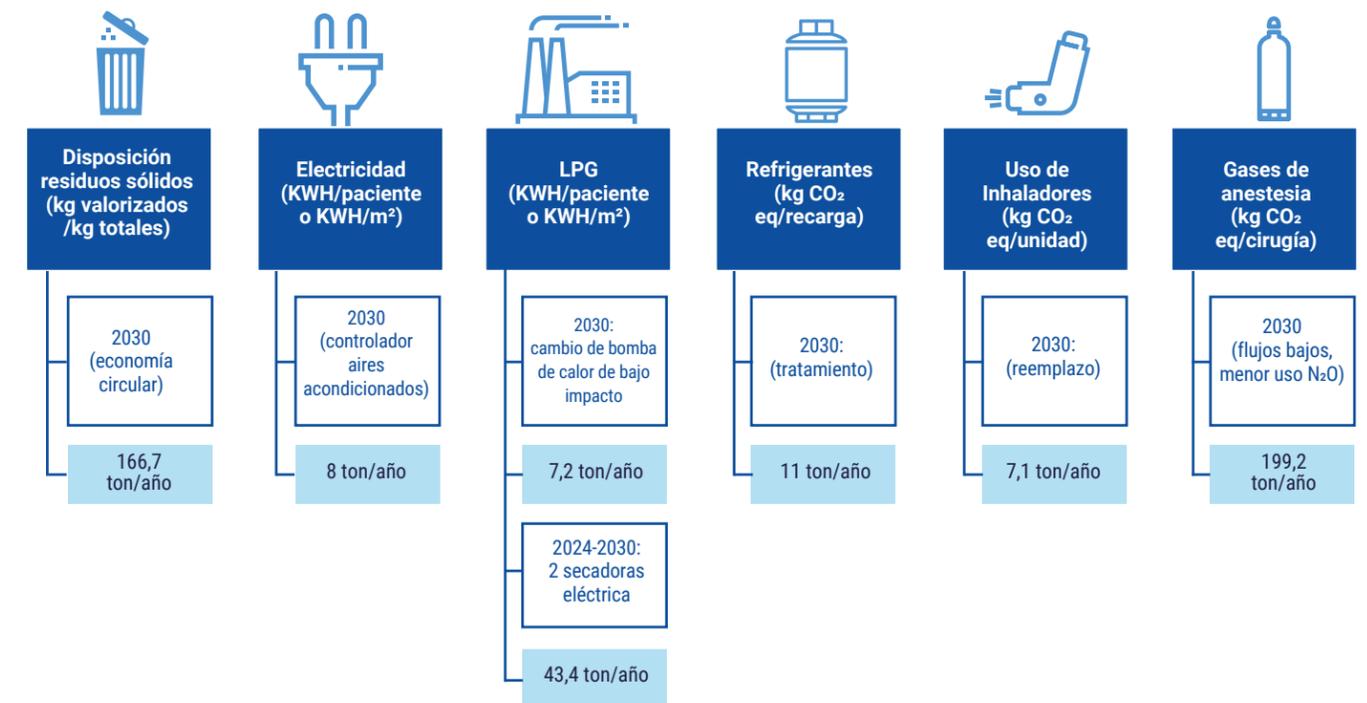


Plan de descarbonización al 2030

En 2023 la Gerencia de Calidad y Ambiente elaboró un primer plan de descarbonización, cuyo desarrollo contó con la participación de varios líderes del Comité de Carbono Neutralidad. El objetivo fue definir posibles acciones de reducción de gran impacto a realizar entre los años 2024 y 2030. En la siguiente figura se muestra el resumen de acciones relacionadas con este plan con una primera etapa proyectada para el año 2030. Como parte de la Campaña de Naciones Unidas denominada la "Carrera hacia el Cero", en la cual el Hospital se ha matriculado, el objetivo es ir definiendo posteriormente, una hoja de ruta con miras a emisiones netas

0 para el año 2050. En la siguiente figura se puede observar esta primera hoja de ruta, la cual considera no solo emisiones de alcance 1 (directas, sino también emisiones de alcance 2 y 3, éstas últimas de gran relevancia para la descarbonización de la cadena de valor del Hospital). A su vez, se ha diseñado un plan de inventario ampliado con el fin de ir analizando antes del año 2025, la incorporación de otras emisiones indirectas significativas relacionadas con las emisiones por el tratamiento de residuos especiales, así como las relacionadas con el uso de inhaladores por parte de los pacientes y también las emisiones por el transporte de empleados y profesionales de la salud, lo cual se encuentra en análisis como parte de estos esfuerzos.

Descarbonización (26%/año en 2030 - 442 ton CO₂ eq/año)



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

En el siguiente cuadro se muestran en detalle los compromisos de gestión que el Hospital está asumiendo en la dimensión Ambiental, tomando como referencia el plan de compromisos del año 2024 al año 2030. Lo anterior con base en los requerimientos de GRI 3-3.

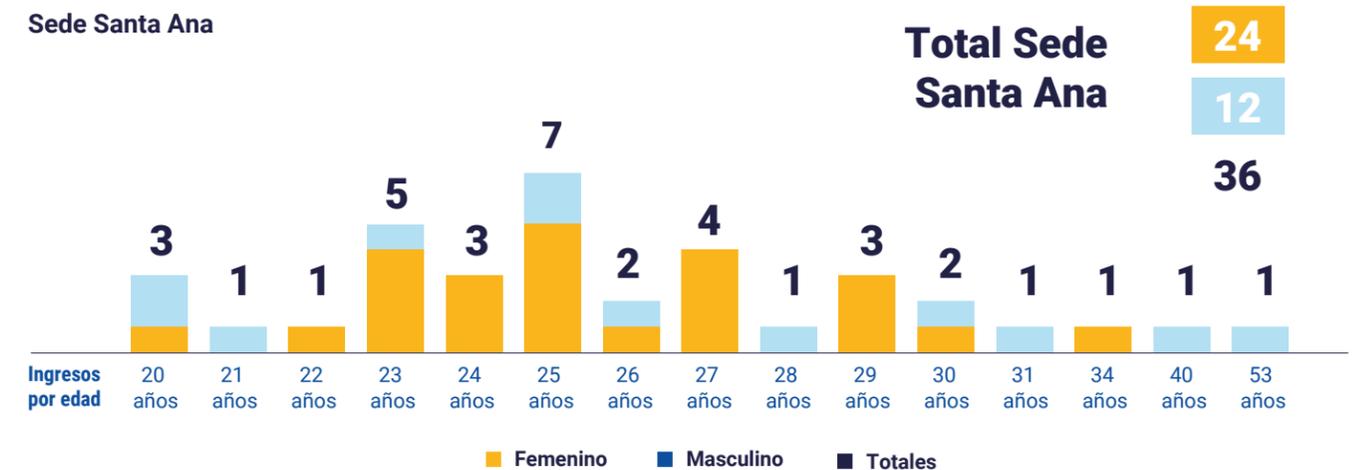
Dimensión	Impacto	Tema material	Objetivo	Meta	Indicador	Fecha para meta	Responsable primario	Actividades y proceso de seguimiento	Políticas o compromisos en tema material / Procedimientos de gestión donde incorporar acciones	Como influye la participación de grupos de interés en medidas adoptadas y como se usa su realimentación para mejora
AMBIENTAL	GRI-1	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 4 435 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 5 600 KWH/año. d. Ahorro estimado del 10% sobre el 30% que supone el uso del aire acondicionado en sede central (180 000 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	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.
	GRI-2	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 valores que no superen 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 por parte del desarrollo de la PTAR.	Dic/26	Gerencia de Calidad y Ambiente / Mantenimiento	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.
	GRI-3	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).	Dic/30	Gerencia de Calidad y Ambiente / Mantenimiento	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.
	GRI-4	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 93% a un 60% para el 2030 (aproximadamente 150 toneladas/año).	kg residuos valorizados /total de residuos.	Dic/30	Gerencia de Calidad y Ambiente / diferentes áreas operativas	Reportes mensuales de la generación de residuos en el Hospital.	Política ambiental / PR.GIA-002/ IT.GIA-023.	Reuniones periódicas con los proveedores y otros grupos de interés relacionados con estas actividades.



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 periodo objeto del informe, por grupo de edad, género y región, cuyos datos fueron determinados a través del sistema de planilla vigente en 2023.



Sede Central

**Total general
Sede Central**

107

61

168

**Total
Heredia**

2

1

3

1 1 1

Ingresos
por edad

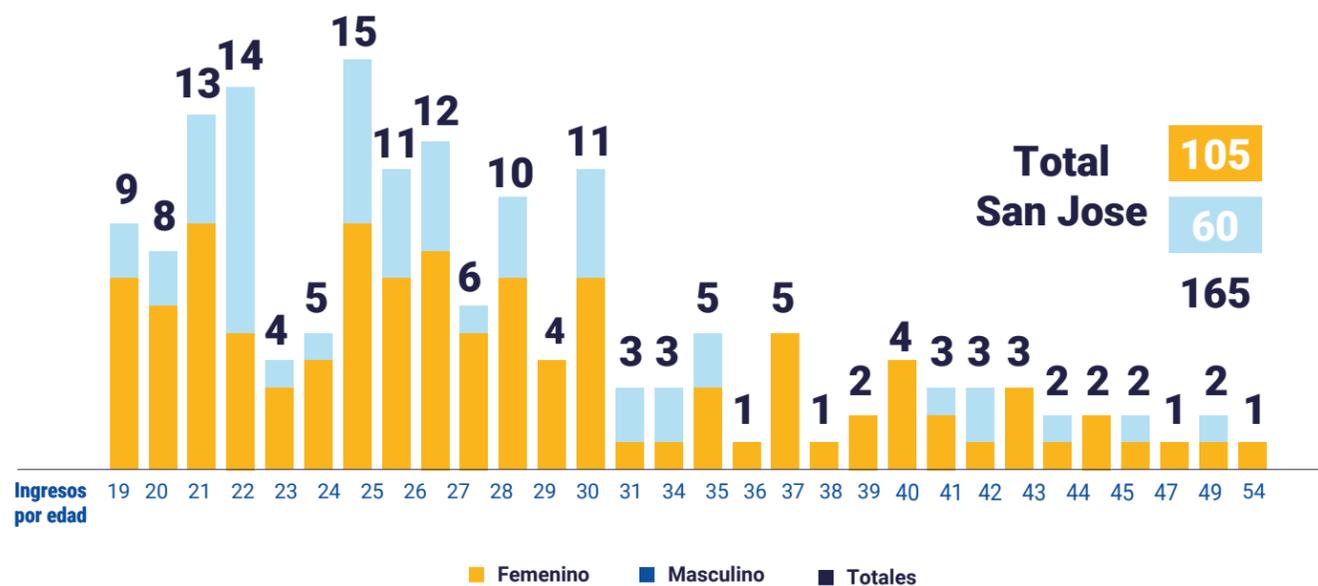
26 28 51

**Total
San Jose**

105

60

165



En el siguiente desglose, se muestra la cantidad total y la tasa de rotación de personal durante el periodo objeto del informe,

por grupo de edad, género y región, con un valor del 12.6% para un total de 138 colaboradores.



Edad	CARTAGO		HEREDIA		SAN JOSE		Total
	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	
28				2	2	5	9
29			2		1	3	6
30			2	1	2	1	6
37			1		1		2
33			1		3	2	6
48					1		1
43					4	1	5
25			1	1	3	5	10
27	1	1	1		4	3	10
46					2		2
22			1		8		9
49					2	1	3
36			2		3	2	7
32	1				3	1	5
31					1	2	3
34					3	2	5
40					1	2	3
24				1	1	3	5
41					2		2
57						1	1
23				2	4	1	7
26			2		2	3	7
35					3	3	6
20					3		3
38			1			1	2
21			1		1	1	3
53					1		1
39				2	1		3
45				1			1
61				1			1
50					1		1
55					1		1
44					1		1
63						1	1
Total general	2	2	19	10	77	48	138

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, se puede observar que un 51% de dichos puestos están ocupados por mujeres.

Edad	Femenino	Masculino	Total	%
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 general	36	34	70	100%

Edad	Femenino	Masculino	Total	%
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	671	427	1098	100%

Fuente: Sistema de planillas

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

Si bien es cierto, el Hospital dispone de un Manual o Política de Ética bien establecido, como parte de este proceso de reportaría con la norma GRI, se decide ir integrando un proceso de capacitación más específico en relación con la temática de los derechos humanos. Es así como en el mes de noviembre del 2023, se realizaron 2 talleres donde participaron 59 líderes de la organización, no solo para conocer temas relacionados con estos aspectos, sino también para ir enlazando los criterios de los estándares GRI a nivel de toda la organización, incorporando, además, temas relacionados con el cambio climático.



En 2024 se estarán incorporando ambos temas en la capacitación de nuevo ingreso. A su vez, se estará iniciando de manera más estructurada la capacitación del personal de Seguridad y de áreas de atención al cliente o paciente con una cobertura del 50% de dicho personal antes del 2025.

Tema material: Seguridad de Contratistas (impactos GRI 8)

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

Para el caso de aquellos contratistas que vienen a realizar labores de mantenimiento la organización cuenta con un Formulario de Verificación de Actividad Segura, el cual fue diseñado y se empezó a aplicar en 2023 considerando varias normas y estándares nacionales e internacionales, como es el caso de las normas INTE (nacionales), NFPA y OSHA (internacionales), reglamento de construcciones, entre otros. Se aplica antes de realizar la labor en aquellos trabajos críticos que involucran a los contratistas (trabajos en caliente, en alturas, eléctricos y espacios confinados), es firmado por los supervisores de la obra de Mantenimiento, cuyo seguimiento depende de la duración del trabajo. En este proceso se revisan las condiciones de seguridad y salud bajo las cuales se está llevando a cabo la tarea, así como la solicitud de documentación que certifique que los trabajadores están capacitados para la obra que están realizando y que cuentan con los seguros correspondientes.

Adicional, cada obra lleva una implementación de riesgos que se coloca en un acrílico en el área de trabajo, en la misma se evalúa que tan críticos son los trabajos que se están desarrollando y el documento es llenado de forma interdisciplinaria considerando varias áreas como Infecciones



intrahospitalarias, Gestión de Instalaciones y Ambiente (GIA), Ingeniería y Mantenimiento y Seguridad. Además, cada área cuenta con un mapeo de riesgos el cual le permite al área encargada de traer a los contratistas, indicarle cuales son las medidas de prevención por aplicar con el fin de evitar la formación de un accidente laboral. Este documento es actualizado cada dos años, la última actualización se realizó en el 2022, y hasta la fecha se han llevado a cabo las acciones correctivas correspondientes:

- Todos estos documentos descritos en el apartado anterior se gestionan por personal calificado en sus diversas áreas, de acuerdo con un criterio técnico para definir los peligros que se pueden generar en la obra o áreas específicas.
- En el caso de las obras se cuenta con dos supervisores uno que pertenece a la parte de Ingeniería y Mantenimiento por parte del Hospital, y el otro externo y que forma parte de los contratistas, a estas dos partes se les notifican todos los peligros o situaciones de riesgo que se derivan de la actividad.

Con respecto a las políticas y procesos que deben de seguir los trabajadores que quieran retirarse de situaciones laborales que consideren que le pueden provocar lesiones, dolencias o enfermedades, como se mencionó en el apartado anterior las mismas pueden ser notificadas a los supervisores, en donde estos establecen las acciones correctivas y preventivas correspondientes. En el plan de compromisos de gestión según GRI 3-3, se explica más adelante un compromiso relacionado con requisitos adicionales que se estarán incorporando en este proceso. A su vez, se mantiene una constante inspección de las áreas de trabajo, así como las obras, las cuales en ocasiones son programadas o no. En caso de encontrar algún proveedor que este incumpliendo con las medidas de seguridad correspondiente se notifica tanto al supervisor del área como al que se encuentra a cargo de la obra esto con el fin de evitar que se genere un accidente. Si bien es cierto este abordaje se ha enfocado en los contratistas que realizan labores de Mantenimiento, en los compromisos de gestión se amplía el espectro de contratistas que se han considerado críticos en esta etapa de mejora, algunos de ellos quienes realizan labores propiamente en nuestras instalaciones y otros fuera de ellas. Se han identificado preliminarmente 80 contratistas en 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, con quienes se estará generando un compromiso de gestión que se muestra en el apartado GRI 3-3 para esta sección.

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

En el Hospital se realiza un curso de orientación al personal tercerizado el cual se rige bajo la norma Joint Commission International (JCI), este es explicado en el PR.TH-013 Procedimiento Curso de Orientación Personal Tercerizado, este se imparte en dos fechas al año, el que no asista a la primera convocatoria es citado para la siguiente fecha. Posteriormente se da una actualización anual al personal que ya haya asistido. El Gestor (a) de Capacitación y Desarrollo programa la agenda del curso, el cual tiene una duración de 2 horas y 30 minutos. Este ejercicio permite resolver dudas y consultas que tengan los contratistas con respecto a temas relacionados con la salud y seguridad en la empresa, calidad hospitalaria, servicio al cliente, entre otros. Se abarca 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 6 metas de Seguridad
- Código de ética
- Servicio al Cliente

En el Hospital existen Comisiones de Salud Ocupacional por emplazamiento (ANVECO y ASEMECO) que cumplen con la legislación vigente cuyo enfoque se orienta al análisis de los riesgos y la protección de los trabajadores ante posibles accidentes, esta comisión abarca tanto a la parte empleadora como la trabajadora y hay comisiones dependiendo del lugar o edificio que representan, generando un proceso participativo de los diferentes trabajadores. A su vez, existe un comité de Gestión de Seguridad de las instalaciones (GSI), el cual se rige bajo la norma de Joint Commission International, cuya conformación interdisciplinaria permite realizar ejercicios muy importantes que complementan las medidas de seguridad. Esta Comisión se reúne de forma presencial cada dos meses y realiza inspecciones en los distintos departamentos dos veces al mes, generando actas y planes de seguimiento de los diferentes riesgos que se derivan tanto de las obras y remodelaciones que se están haciendo en el Hospital, así como aquellos provocados por las áreas de trabajo, en donde se establecen recomendaciones de controles preventivos y correctivos, que permiten evitar la formación de un accidente o incidente que afecte a algún paciente o colaborador y son enviadas a las respectivas Jefaturas de las áreas para su posterior revisión y aprobación.

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

El Hospital posee un sistema de gestión de la salud y la seguridad en el trabajado basado tanto en normativas legales nacionales, como estándares o directrices reconocidos, que se ha detallado en el contenido temático 403-1. Sistema de gestión de la salud y seguridad en el trabajo:

- Este cubre a todos los trabajadores tanto de ASEMECO como ANVECO, y también a los contratistas, pues en la mayoría de las obras se implementa un documento de Implementación de Riesgo, el cual se puede acompañar del Formulario de Verificación de Actividad Segura que debe ser llenado en las obras que involucran trabajos de alto riesgo, todo esto permite establecer recomendaciones enfocadas en la salud y seguridad de los colaboradores y pacientes.
- El Hospital cuenta además con las áreas de Riesgos y Calidad quienes complementan estas revisiones, con base en los estándares de la acreditación vigente por parte de Joint Commission International (JCI). Cabe aclarar que la acreditación JCI abarca la sede central, con excepción de la Torre Médica Omega (ANVECO) y la Sucursal Santa Ana. A pesar de que la Torre Médica Omega no forma parte de la acreditación citada, las medidas de seguridad citadas se integran bajo el mismo sistema de calidad y seguridad.
- Considerando la periodicidad de los procesos de auditoría de Calidad y Seguridad, así como el cumplimiento de la legislación costarricense, cada área realiza la actualización de sus procesos de gestión conforma a los cambios que ocurren de manera orgánica en el sistema. A su vez, el área de Calidad define una actualización general de procesos documentales cada 18 meses que complementa este proceso.

403-9 Lesiones por accidente laboral

Como parte de los compromisos de gestión en GRI 3-3 el seguimiento de las lesiones por accidente laboral de los contratistas críticos objeto del presente informe, se estará abordando en un plazo de 3 años, con el fin de gestionar información relacionada con los contratistas sobre las cantidades de fallecimientos resultantes de una lesión por accidente laboral, la cantidad y tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias (sin incluir fallecimientos), cantidad y la tasa de lesiones por accidente laboral registrables, los principales tipos de lesiones por accidente laboral, así como la cantidad de horas trabajadas. Lo anterior incluye el proceso de gestión para determinar junto con los contratistas, los peligros, cuales han contribuido a generar grandes consecuencias, así como las medidas tomadas o proyectadas para su eliminación mediante la jerarquía de control. Estas actividades ya han iniciado en 2023 con la ampliación de las medidas de control y análisis de riesgo de los contratistas de Mantenimiento.

El compromiso de gestión citado considerará, además, los siguientes rubros:

- 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).

403-10 Las dolencias y enfermedades laborales

Al igual que en el punto anterior, el plan de compromisos de gestión incorporará actividades para dar trazabilidad en la gestión de enfermedades laborales de los contratistas críticos, con el fin de obtener por ejemplo, la cantidad de fallecimientos resultantes de una dolencia o enfermedad laboral, la cantidad de casos registrados y los principales tipos de dolencias y enfermedades laborales.

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

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

El Hospital cuenta con un 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 que son 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. También se cuenta con el apoyo de las áreas de Calidad y Riesgos, todas estas comandadas a través de la Gerencia de Calidad y Ambiente, potenciando de manera integral, los temas relacionados con la salud y seguridad en el trabajo. A su vez, existen una serie de comisiones para revisar periódicamente, temas relacionados. Se dispone de una comisión de Emergencias y también de un Comité de Seguridad de las Instalaciones, todos ellos que trabajan de manera interdisciplinaria con varios departamentos, con métricas y objetivos claramente definidos anualmente, como parte incluso de los procesos de acreditación de Calidad y Seguridad (Joint Commission International).

Algunas de las normativas legales nacionales e internacionales que se consideran son:

- 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 contra las Radiaciones Ionizantes, 24037-S
- Reglamento Técnico RTCR 285:1997 Seguridad contra incendios. Señalización de seguridad Vías de evacuación, 26532

Con respecto a los estándares o directrices reconocidos, bajos los cuales se rige este sistema de salud y seguridad en el trabajo, se encuentran:

- Joint Commission International Standards
- National Fire Protection Association (NFPA)
- Sistema Globalmente Armonizado (SGA)
- Organización Internacional del Trabajo (OIT)

El sistema de salud y seguridad en el trabajo abarca a todas las actividades que se realizan dentro del Hospital tanto para ASEMECO en sus sedes Central y su sucursal Santa Ana, como en ANVECO. Además, se cuenta con Comisiones de Salud Ocupacional, las cuales permiten la participación tanto de la parte trabajadora como empleadora en temas relacionados con la salud y seguridad del trabajo.

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

La organización posee un proceso (descrito en IT.GIA-034 Instructivo para el mapeo de riesgos e investigación de accidentes laborales), a través del cual se gestiona la identificación y evaluación de los riesgos ocupacionales, considerando aspectos cualitativos y cuantitativos con el fin de priorizarlos. Además, se realiza un mapeo de riesgos a nivel de Salud Ocupacional considerando tanto la jerarquía de los controles como la opinión de los participantes de esta evaluación. Este mapeo se actualiza cada dos años (en 2024 se realizará una nueva actualización), en todo caso, el sistema permite mantener el cumplimiento periódico a través de los controles preventivos y correctivos del caso.

El mapeo de riesgos se lleva a cabo por el departamento de Gestión de Instalaciones y Ambiente (GIA) que está conformado por personal capacitado en temas relacionados con la salud y seguridad en el trabajo, en donde se da una coordinación con las Jefaturas de las áreas para las visitas de campo, que involucran entrevistas u observaciones de los factores de riesgo en el área por revisar, de esta forma se garantiza la calidad del proceso a desarrollar. Lo anterior considera el panorama de riesgos de la Institución, que es la visión global de las condiciones de riesgo reales o potenciales que pueden afectar los aspectos de salud y seguridad ocupacional en el Hospital. Esta visión de los riesgos se ve fortalecida por medio de las distintas inspecciones que se realizan, las investigaciones de accidentes, entre otras actividades. A su vez, el área de Gestión de Instalaciones brinda trazabilidad por medio del registro FO.GIA-007, con el fin de asegurar el mantenimiento actualizado de los permisos de funcionamiento y otras certificaciones de seguridad relacionadas.



Los resultados que se obtienen de estos procesos permiten establecer una priorización de los riesgos en las distintas áreas, y es por medio de esto que se les da prioridad a las acciones preventivas y correctivas del sistema de gestión de la salud y seguridad del trabajo, el cual considera las barreras de idioma y las auditivas, pues dentro del hospital se implementa un curso LESCO (lengua de Señas costarricense) a los colaboradores y en eventos formales se contratan traductores que aseguran que la información sea comprendida con facilidad.

Por medio del código de conducta llamado "DILLO" con confianza, los colaboradores pueden notificar situaciones de peligro laborales, en donde ya sea que el trabajador le notifique la situación a su Jefatura o que utilice el canal confidencial, en donde podrá comunicarse con la abogada laborista externa de ASEMECO y ANVECO, quien evaluará la situación para verificar si en efecto el evento sucedido califica para abrir una investigación. Luego de todo el análisis se procede a notificar a la Dirección de Talento Humano, manteniendo la confidencialidad de quién emitió la alerta.

Con respecto a las políticas y procesos que deben de seguir los trabajadores que quieran retirarse de situaciones laborales que consideren que les pueden provocar lesiones, dolencias o enfermedades, se puede seguir el mismo procedimiento explicado en el apartado anterior, ya que este código de conducta es sumamente confidencial.

Los procesos llevados a cabo en la investigación de incidentes laborales están dirigidos a la continua inspección de las áreas, para determinar las posibles causas relacionadas. En complemento, se realizan inspecciones preventivas, para reducir la posibilidad de que algunos riesgos laborales puedan materializarse. Este análisis se realiza de manera interdisciplinaria para dar valor a las acciones de mejora. Por

otro lado, periódicamente se realizan inspecciones o pruebas del sistema de protección contra incendios, en cuyo caso, si se encontrase alguna condición no segura, de inmediato se reporta por medio del sistema que posee Mantenimiento para pronta corrección. En este proceso de inspecciones también se utiliza el FO.GIA-006 para recopilar los hallazgos con detalle.

Finalmente, el Hospital posee un sistema de reporte de Alertas Clínicas en su Intranet (proceso descrito en el procedimiento PR.UCH-005), que permite generar una cultura preventiva de Calidad y un proceso de investigación que permite 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 cuenta con 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 a través del Programa de Protección Radiológica, entre otros detalles. Por otro lado, 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, la implementación de 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.

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 (Gestión de Instalaciones y Ambiente), 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 mensualmente con el fin de trabajar en la prevención y cultura de seguridad. Las acciones de mejora en las cuales se trabaja incluye medidas a implementar que permitan disminuir el riesgo y/o incidencia de Riesgos del Trabajo, lo anterior según los hallazgos encontrados durante las capacitaciones y/o inspecciones.

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.

403-9 Lesiones por accidente laboral

A continuación, se muestran los resultados para el año 2023:

- Afortunadamente, no se reportan colaboradores fallecidos debido a riesgos del trabajo en el año del presente reporte por un accidente laboral.
- Con respecto a la cantidad y tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias (sin incluir fallecimientos), actualmente ese está generando un proceso para determinar con ayuda del Médico de Empresa, cuáles son los accidentes que han generado grandes consecuencias.
- Con respecto a la cantidad de horas trabajadas y tasas de lesiones por accidente laboral registrables tanto de ASEMECO como ANVECO, se han considerado en este cálculo tanto el valor de 1 000 000 horas como el de 200 000 horas y para todos los trabajadores de ambas entidades:

Tasa de lesiones por accidente laboral registrables en ANVECO

Tasa de lesiones por accidente laboral registrables	Ene/23	Feb/23	Mar/23	Abr/23	May/23	Jun/23	Jul/23	Ago/23	Sep/23	Oct/23	Nov/23	Dic/23
Cantidad de lesiones por accidente laboral registrables	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Cantidad de Horas Trabajadas	14 602	13 942	13 708	14 841	14 785	14 564	14 457	14 086	14 040	14 856	14 265	14 151
Calculo por 200 000	0	0	0	13,48	13,53	0	0	0	0	0	0	0
Calculo por 1000 000	0	0	0	67,38	67,64	0	0	0	0	0	0	0

Tasa de lesiones por accidente laboral registrables en ASEMECO

Tasa de lesiones por accidente laboral registrables	Ene/23	Feb/23	Mar/23	Abr/23	May/23	Jun/23	Jul/23	Ago/23	Sep/23	Oct/23	Nov/23	Dic/23
Cantidad de lesiones por accidente laboral registrables	5	9	7	7	9	7	7	11	6	15	5	7
Cantidad de Horas Trabajadas	230 349	231 946	228 906	230 331	239 208	236 401	237 312	243 204	249 027	249 265	244 144	243 793
Calculo por 200 000	4,34	7,76	6,12	6,08	7,52	5,92	5,9	9,05	4,82	12,04	4,1	5,74
Calculo por 1000 000	21,71	38,8	30,58	30,39	37,62	29,61	29,5	45,23	24,09	60,18	20,48	28,71

- Las principales lesiones por accidente laboral en ASEMECO están relacionadas con riesgos biológicos (relacionado con agujas y contacto con alguna bacteria proveniente de un paciente), locativos (caídas al mismo nivel y golpes contra las superficies) e in itinere (es un accidente que sucede al trabajador durante el desplazamiento hacia o desde su casa al lugar de trabajo). Además, en el caso de ANVECO las principales lesiones por accidente laboral se encuentran los riesgos locativos (caídas al mismo nivel).
- En relación con los peligros laborales que presentan un riesgo de lesión con grandes consecuencias, el Hospital aplica las mismas actividades que se han relatado anteriormente. En relación con la jerarquía de control, se implementan controles de Ingeniería, administrativos y finalmente el uso de equipos de protección personal. En algunos de los casos se solicita a Mantenimiento la ejecución de mejoras en los espacios de trabajo, así como el reforzar procesos de capacitaciones requeridos por los colaboradores.
- El proceso de reporte de accidentes laborales se desarrolla con base 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.

Todos estos accidentes son documentados por medio del registro FO.GIA-003: Seguimientos de Riesgos del Trabajo, con el fin de contar con toda la información para cada seguimiento puntualizado.

403-10 Las dolencias y enfermedades laborales

A continuación, se muestran los resultados para el año 2023:

- Afortunadamente, no se reportan colaboradores fallecidos debido a riesgos del trabajo en el año del presente reporte por una enfermedad laboral.
- Con respecto a la cantidad de casos que se tienen por dolencias y enfermedades laborales registrables en el Hospital a continuación se muestra la información:

Cantidad de casos de dolencias y enfermedades laborales registrables ASEMECO

Riesgo	Subcategoría del riesgo	2023
Biológicos	COVID-19	2
	Movimientos repetitivos	3
Ergonómicos	Movimiento manual de cargas	0
	Sobreesfuerzos	0

Cantidad de casos de dolencias y enfermedades laborales registrables ANVECO

Riesgo	Subcategoría del riesgo	2023
Biológicos	COVID-19	0
	Movimientos repetitivos	2
Ergonómicos	Movimiento manual de cargas	0
	Sobreesfuerzos	0

- Los principales tipos de dolencias y enfermedades laborales que tiene el hospital son principalmente de origen biológico en el caso del COVID-19, y las que se han obtenido por medio de los perfiles de puesto las cuales son derivadas de los riesgos ergonómicos los cuales están principalmente relacionados con movimientos repetitivos.
- Con respecto al tema de los peligros laborales que presentan un riesgo de dolencias y enfermedades, y en adición a todas las medidas que se han explicado anteriormente, en el caso del seguimiento de las enfermedades laborales, se desarrollan perfiles de puesto para determinar riesgos a nivel ergonómico, con su seguimiento respectivo. Como se ha explicado anteriormente, los peligros relacionados con dolencias y enfermedades laborales de origen ergonómico se originan por los movimientos repetitivos producto del uso de máquinas o herramientas de trabajo. Adicional, debido al COVID-19 se reportaron algunas enfermedades de origen biológico. Se tiene contemplado para el 2024, 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 en la actualidad según los diferentes riesgos por exposición a materiales peligrosos, radiaciones ionizantes, etc.

El proceso de gestión de las enfermedades profesionales es igual al que se ha descrito anteriormente para el caso de los accidentes laborales.

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 Costa Rica (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.	Acceso a la salud.
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 130 cirugías al año y 150 días de internamiento y 175 estudios radiológicos.	Acceso a la salud.
GRI 15	Programa de detección temprana 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.	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 puede 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.	Limitar el acceso a empleo formal.
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:



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 130 cirugías al año y 150 días de internamiento y 175 estudios radiológicos.

Esta alianza trabaja de manera articulada con la Caja Costarricense del Seguro Social, en una ruta de atención prioritaria a las mujeres que requieren tamizaje de mamografía de acuerdo con el Programa de Tamizaje Mamario “Llegar a Tiempo”. 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 2023 se brindó acceso a **6 426** mujeres que viven en condición de vulnerabilidad en zonas rurales y cordón fronterizo, a un estudio de mamografía, propiamente 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.

El alcance geográfico fue:

Comunidad	Mamografías donadas
Upala	359
Guatuso	617
Los Chiles	804
Ciudad Neilly	1 175
Buenos Aires	1 512
Garabito	1 328
Santa Rosa de Pocosol	631
Total	6 426



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 y la equidad de género se realiza mediante la intervención de un profesional de Trabajo Social que identifica, determina y valida la condición social del núcleo familiar. En el 2023, se donaron 132 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 alguna, facilitando las mismas oportunidades de bienestar y desarrollo al paciente y su grupo familiar. Los beneficiarios fueron un 58% de varones jefes de hogar, con trabajos informales o sin empleo; con rezago escolar, condiciones que acrecientan las brechas de desigualdad social.

Y un 42% de mujeres que son jefas de hogar, con características de empleo y educación similares, adicionando en este caso,

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.

- Evaluaciones del impacto social GRI 15: Programa de detección temprana del 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.

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 su importancia. Durante el 2023 se facilitó este examen a 2 260 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 en el sistema nacional de salud, o bien, con acceso muy limitado por distancia o disponibilidad del servicio en sus localidades.



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.



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).

Provincia	Comunidad
Cartago	Turrialba
Puntarenas	Garabito
San José	Tirrasas de Curridabat
San José	Los Guido de Desamparados
San José	Central, Catedral, Barrio Cuba

- Programas de desarrollo comunitario locales según necesidades de la comunidad local:

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:

Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud CCSS

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

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 2023, llegaron alcanzar hasta un rango de espera cercano a 2 600 días en algunas especialidades, aunado al rezago en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermera.

- Planes de participación de los grupos de interés:

El Hospital 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 distinción 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.



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 del Hospital 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 que tiene el Programa de Acción Social, se proyecta incorporar los planes de participación a los grupos de interés, incluyendo 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.

No obstante, para el 2024, existe la oportunidad de mejora de fortalecer las herramientas con los elementos indispensables para una adecuada construcción de las relaciones sostenibles con la comunidad (se estará participando en una aceleradora comunitaria, aspecto citado en compromisos de gestión).

- 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 definidas como prioritarias, por la condición de vulnerabilidad geográfica y socioeconómica de los habitantes, lo que da certeza de la inclusión directa de grupos vulnerables, reafirmando 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 fortalecerá a través de la sectorización geográfica de los beneficiarios, aunado a la oportunidad de mejora de fortalecer las herramientas de gestión con actores comunitarios,

integrándose a la capacitación sobre los elementos indispensables para una construcción de las relaciones sostenibles con la comunidad (aceleradora comunitaria).

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 en coordinación con el área de salud, con el fin de agilizar el proceso de beneficio a favor de las pacientes de mayor vulnerabilidad. No obstante, existe la oportunidad de mejora para fortalecer las herramientas con los elementos indispensables para una adecuada construcción de las relaciones sostenibles con la comunidad (aceleradora comunitaria).

- 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. 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 \(clinicabiblica.com\)](http://Acción Social (clinicabiblica.com))

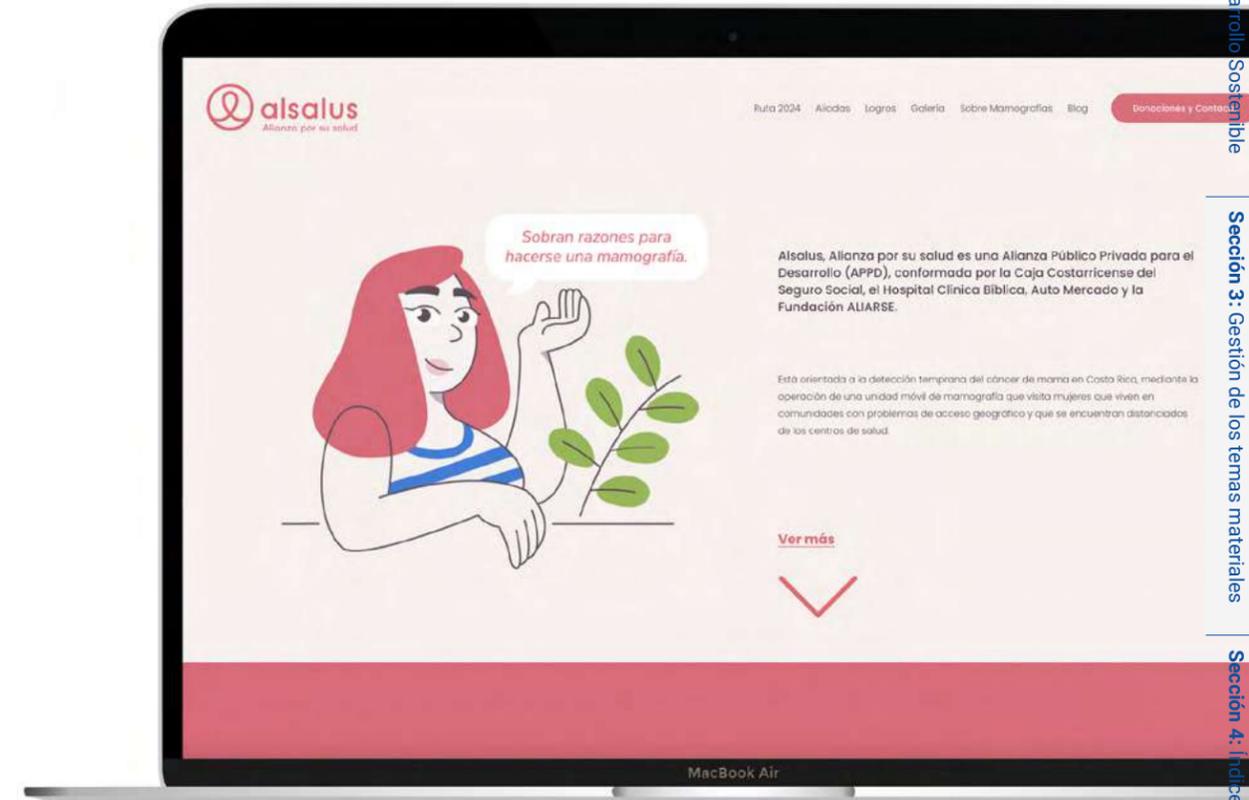
- Medios de Comunicación



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



- Alianza por su Salud – Una alianza público-privada para el desarrollo (alsalus.org)



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

Para el Hospital 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.

Los actores comunitarios tienen a disposición diferentes mecanismos o canales para contactar al liderazgo institucional y transmitir sus inquietudes o reportes, siendo esta 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

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 del Hospital Clínica Bíblica, realiza de manera permanente proyectos enfocados en 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 Costarricense 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, procura que las personas se empoderen de sus decisiones, metas y cuidado personal, a corto y largo plazo.

- Duración del impacto

La duración de este impacto se puede considerar en dos momentos, primero 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.

El Hospital 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 se 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 de 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 se inició formalmente el proyecto de diagnóstico para lograr identificar los desafíos de los estudiantes becados de carreras parauniversitarias de salud, 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 entre los jóvenes becados en las carreras de técnicos de la salud.

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 de 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 3 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 de ASEMECO.

- Intensidad o gravedad del impacto

La falta de acceso a la salud es un eje de trabajo nacional, con una alta probabilidad de que los datos para la toma de decisiones macro, ejemplifiquen también la realidad que se vive 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 puntual en la localidad.

- Duración del impacto

El impacto negativo estará de manera permanente, hasta que se realice la 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 con las comunidades, esto a través de la incorporación de elementos indispensables para una adecuada gestión de las relaciones sostenibles con la comunidad (como es el programa de formación: Aceleradora Comunitaria que se va a desarrollar en 2024 citado en los compromisos de Gestión).

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

A continuación, se muestra el desarrollo de indicadores que han sido elegidos para este primer reporte por parte del Hospital, considerando elementos estratégicos que son de vital importancia para la Calidad y Seguridad de nuestros Colaboradores, Pacientes y Visitantes. Se estima que, para próximos reportes de Sostenibilidad, podrían ser incorporados otros indicadores complementarios, conforme el análisis de materialidad y madurez del proceso, se vaya integrando con otros reportes como es el caso de las normas de Sostenibilidad Financiera NIIF S1 y S2.



Implementación del sistema de control de robo de bebés:

- El Sistema de control de robo 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.
- La meta es mantener un adecuado seguimiento del sistema de control de robo 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 madre-hijo, así como un mayor nivel de Seguridad para el personal, para el adecuado control de los neonatos.
- Lo anterior representa 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.
- Teniendo un cumplimiento del 97.9% en 2023, el requerimiento para este 2024 es lograr el 100% de cumplimiento. El 2.1% en el cual no se logró la meta, fue corregido de inmediato,

como parte del uso del sistema y únicamente ocurrió en los meses de junio y noviembre del 2023.

Cirugías seguras:

- El objetivo principal que busca el Hospital es mantener un adecuado control de la tasa de infecciones asociadas a sitio quirúrgico de tipo profundo, por debajo del 3% durante el 2024 mediante monitoreo de superficies y equipo, y el uso de productos amigables con el ambiente.
- La meta es mantener esta 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:
 - El indicador que evidencia el cumplimiento del objetivo es el que está asociado con infecciones de sitio quirúrgico (%)
 - El hospital busca el cumplimiento del objetivo durante el 2024 bajo la coordinación del área de Infecciones Intrahospitalarias.
- Las acciones que se están ejecutando para mantener controlada la tasa de infecciones por sitio quirúrgico son las siguientes:
 - En Central de Esterilización: a partir de octubre del 2023 se inició el uso de los productos de Case Medical, para el lavado de instrumental, dichos productos cuentan con acreditación ambiental por la U.S. Environmental Protection Agency (EPA).
 - En Cirugía: se dio 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 30 RLU (Unidades Lumínicas Relativas).

Cambio en el sistema de expediente digital:

El Hospital busca implementar para el 2026 el expediente electrónico en su totalidad (consulta externa y hospital) con el fin de apoyar al personal un proceso de registro mucho más ágil que no tenga interrupciones innecesarias en el flujo de trabajo del personal clínico, generando tensiones adicionales y restando eficiencia al sistema en general.

Para alcanzar la meta se cuenta con un plan de implementación, en donde, de manera progresiva, se realizarán las siguientes acciones:

- Migración de datos del sistema antiguamente usado al nuevo.
- Capacitaciones al personal de salud y administrativo.
- Acompañamiento en la ejecución.
- Puesta en marcha del sistema en los diferentes departamentos.

Se definirá un equipo interdisciplinario preliminar, compuesto por personal de la Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Departamento Legal, Dirección de Operaciones y Dirección Financiera, para una fase inicial del proyecto. Lo anterior considerará sesiones de trabajo y mesas redondas internas para la toma de decisiones, posteriormente sesiones con la contraparte para revisiones y aclaraciones. En esta fase inicial los contratos serán debidamente formalizados.

Seguidamente, en la fase de implementación existirá un equipo interdisciplinario dedicado exclusivamente a este proyecto, así como la colaboración de otros actores que dedicarán tiempo

Porcentaje de infecciones por Herida Quirúrgica en ambas sedes



parcial. Existirá un Project Manager encargado de integrar todas las áreas involucradas y será la figura destinada para mantener las conversaciones con InterSystems.

La modalidad de trabajo inicia con la configuración de aplicación, asegurándose la compenetración con los sistemas y equipos tecnológicos actuales; seguidamente se procederá con la migración e integración de datos, configuración del sistema, pruebas, validaciones y revisiones, y finalmente culminar con las capacitaciones e implementación del sistema en los respectivos departamentos.

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 otros.

A pesar de lo anterior el PROA del Hospital Clínica Bíblica (HCB), inició su trabajo en el año 2015, con apoyo de la administración y liderazgo del hospital. Desde entonces este programa ha logrado tener impacto en el uso de varios antibióticos dentro del Hospital, a través de prácticas como: retroalimentación prospectiva, implementación de guías clínicas, monitorización y educación a los prescriptores.

El programa ha tenido relación con la reducción del consumo de antibióticos de alto impacto epidemiológico como ceftriaxona y levofloxacino. Además, ha aumentado el consumo

de antibióticos de espectro reducido como cefazolina, principalmente por un aumento en el cumplimiento de la guía clínica de profilaxis quirúrgica que se implementó por parte de este programa. Desde de su implementación se ha visto mejoría en la prescripción por parte de varios grupos de médicos, incluyendo cirujanos de varias especialidades y médicos especialistas en cuidados intensivos.

En cuanto a resistencia a los antimicrobianos, el perfil de sensibilidad de los antibióticos a las bacterias se ha mantenido bastante constante con el paso de los años, lo cual podría interpretarse como algo bueno, ya que no ha aumentado la resistencia. Además, en algunas bacterias en específico se ha visto mejoría, como en las enterobacterias donde se ha visto una disminución de la expresión de beta lactamasas de espectro extendido.

A pesar de lo anterior, existe un espacio importante de mejora en la prescripción óptima de antimicrobianos dentro del hospital, así como en nuestra región. Tras la realización de encuestas de prevalencia puntual de uso de antibióticos se estima que el cumplimiento de guías clínicas en hospitales de Latinoamérica es de aproximadamente un 70% para las prescripciones realizadas para pacientes hospitalizados.

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 este 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 necesita optimización.
- Creación de guías clínicas junto con los médicos identificados, que los estimule a ser parte de la solución.

Experiencia del Paciente:

Partiendo del deseo y necesidad 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 contempla la adquisición de 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 facilitando los canales para recopilar los comentarios de los clientes y sus experiencias.

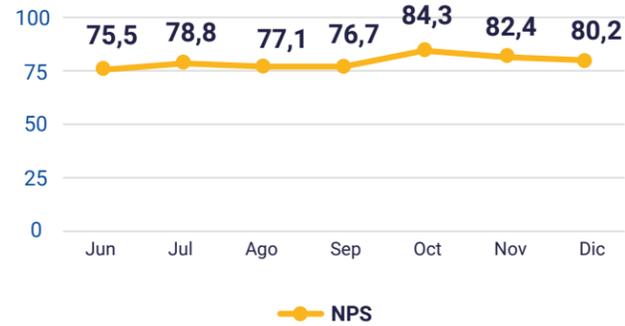
El Net Promoter Score (NPS) es una métrica utilizada para medir la satisfacción y lealtad de los clientes hacia una empresa o marca. Se obtiene mediante una única pregunta: "En una escala del 0 al 10, ¿cuán probable es que recomiende nuestro producto/servicio/empresa a un amigo o colega?". Según las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



NPS por mes
Jun - Dic 2023



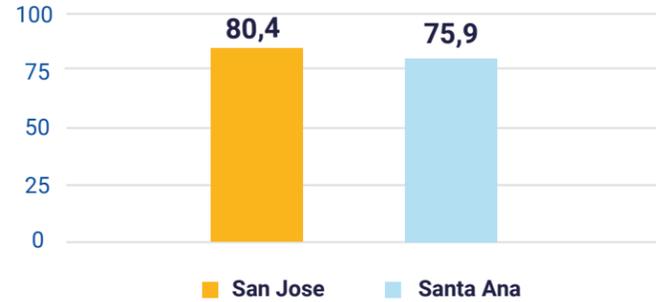
Durante el periodo de junio a diciembre, se realizaron 4 584 encuestas a pacientes recién atendidos, donde se preguntó cuán probable es que recomiende los servicios de Hospital Clínica Bíblica. Estas encuestas arrojaron que el 85.34% de los encuestados son promotores, 8.73% son neutrales y 5.93% son detractores. Con esos datos se calculó el puntaje NPS = 85.34% (promotores) - 5.93% (detractores) = 79.4.

Clasificación	Cantidad	Porcentaje
Promotores	3 912	85,34%
Neutrales	400	8,73%
Detractores	272	5,93%
Total	4 584	100,00%

NPS por Sede:

Al segmentar los datos obtenidos por sede se identifica que los clientes que acuden a San José tienen ligeramente una mejor experiencia sobre los que utilizan los servicios de Santa Ana, pues el NPS arrojó un puntaje de 80.4 en San José mientras que en Santa Ana el puntaje fue 75.9. Es importante resaltar que San José concentra la mayor parte de las atenciones al ser la sede principal, y por ende, la mayor cantidad de respuestas a la encuesta NPS (>80%).

NPS por Sede
Jun-Dic 2023



NPS por mes, por sede
Jun - Dic 2023



Participación de los clientes en las medidas adoptadas:

El indicador Net Promoter Score (NPS) se calcula a partir de las opiniones de los clientes quienes manifiestan qué tan motivados se encuentran a recomendar los servicios del hospital. Por tal motivo, es de vital importancia promover la participación de los pacientes mediante las siguientes estrategias:

Comunicación clara:

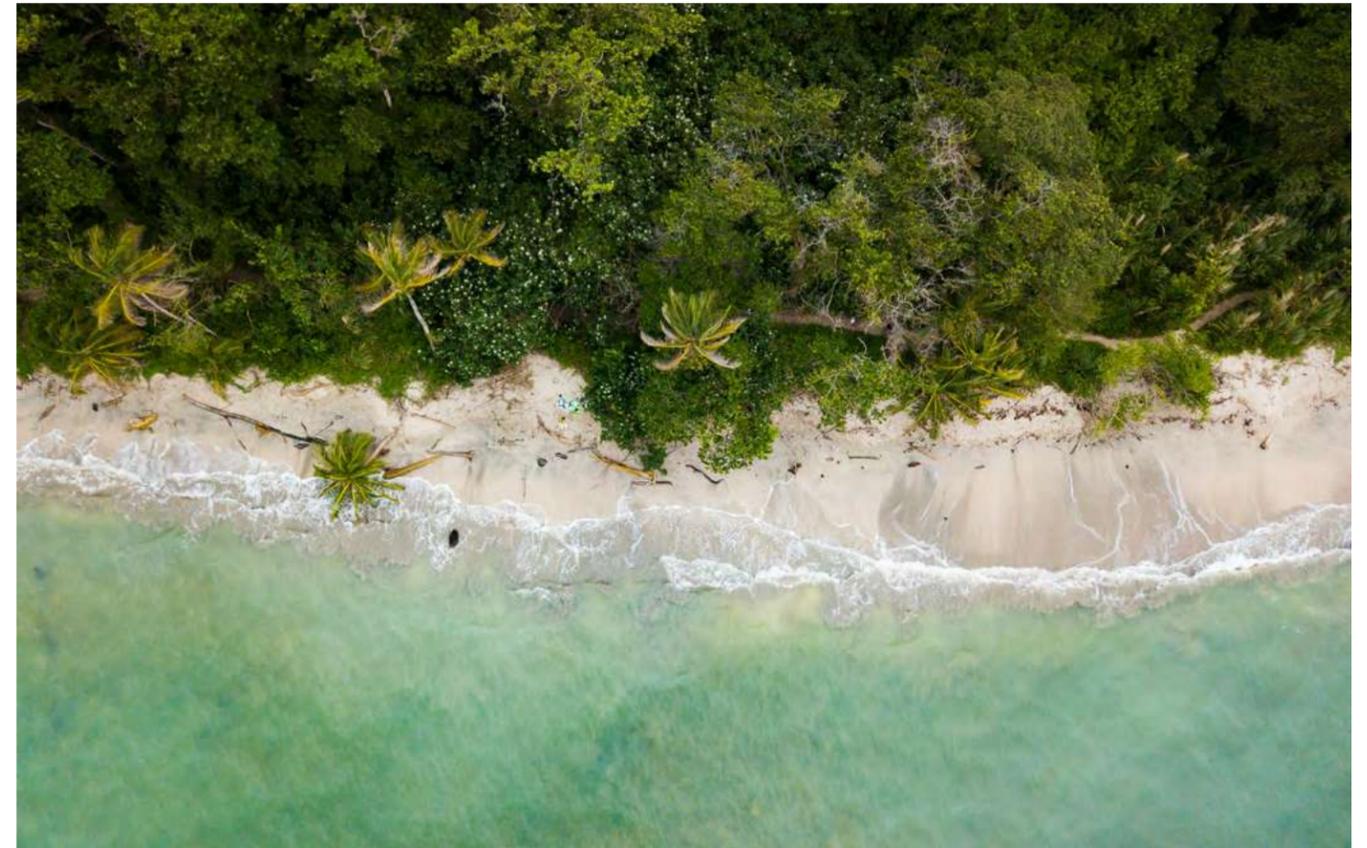
- Se explicará a los pacientes el propósito de la implementación de NPS y cómo participar de manera efectiva

Facilitar el proceso de realimentación:

- Se simplificarán los métodos para que los clientes proporcionen sus opiniones

Escucha activa:

- Se dispondrá de diversos canales de escucha activa para que los pacientes puedan expresarse



Implementación gradual:

- El NPS se irá introduciendo gradualmente solicitando realimentación específica sobre áreas particulares a medida que se implementan acciones de mejora

Capacitación del personal:

- Se educará al personal de atención para comunicarse efectivamente con los pacientes para incentivar su participación y estar preparados para responder las preguntas e inquietudes de los pacientes

Los datos recolectados producto de la realimentación de los pacientes se utilizarán para hacer análisis detallados donde se examinen a fondo sus opiniones para identificar patrones y tendencias. Así mismo, estas opiniones serán clasificadas en categorías para abordar áreas específicas de mejora. Una vez se disponga de análisis detallados se priorizarán acciones de mejora según la gravedad y la frecuencia de los problemas señalados por los pacientes, haciendo énfasis en los aspectos que tengan mayor impacto en la experiencia de los pacientes. Posterior a la priorización se desarrollarán e implementarán estrategias para abordar las áreas de mejora y se comunicará a los pacientes las acciones tomadas como resultado de su participación. El indicador NPS y las mismas opiniones de los

clientes se utilizarán para hacer un seguimiento regular que permita evaluar la efectividad de las mejoras implementadas y realizar ajustes continuos a los procesos de acuerdo con la realimentación de los pacientes. Todo esto permitirá definir un ciclo de mejora comprendido por la recopilación de experiencias, análisis detallados, priorización, implementación y comunicación de cambios basados en la retroalimentación del paciente.



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

El Hospital Clínica Bíblica tiene claro que la ciberseguridad es fundamental para cualquier organización, y con mucha más razón un Hospital, ya que se maneja información crítica y sensible de los pacientes, además de gestionar sistemas médicos y operativos vitales. En aras de asegurar la confidencialidad de los datos de salud de los pacientes y también asegurar la continuidad y calidad de los servicios médicos brindados, se han tomado medidas importantes a nivel de ciberseguridad, inicialmente estando claros del posicionamiento del Hospital en materia de seguridad de la información y, en base a herramientas de descubrimiento de postura o madurez de seguridad informática, implementar mejoras, con herramientas de última generación para prevenir y frenar ataques cibernéticos.

Durante el año 2023, y gracias a un importante "security assessment" (evaluación de seguridad) realizado en el 2022 para el Hospital Clínica Bíblica, por una de las empresas de la información más importantes a nivel mundial, donde se logró analizar la postura de seguridad del Hospital, basado en el modelo "Zero Trust", se implementaron medidas adicionales a las ya existentes, para fortalecer la seguridad informática. Algunas de ellas son:

- EDR y XDR de última generación para endpoints y servidores
- Renovación y actualización de firewall perimetrales
- Campañas, entrenamiento y evaluaciones de concientización en ciberseguridad para los usuarios de red del Hospital.
- Aplicación de Multifactor de autenticación
- Aplicación de políticas DLP

En el Departamento de Tecnologías de Información (TI) del Hospital se cuenta con la claridad de que el tema de ciberseguridad no se detiene y que cada día se debe evolucionar para lograr defendernos de los nuevos ataques cibernéticos a los que toda organización se ve expuesta. Es por tal motivo que, para el primer semestre del 2024, hemos decidido actuar y nos pusimos como meta refrescar nuestra situación de ciberseguridad, evaluando nuevamente nuestra postura de seguridad informática, en este caso desde dos perspectivas:

- Interna: realizando un nuevo "security assessment" basado en el modelo "Zero Trust" a la red interna y servicios conectados en nube.
- Externa, implementando una herramienta que pueda brindarle al Hospital una postura de seguridad de todos los servicios que tiene de cara a internet.

El modelo Zero Trust se basa en la premisa de que no se debe confiar automáticamente en nada dentro o fuera de la red y que todas las solicitudes de acceso deben ser verificadas antes de ser permitidas. El Hospital Clínica Bíblica mantiene un enfoque de Zero Trust en su estrategia de seguridad, lo que implica la implementación de medidas de seguridad robustas en todas las capas del entorno de TI, desde el acceso a la red hasta la protección de datos.

Por otra parte, hacer una evaluación de los servicios o sistemas publicados a internet ayuda a gestionar y mitigar los riesgos relacionados con las ciberamenazas y las vulnerabilidades de seguridad, que podrían ser alcanzadas por un atacante desde cualquier lugar del mundo, comprometiendo dichos sistemas y la reputación del Hospital.

El objetivo de la implementación de estas medidas puntuales es claro: refrescar nuestra postura de seguridad a nivel de red interna y también conocer nuestra postura, vulnerabilidades y riesgos a nivel externo. Lo anterior es posible a través de la generación de informes y análisis de resultados, los cuales a su vez generan iniciativas de mejora y planes de remediación cuando los informes así lo indiquen o sugieran.

La meta de cumplimiento de estas dos actividades es para el primer semestre del 2024, donde al final de dicho semestre tengamos como indicadores principales de cumplimiento lo siguiente:

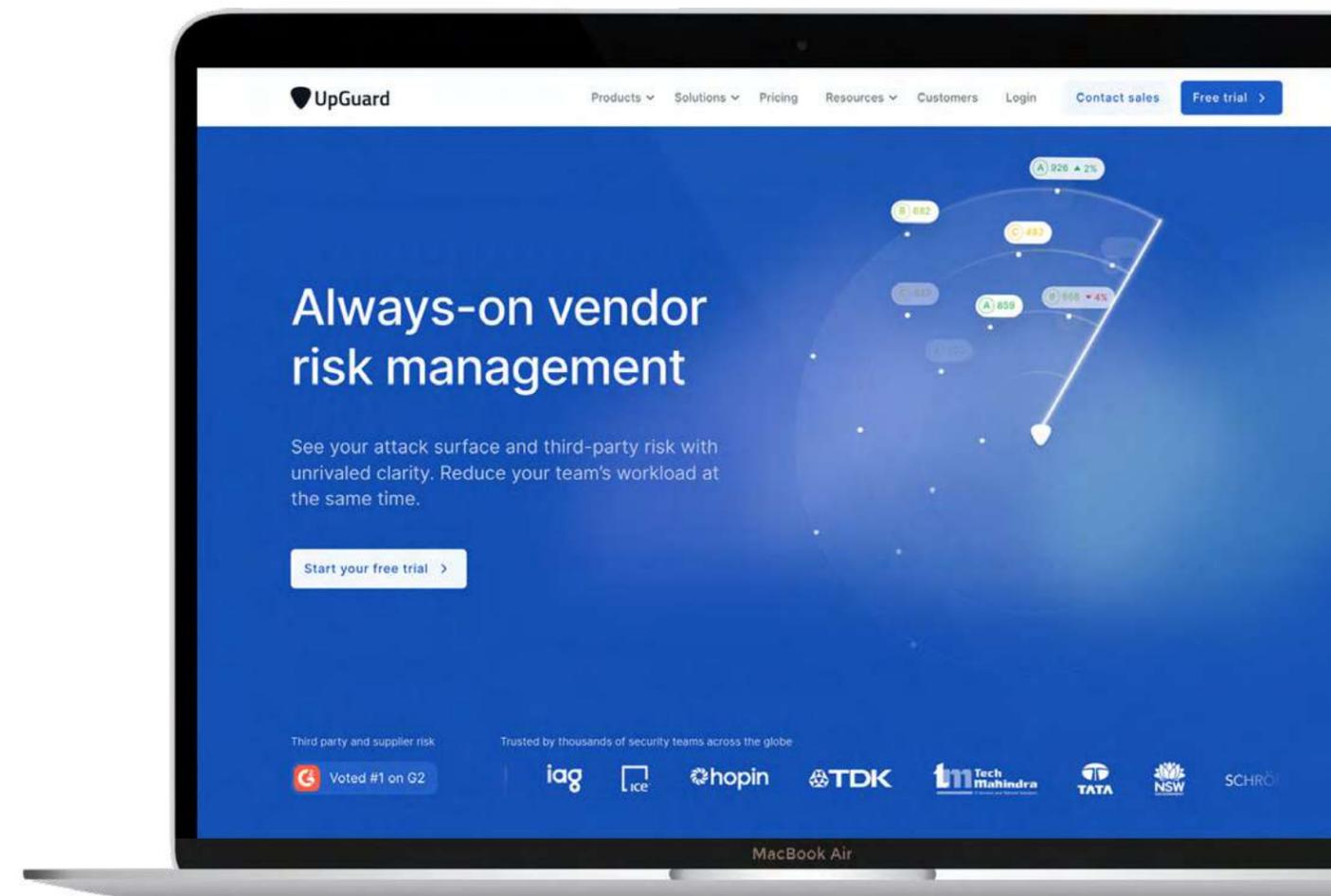
- Informes y análisis de resultados
 - Nivel de madurez actual en el modelo Zero Trust.
 - Niveles de capacidad de protección en los 6 dominios que conforman el modelo Zero Trust:
 - Identidad
 - Dispositivos
 - Aplicaciones
 - Infraestructura
 - Redes
 - Datos
- Postura de seguridad de los servicios publicados del Hospital de cara a internet:
 - Calificación de postura actual.
 - Comparación de la postura del Hospital Clínica Bíblica con respecto a la competencia:
 - Iniciativas de mejora para tener un nivel de madurez mayor en el modelo Zero Trust, de acuerdo con los dominios de aplicación vistos.
 - Planes de remediación para los servicios publicados a internet.

Gracias a esto, el Hospital busca medir, a través de estas evaluaciones de seguridad, el crecimiento en nuestro nivel de madurez en el modelo Zero Trust que se ha tenido desde su último Security Assessment en el 2022, luego ya de aplicadas e implementadas muchas de las iniciativas propuestas en ese momento.

También, con la herramienta de evaluación de vulnerabilidades y riesgos de cara a internet, podemos sentar la línea base de

nuestra calificación de postura actual de seguridad externa y a partir de ahí, cada cierto período, aplicando planes de remediación y mejoras a la arquitectura de aplicaciones, revisar el aumento en la calificación que tiene el Hospital a nivel mundial, gracias a los datos provistos por la herramienta, la cual tiene un alcance global.

[Third-Party Risk and Attack Surface Management Software | UpGuard](#)



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

En el siguiente cuadro se muestran en detalle los compromisos de gestión que el Hospital está asumiendo en la dimensión Social, tomando como referencia el plan de compromisos

del año 2024 al año 2030. Lo anterior con base en los requerimientos de GRI 3-3.

Dimensión	Impacto	Tema material	Objetivo	Meta	Indicador	Fecha para meta	Responsable primario	Actividades y proceso de seguimiento	Políticas o compromisos en tema material / 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
SOCIAL	GRI 5	Gestión laboral	Implementar finalmente de manera estructurada la capacitación en Derechos Humanos 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	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.
	GRI 6	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.	2024 y con seguimiento anual.	Dirección de Talento Humano	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.
	GRI 7	Gestión laboral	Reducir la rotación de personal en 0.6%.	A un 12%.	Porcentaje de rotación del personal / año.	Dec/25	Dirección de Talento Humano	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.
	GRI 8	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 3 años se proyecta la implementación de mecanismos para el 100% de los contratistas críticos (80 contratistas), agrupándolos 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	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 / PR.IM-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
	GRI 9	Salud y seguridad del Personal	Incrementar la cantidad de Colaboradores participantes en el Programa de Bienestar.	10% de incremento.	Porcentaje de participación del personal en estos programas/año.	Dic/24	Dirección de Talento Humano / Gerencia de Calidad y Ambiente y GIA	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.
	GRI 10	Bienestar y desarrollo comunitario	Detección temprana del cáncer de mama a través de la donación de este tipo de exámenes.	Aumentar la capacidad de cobertura en un 100% (12 000 mamografías al año).	Cantidad de mujeres atendidas en mamografías/año.	Dic/26	Dirección Acción Social.	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.
	GRI 11	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.	Dic/26	Dirección Acción Social.	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.
	GRI 12	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.	Porcentaje de deserción entre porcentaje de matriculados/año.	Dic/26	Dirección Acción Social.	Control de notas cuatrimestrales.	Contrato de becas. Plan de Acción Social.	Entrevistas personales con los estudiantes y familiares.
	GRI 13	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.	Dic/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.
	GRI 14	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.	% de participación en las cirugías solidarias.	Dic/26	Dirección Acción Social.	Estadística de atención mensual y cumplimiento de agenda.	Plan de Acción Social.	Reuniones con la comunidad y encuestas de seguimiento.
	GRI 15	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.	% de estudios/año.	Dic/26	Dirección Acción Social.	Estadística de atención mensual y cumplimiento de agenda.	Plan de Acción Social.	Reuniones con la comunidad y encuestas de seguimiento.
	GRI 16	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 control de robo 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.	Dic/24	Maternidad / Dirección de Enfermería	Sistema de control de robo 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
	GRI 17	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.	Dic/24	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.	MA.SC-001 Manual de procedimientos de Servicio Central / IT.LL01 Instructivo de Limpieza General del Hospital.	De cara al paciente
	GRI 18	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	Dic/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.
	GRI 19	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.	Dic/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.
	GRI 20	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 y reducir las quejas relacionadas con la experiencia del paciente y el porcentaje de solución de quejas en un 10% para ambos indicadores.	Net Promoter Score, tasa de quejas reportadas por cada 1000 clientes confirmados y porcentaje de solución de quejas a 7 y 14 días.	Último trimestre del 2024	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."
	GRI 21	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	1er semestre 2024	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



GOBERNANZA

Mensaje Institucional
Sección 1: Compromisos generales
Sección 2: Acreditaciones y Objetivos de Desarrollo Sostenible
Sección 3: Gestión de los temas materiales
Sección 4: Índice de referencia

Tema material: Cambio Climático (impacto GRI 22)

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

Como parte de la publicación de las normas de sostenibilidad financiera NIIF S1 y S2, el Hospital inició en 2023 el análisis de los riesgos y oportunidades derivados del cambio climático que tienen potencial para generar cambios sustanciales en las operaciones, los ingresos o los gastos, sin embargo, y considerando que se deben cumplir los parámetros del marco TCFD (Task Force on Climate-related Financial Disclosures), se está proyectando una serie de actividades en 2024 para delimitar las proyecciones de cambio climático y así determinar cuáles podrían ser los riesgos más críticos. Preliminarmente, se están considerando los siguientes riesgos:

- Riesgos físicos: olas de calor, sequías y/o lluvias torrenciales y cambios en la temperatura
- Riesgos de transición: a nivel regulatorio, de préstamos bancarios y también al considerar el comportamiento del

consumidor

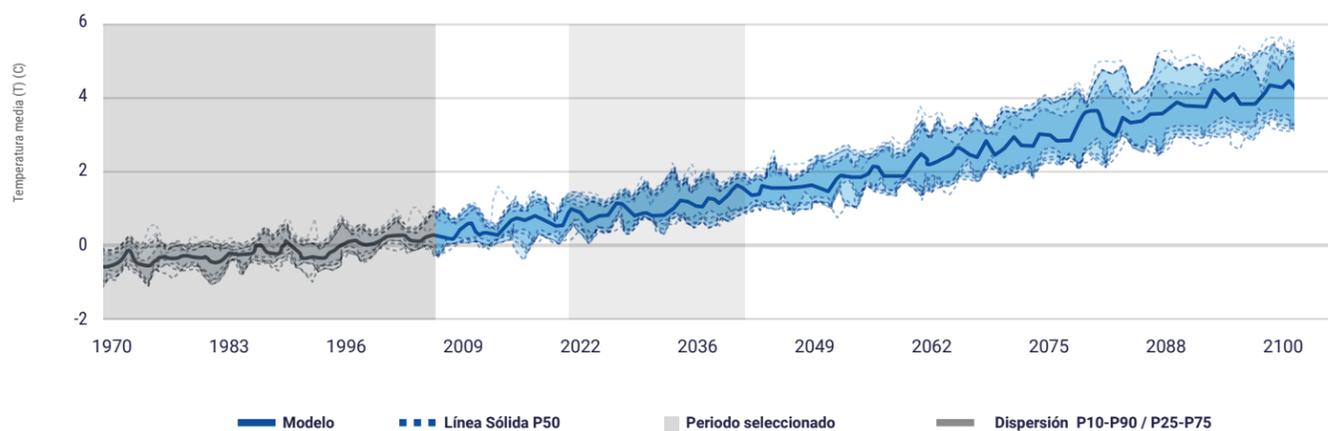
Como parte de este plan, se estará definiendo la herramienta que considere las amenazas y vulnerabilidades, para determinar de manera correcta, los riesgos en los diferentes periodos que define la norma (corto, mediano y largo plazo).

De igual forma se considerarán las implicaciones financieras del riesgo o la oportunidad antes de tomar medidas, que potenciará el desarrollo de planes de adaptación al cambio climático, para definir una adecuada transición relacionada.

El plan de trabajo considera la adquisición de un software que permita delimitar en los sitios donde se ubican emplazamiento o instalaciones del Hospital, las proyecciones de clima citadas. A pesar de que las normas NIIF entrarán en vigor hasta 2026 en Costa Rica y para los grandes contribuyentes, el Hospital ha definido desarrollar este análisis en 2024.

Temperatura media (T) Cambio de grados C - Corto plazo (2021-2040)

Series temporales



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 fue de un 99% en 2023, con un promedio de compras anuales de \$ 22.000.000 y mercadería que 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 priorizan proveedores locales, muchos de ellos Pymes, impactando la creación de empleo en el país.

En 2023, el porcentaje de nuevos proveedores fue bajo (alrededor de un 2%).

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

Actualmente no se han identificado proveedores con impacto ambiental y social, por ello se pretende diseñar y aplicar un esquema de evaluación de proveedores considerando criterios no solo en el entorno económico, sino también en las áreas ambientales y sociales, lo anterior en el marco de la mitigación de impactos negativos. El objetivo es generar 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. Para ello, se ha priorizado la implementación de este programa para iniciar con 17 proveedores en esos 4 años, enfocando las Compras Sostenibles para aquellos que venden Medicamentos e Insumos Médicos al Hospital. En 2023, se generó una primera reunión para ir abordando el plan de trabajo para este desarrollo.

El realizar actividades y procesos de seguimiento por medio de órdenes de compras, reuniones con los proveedores y solicitud de documentos serán de gran provecho para alcanzar la meta establecida. Los siguientes son los criterios iniciales que se analizaron en este primer encuentro y que servirán como hoja de ruta para esta implementación.

Ambientales

- La obtención de materias primas se lleva a cabo sin comprometer entornos ecológicos.
- Para el embalaje se utilizan materiales reciclados o biodegradables.
- Durante la extracción, producción y distribución, se hace un uso eficiente de recursos y gestión adecuada de residuos y aguas residuales.

Económicos

- Relación costo ofertado / capacidad de adquisición de la organización.
- Se prioriza a proveedores locales y el fortalecimiento de PYMES.
- Impacto en la creación de empleo y trabajo decente en el país.

Sociales

- Se promueve la igualdad de género y se prohíbe el trabajo infantil, trabajo forzado, discriminación, acoso, entre otros.
- Se cuenta con la política de promoción de la salud mental y física, bienestar y seguridad laboral.
- Se encuentra al día en sus responsabilidades sociales.

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:

ACTIVIDAD O ÁREA	DELIMITACIÓN	CANTIDAD	PERÍODO	PORCENTAJE
PROVEEDORES	Evaluación de riesgo inherente de contratos	87	2023	100%
ASOCIADOS	Todos los Asociados Activos de ASEMECO	15	2023	100%

- Riesgos de corrupción:

TOTAL RIESGOS REPORTADOS	PERÍODO
0	2023

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:

CATEGORÍA DE MIEMBRO	CANTIDAD	PERÍODO	PORCENTAJE	REGIÓN
Todos los Asociados Activos y Asociados de Honor de ASEMECO.	17	2023	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.

CATEGORÍA LABORAL	CANTIDAD	PERÍODO	PORCENTAJE	REGIÓN
Directores y Gerentes	11	2023	100%	Gran Área Metropolitana
Personal Médico	116	2023	100%	Gran Área Metropolitana
Personal de Enfermería	315	2023	100%	Gran Área Metropolitana
Personal de Farmacia	82	2023	100%	Gran Área Metropolitana
Personal de Contabilidad y Tesorería	40	2023	100%	Gran Área Metropolitana
Cajeros	102	2023	100%	Gran Área Metropolitana
Personal Administrativo (Asesoría Legal, Auditoría Interna, Junta Directiva, oficinistas, secretarías, asistentes de jefaturas, otros puestos administrativos generales, ejecutivos de centro de contacto)	135	2023	100%	Gran Área Metropolitana
Personal Técnico Altamente Capacitado (Tecnologías de la información, Ingenierías)	25	2023	100%	Gran Área Metropolitana
Personal Operativo (Asistente de pacientes, Limpieza, Lavandería, Nutrición, Mantenimiento, Seguridad, Parqueo)	272	2023	100%	Gran Área Metropolitana

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

SOCIOS	CANTIDAD	PERÍODO	PORCENTAJE	REGIÓN
Proveedores	47	2023	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

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

EMPLEADOS	COMPAÑÍA
1098	ASEMECO y ANVECO S.A.

CATEGORÍA LABORAL	CANTIDAD	PERÍODO	PORCENTAJE	REGIÓN
Directores y Gerentes	11	2023	100%	Gran Área Metropolitana
Personal Médico	116	2023	100%	Gran Área Metropolitana
Personal de Enfermería	315	2023	100%	Gran Área Metropolitana
Personal de Farmacia	82	2023	100%	Gran Área Metropolitana
Personal de Contabilidad y Tesorería	40	2023	100%	Gran Área Metropolitana
Cajeros	102	2023	100%	Gran Área Metropolitana
Personal Administrativo (Asesoría Legal, Auditoría Interna, Junta Directiva, oficinistas, secretarías, asistentes de jefaturas, otros puestos administrativos generales, ejecutivos de centro de contacto)	135	2023	100%	Gran Área Metropolitana
Personal Técnico Altamente Capacitado (Tecnologías de la información, Ingenierías)	25	2023	100%	Gran Área Metropolitana
Personal Operativo (Asistente de pacientes, Limpieza, Lavandería, Nutrición, Mantenimiento, Seguridad, Parqueo)	272	2023	100%	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

CATEGORÍA	INCIDENTES	TIPO DE SANCIONES APLICADAS	PERÍODO
EMPLEADOS	0	Despidos (0) Otras sanciones (0)	2023
ASOCIADOS	0	Suspensión de la condición (0)	2023
PROVEEDORES	0	Recisiones a contratos (0)	2023
CASOS JURÍDICOS	0	Procesos en contra de la institución (0) Procesos en contra de algún empleado (0)	2023





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

En el siguiente cuadro se muestran en detalle los compromisos de gestión que el Hospital está asumiendo en la dimensión de Economía y Gobernanza, tomando como referencia el plan de

compromisos del año 2024 al año 2030. Lo anterior con base en los requerimientos de GRI 3-3.

Dimensión	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
GRI 22	Cambio Climático		Reducción del riesgo relacionado con impactos reales y potenciales ASG 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 S1 y S2 y sus respectivos planes de mejora.	1/12/2024 y dic 2030	Gerencia de Calidad y Ambiente / Dirección Financiera	Análisis de riesgos de cambio climático por realizar en 2024 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.	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.
GRI 23	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 4 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.	Dic/27	Proveeduría / Gerencia de Calidad y Ambiente / Dirección de Operaciones	Órdenes 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.
GRI 24	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.	Dic/25	Junta Directiva	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.

SECCIÓN 4

Índice de referencia



Índice de Contenidos GRI

Declaración de uso: el Hospital Clínica Bíblica ha presentado la información citada en este índice de contenidos GRI para el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2023 utilizando como referencia los Estándares GRI.

GRI 1 usado / GRI 1: Fundamentos 2021

Estándar GRI	Contenido	Ubicación (número de página)
Sección 1: Contenidos generales		6
	2.1 Detalles organizacionales	7
	2.2 Entidades incluidas	9
	2.3 Periodo, frecuencia	9
	2.4 Actualización de la información	9
	2-5 Verificación externa	9
	2-7 Empleados	10
	2-9 Estructura de gobernanza	12
	2-10 Designación y selección del máximo órgano de gobierno	16
	2-11 Presidente del máximo órgano de gobierno	16
	2-22 Declaración sobre la estrategia de desarrollo sostenible	17
	2-23 Compromisos y políticas	17
	2-29 Enfoque para la participación de los grupos de interés	17
Sección 2: Acreditaciones y Objetivos de Desarrollo Sostenible		18
Sección 3: Gestión de los temas materiales		23
3.1: Determinación de los temas materiales GRI 3-1 y 3-2		24
GRI 3: Temas Materiales 2021	3-1 Proceso de determinación de los temas materiales	24
	3-2: lista de temas materiales	24

3.2: Temas materiales y compromisos de gestión GRI 3-3 28

Dimensión Ambiental		29
Tema material: Gestión de la Energía (impacto GRI 1)		29
GRI 302: Energía 2016	302-1 Consumo de energía dentro de la organización	29
	302-3 Intensidad energética	32
	302-4 Reducción del consumo energético	32
Tema material: Gestión de las aguas residuales (impacto GRI 2)		34
GRI 303: Agua y efluentes 2018	303-2 Gestión de los impactos relacionados con el vertido de agua	34
Tema material: Emisiones (impacto GRI 3)		35
GRI 305: Emisiones 2016	305-1 Emisiones directas de GEI (alcance 1)	35
	305-2 Emisiones indirectas de GEI asociadas a la energía (alcance 2)	36
	305-3 Otras emisiones indirectas de GEI (alcance 3)	36
	305-4 Intensidad de las emisiones de GEI	36
	305-5 Reducción de las emisiones de GEI	36
Tema material: Residuos (impacto GRI 4)		38
GRI 306: Residuos 2020	306-1 Generación de residuos e impactos significativos relacionados con los residuos	38
	306-2 Gestión de impactos significativos relacionados con los residuos	38
	306-3 Residuos generados	40
	306-4 Residuos no destinados a eliminación	40
	306-5 Residuos destinados a eliminación	41
GRI 413: Comunidades locales 2016	413-1 a-iii. Operaciones con programas de participación de la comunidad local, evaluaciones del impacto y desarrollo	42
GRI 3: Temas Materiales 2021	3-3 Gestión de los temas materiales (dimensión Ambiental)	44

Dimensión Social 45

Tema material: Gestión laboral (impactos GRI 5, 6 y 7) 45

GRI 401: Empleo 2016	401-1 Contrataciones de nuevos empleados y rotación del personal	45
GRI 405: Diversidad e igualdad de oportunidades 2016	405-1 Diversidad de empleados	48
GRI 410: Prácticas en materia de seguridad 2016	410-1 Personal de seguridad capacitado en políticas o procedimientos de derechos humanos.	48

Tema material: Seguridad de Contratistas (impactos GRI 8) 48

GRI 403: Salud y seguridad en el trabajo 2018	403-2 Identificación de peligros, evaluación de riesgos e investigación de incidentes	48
	403-4 Participación de los trabajadores, consultas y comunicación sobre salud y seguridad en el trabajo	49
	403-8 Cobertura del sistema de gestión de la salud y la seguridad en el trabajo	50
	403-9 Lesiones por accidente laboral	50
	403-10 Las dolencias y enfermedades laborales	50

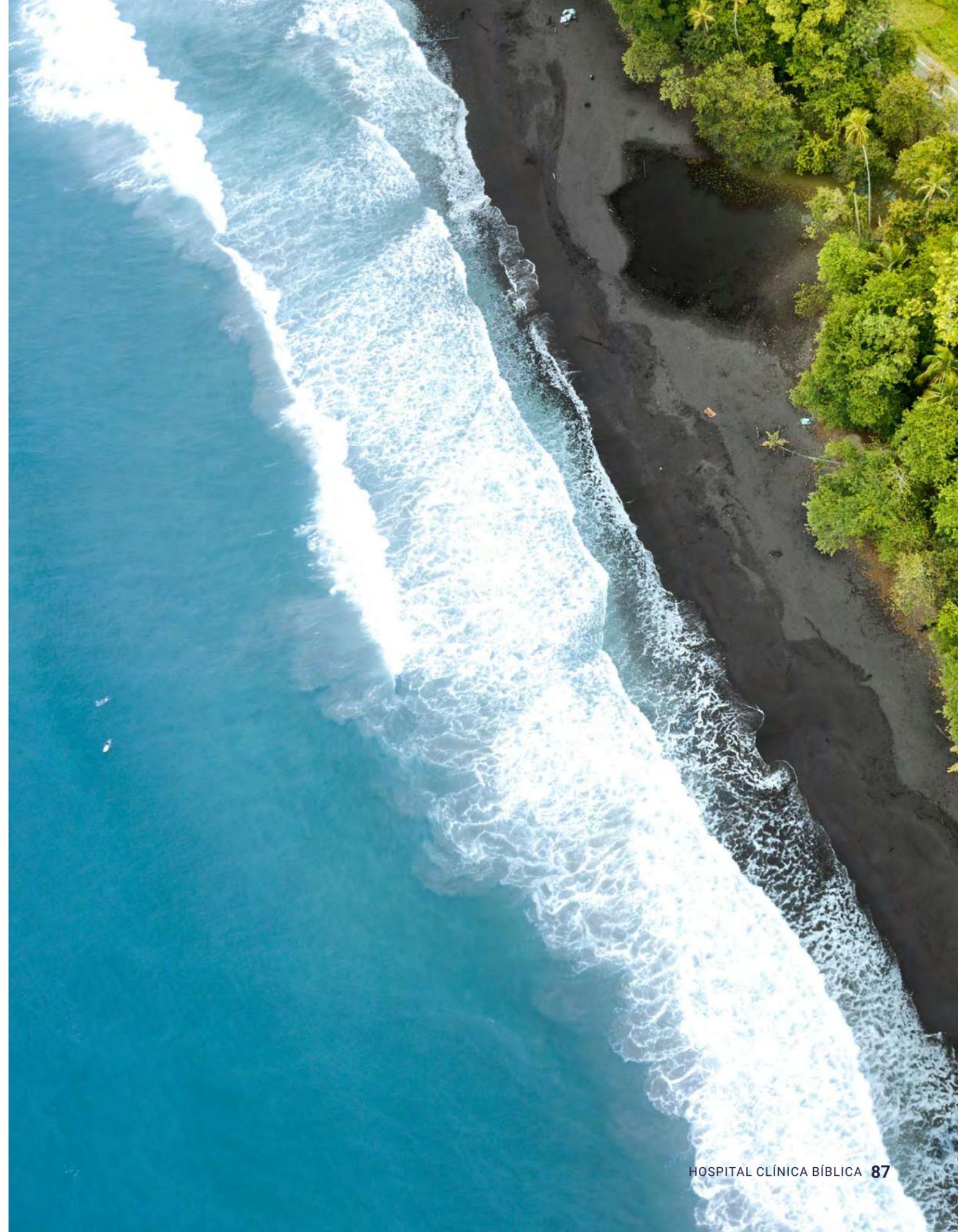
Tema material: Salud y Seguridad del Personal (impactos GRI 9) 51

GRI 403: Salud y seguridad en el trabajo 2018	403-1 Sistema de gestión de la salud y la seguridad en el trabajo	51
	403-2 Identificación de peligros, evaluación de riesgos e investigación de incidentes	51
	403-3 Servicios de Salud en el Trabajo	52
	403-4 Participación de los trabajadores, consultas y comunicación sobre salud y seguridad en el trabajo	53
	403-9 Lesiones por accidente laboral	53
	403-10 Las dolencias y enfermedades laborales	54

Tema material: Bienestar y desarrollo comunitario (impactos GRI 10, 11, 12, 13, 14 y 15) 55

GRI 413: Comunidades locales 2016	413-1 Operaciones con programas de participación de la comunidad local, evaluaciones del impacto y desarrollo	55
	413-2 Operaciones con impactos negativos significativos –reales o potenciales– en las comunidades locales	62

Tema material: Seguridad y Experiencia del Paciente (impactos GRI 16, 17, 18, 19 y 20)		64
	Implementación de sistema de control de robo de bebés	64
	Cirugías seguras	65
	Cambio en el sistema de expediente digital	65
	Programa PROA	66
	Experiencia del Paciente	67
Tema material: Seguridad de la Información (impacto GRI 21)		70
GRI 3: Temas Materiales 2021	3-3 Gestión de los temas materiales (dimensión Social)	71
Dimensión Gobernanza		75
Tema material: Cambio Climático (impacto GRI 22)		75
GRI 201: Desempeño económico 2016	201-2 Implicaciones Financieras y otros riesgos y oportunidades derivados del cambio climático	75
Tema material: Cadena de Valor (impacto GRI 23)		76
GRI 204: Prácticas de abastecimiento 2016	204-1 Proporción de gasto en proveedores locales	76
GRI 308: Evaluación ambiental de proveedores 2016	308-1 Nuevos proveedores que han pasado filtros de selección de acuerdo con criterios ambientales	76
	308-2 Impactos ambientales negativos en la cadena de suministro y medidas tomadas	76
GRI 414: Evaluación social de los proveedores 2016	414-1 Nuevos proveedores que han pasado filtros de selección de acuerdo con criterios sociales	76
	414-2 Impactos sociales negativos en la cadena de suministro y medidas tomadas	76
Tema material: Gobernanza y ética (impacto GRI 24)		77
GRI 205: Anticorrupción 2016	205-1: Operaciones evaluadas en función de los riesgos relacionados con la corrupción:	77
	205-2: Comunicación y formación sobre políticas y procedimientos anticorrupción:	77
	205-3: Incidentes de corrupción confirmados y medidas tomadas:	79
GRI 3: Temas Materiales 2021	3-3 Gestión de los temas materiales (dimensión Gobernanza)	81
Sección 4: Índice de referencia		82



Hospital Clínica Bíblica

Hospital Clínica Bíblica Sede San José

Hospital Clínica Bíblica Sede Santa Ana

ALESTE (Pronto)

Central Telefónica: +506 2522 1000

Whatsapp: +506 8595 7000

www.clinicabiblica.com



HOSPITAL CLÍNICA
BÍBLICA