

Informe de Sostenibilidad 2025



**Clínica
Bíblica**



Informe de Sostenibilidad 2025

Mensaje Institucional	4
Alcance	6
SECCIÓN 1: Contenidos generales	7
SECCIÓN 2: Acreditaciones y Objetivos de Desarrollo Sostenible	27
SECCIÓN 3.1: Determinación de los temas materiales GRI 3-1 y 3-2	29
SECCIÓN 3.2: Temas materiales y compromisos de gestión GRI 3-3	38
Dimensión Ambiental	39
Dimensión Social	68
Dimensión Gobernanza	132
SECCIÓN 4: Índice de referencia	142

Mensaje Institucional

Con mucha satisfacción presentamos nuestro tercer informe de Sostenibilidad, referenciado con base en los estándares del Global Reporting Initiative (GRI por sus siglas en inglés) y para el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2025. En este reporte reflejamos los avances que hemos tenido en este último año, pero también los desafíos que, como parte de este camino, tenemos de cara al año 2030.

A continuación presentamos un resumen de las actividades más importantes que hemos desarrollado en cada una de las dimensiones de la sostenibilidad en 2025:

Dimensión Ambiental: en 2025 el plan maestro para la implementación de la nueva planta de tratamiento de aguas residuales en nuestra sede central, tiene un avance muy importante al punto que se logra determinar finalmente el tipo de tecnología que sería adquirida y también se define la localización exacta donde se estará desarrollando el proyecto. Para 2026, únicamente quedará pendiente el desarrollo del proceso de permisos correspondientes y la posible puesta en marcha del proyecto. Por su parte, a nivel de emisiones, logramos una reducción de 68.11 toneladas de CO2 eq. gracias a las siguientes acciones: cambio de luminarias fluorescentes por LED, implementación de una nueva secadora eléctrica en la Lavandería, uso de paneles solares y fotovoltaicos en el Hospital, valorización de residuos orgánicos por medio de vermicompostaje y también de residuos de madera y cartón provenientes de los residuos de la construcción, entre otros. En relación con el uso del óxido nitroso en salas de Cirugía, un hito



Maex. Gerardo Sánchez Cordero
Director General

muy importante fue la prohibición final de su uso en el mes de noviembre del 2025. En materia de residuos logramos la sustitución parcial de botellas plásticas por botellas de aluminio, lo anterior con el fin de reducir nuestro impacto ambiental por la generación de plástico al utilizar este tipo de botellas para el consumo de agua potable, con una reducción del 65% en el último año. Solo en casos muy puntuales se ha mantenido el uso de botellas plásticas, bajo ciertas condiciones y que paulatinamente se estará analizando su posterior reemplazo. Por otro lado, se inició con un proyecto muy positivo de reúso de residuos de la construcción, con lo cual se evitó el envío de 140 toneladas de estos residuos al relleno sanitario, logrando un 70.7% de avance en la meta propuesta que busca que el 40% de nuestros residuos deje de ser enviado al relleno sanitario. A su vez, en 2025, contratamos los servicios de un proveedor para incrementar los procesos de vermicompostaje, pasando de 0.82 a 5.52 toneladas en el último año, al incorporar a los diferentes restaurantes de la Clínica en este proceso, pues anteriormente solo lo hacíamos con los residuos del área de Nutrición.

Finalmente, en materia de energía, se realizaron nuevas acciones de reducción como se describe a continuación: cambio de luminarias en diferentes áreas del Hospital (Lobbies Omega, rampa de emergencias, Puente Garo, CEDI / Proveeduría, Torre de Estacionamiento en sede central y lobbies Cabezas López) para un total de ahorro de 42143.72 KWh. Además, se cambió la última secadora que se tenía a base de gas LP por una nueva secadora eléctrica en la Lavandería del Hospital.

Dimensión Social interna: en 2025 se logró capacitar a 460 Colaboradores de nuevo ingreso en temas relacionados con los derechos humanos. A su vez, 455 colaboradores participaron en las actividades del Programa de Bienestar, superando la meta inicial establecida. El porcentaje del personal femenino en puestos de liderazgo fue de un 52.76%. En materia de rotación del personal, el resultado fue de un 14.5% reduciendo ligeramente el resultado que habíamos obtenido de un 15.75% en 2024, para lo cual continuaremos diferentes acciones para mejorar este resultado.

Dimensión social externa: a través del Programa de Acción Social, se mantienen resultados muy positivos, dentro de los cuales destaca la implementación de 12394 mamografías que contrasta con las 6475 del año anterior, ya que logramos iniciar la operación de una segunda móvil de mamografías, con lo cual logramos apoyar a más personas que tienen esta necesidad. A su vez, realizamos 195 cirugías solidarias, superando de manera importante las 158 que habíamos realizado en 2024. Por su parte, realizamos 1483 exámenes de detección de cáncer de cérvix, superando los 900 del año anterior. En materia de Seguridad logramos mantener resultados muy positivos en Maternidad (100% en el uso de los dos brazaletes identificadores en Maternidad) y una tasa de infecciones asociadas a sitio quirúrgico del 0.38% muy por debajo de la meta del 3%. Por otro lado, el 2025 representó un año clave en la puesta en marcha del nuevo expediente electrónico hospitalario, con una primera etapa

desarrollada en el área de Urgencias. En relación con el Net Promoter Score y la experiencia de nuestros pacientes, el resultado obtenido fue de 69, para el cual continuamos los esfuerzos de mejora continua en el Hospital. Finalmente, en materia de ciberseguridad, el Hospital continúa realizando esfuerzos clave. Es importante destacar que en 2025, abrimos una nueva sucursal denominada Aleste en la zona este de San José, lo que ha representado un reto muy importante de nuestra expansión manteniendo los niveles de Calidad y Seguridad que nos solicita nuestro ente acreditador Joint Commission.

Dimensión económica: logramos documentar un primer plan de adaptación al cambio climático, relacionado con riesgos físicos por un incremento de las lluvias y eventos climáticos, que supone un nivel importante de preparación de nuestro Hospital queriendo para ello reforzar las condiciones de nuestras plantas eléctricas, con una inversión aprobada superior a los 2 millones de dólares para los próximos años. Además, en 2025, logramos desarrollar un primer plan piloto de compras sostenibles, proyectando lo que será la futura implementación de este programa en los próximos años. Por su parte, hemos venido reforzando con miembros del Gobierno Corporativo, ejercicios de sensibilización y capacitación en materia de sostenibilidad. Finalmente, logramos implementar con nuestros grupos de interés una encuesta por medio de la herramienta Qualtrics, a través de la cual reafirmamos la identificación de los impactos ambientales, sociales y económicos de nuestro Hospital, consolidando con ello, los compromisos de sostenibilidad que seguimos desarrollando hacia el año 2030.

Agradecemos a todo nuestro personal, por mantener su compromiso y dedicación para el cumplimiento de estos objetivos y también a nuestra Junta Directiva por seguir apoyando estos ejercicios, cuyo fin radica en la generación de valor para nuestra Organización, con miras a tener una operación cada vez más sostenible y resiliente.

Alcance

Alcance: este es el tercer informe de Sostenibilidad con referencia a los estándares del Global Reporting Initiative cuyo alcance abarca ASEMECO y ANVECO con excepción de los Ebais, éstos últimos cuya operación finalizó en ASEMECO en julio del 2025. A su vez, se incorpora dentro de nuestra operación una nueva sucursal en julio del 2025 en la zona este de San José denominada Aleste.

Las informaciones presentadas corresponden al año 2025 y el plan de compromisos de sostenibilidad abarca las actividades que hemos venido desarrollando desde el año 2023, hasta el 2025 y los compromisos pendientes de ejecutar al año 2030. Según corresponda, se presenta una comparación de resultados para los años 2023, 2024 y 2025.



**ASEMECO
(3 sedes)**



**ANVECO
(Torre Omega)**



**ASEMECO
(Ebais)**

1. 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 y controladora de Anveco Costa Rica, S.A. la cual es una entidad cuya actividad principal es el arrendamiento de inmuebles.

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.

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



- d. Centro de excelencia en endoscopia digestiva.
- e. Consultorios Médicos.
- f. Farmacias.
- g. Chequeos Médicos Preventivos.
- h. Cirugías Ambulatorias.
- i. Centro de Vacunación.

Nueva Sede Aleste (Ubicada en Curridabat)

- 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 generales y ambulatorias.
- i. Hospitalización y Maternidad.



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, la cual dejó de formar parte de la operación del Hospital a partir de julio 2025), Sede Santa Ana, Torre Médica Omega (Anveco) y la nueva sede Aleste que inició operaciones en julio del 2025. 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 2025 al 31 de diciembre del 2025, de todas las operaciones de ASE-MECO, el cual tiene una frecuencia de información anual. La información financiera se reveló en el mes de abril del 2026. Los estados financieros consolidados de la Asociación al 31 de diciembre de 2025 fueron aprobados por la Administración para su emisión el 15 de abril del 2026. Los reportes de Sostenibilidad se presentan de manera anual con base en los estándares del Global Reporting Initiative (GRI).

La publicación del presente informe corresponde al mes de julio 2026.

El punto de contacto para cuestiones relacionadas con el presente informe de Sostenibilidad es la Jefatura de Gestión de Instalaciones y Ambiente a quien se puede contactar en el correo: avargast@ClinicaBiblica.com

2-4 Actualización de la información

Al ser este el tercer reporte de Sostenibilidad, a través del documento se presentan una serie de actualizaciones de la información presentada en el periodo 2023, integrándole con los resulta-

dos del 2024 y 2025, lo cual permite desarrollar el principio de comparabilidad para estos 3 años. Dichas actualizaciones especifican el motivo y efectos de su presentación.

2-5 Verificación externa

El presente informe es el tercero 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. El Gobierno Corporativo ha participado desde el inicio de este proceso, pues se considera fundamental su participación e integración en estos procesos.

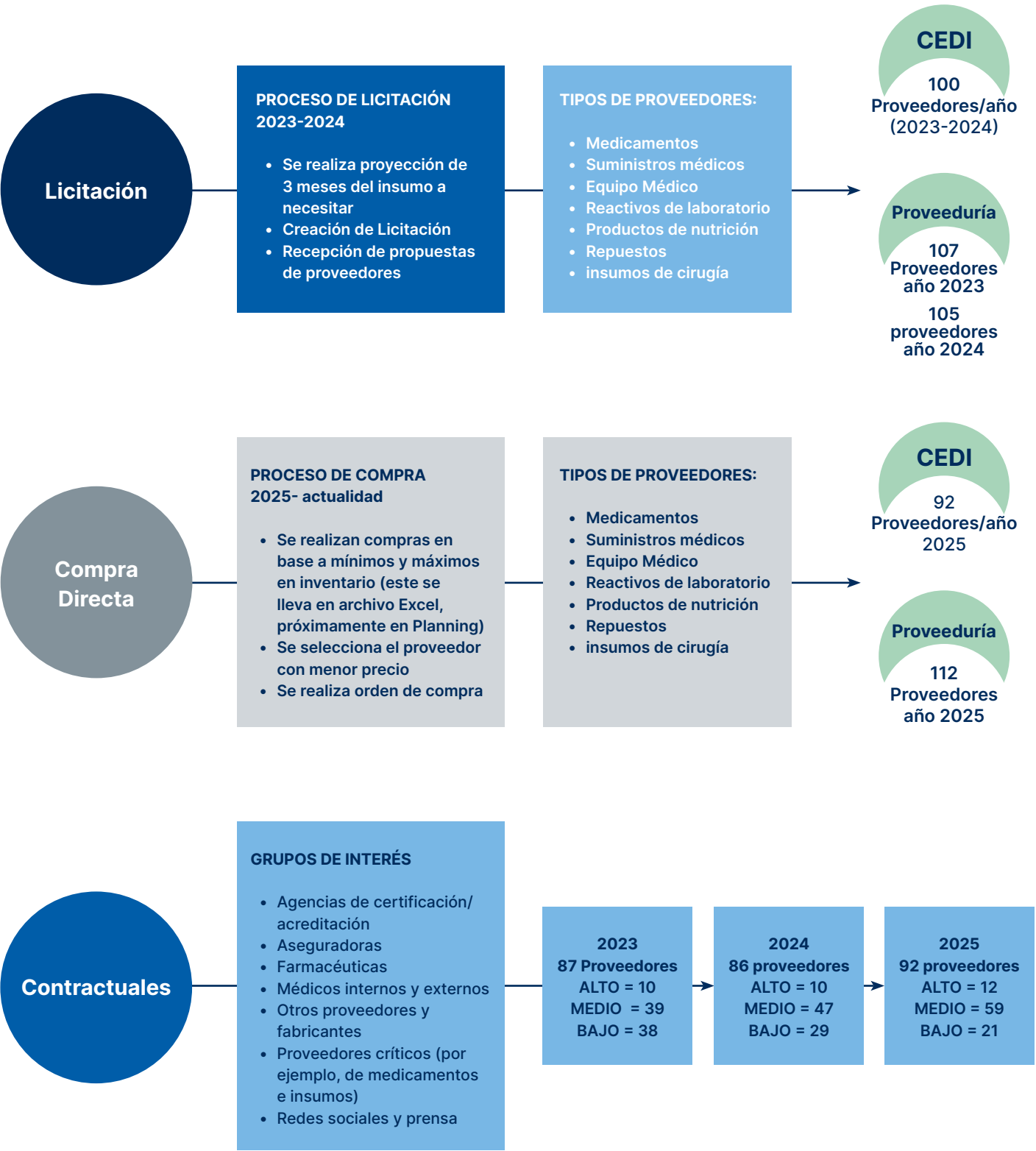
2-6 Actividades, cadena de valor y otras relaciones comerciales

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



Cadena de suministros

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

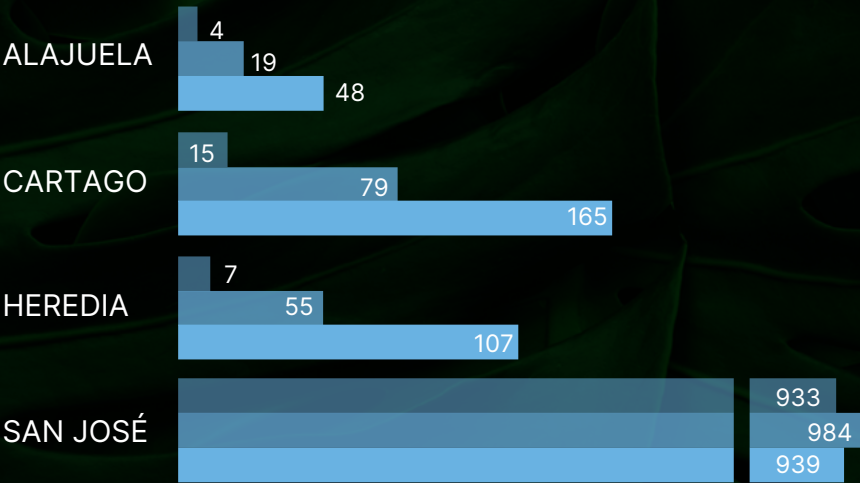


2-7 Empleados

A continuación, se muestran datos relacionados con el perfil de los empleados en el Hospital los cuales fueron tomados y compilados del sistema de planillas vigente durante los periodos 2023, 2024 y 2025

Número total de empleados por género y región:

Sede Central



Sede Central 2023

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

Sede Central 2024

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

Sede Central 2025

REGIÓN			Total
ALAJUELA	32	16	48
CARTAGO	112	53	165
HEREDIA	64	43	107
SAN JOSÉ	563	376	939
Total	771	488	1259



Sede Santa Ana



Sede Santa Ana 2023

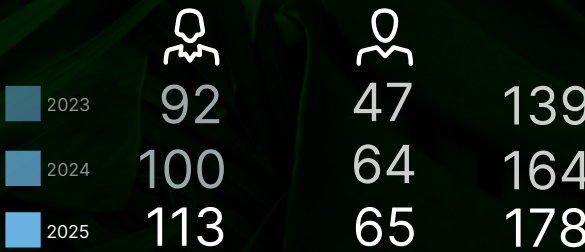
REGIÓN			Total
ALAJUELA	1	2	3
CARTAGO	0	1	1
HEREDIA	0	1	1
SAN JOSÉ	91	43	134
Total	92	47	139

Sede Santa Ana 2024

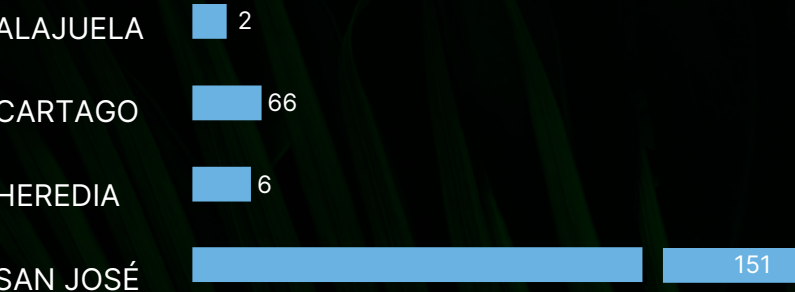
REGIÓN			Total
ALAJUELA	2	2	4
CARTAGO	5	4	9
HEREDIA	5	2	7
SAN JOSÉ	88	56	144
Total	100	64	164

Sede Santa Ana 2025

REGIÓN			Total
ALAJUELA	8	6	14
CARTAGO	3	4	7
HEREDIA	14	3	7
SAN JOSÉ	88	52	140
Total	113	65	178

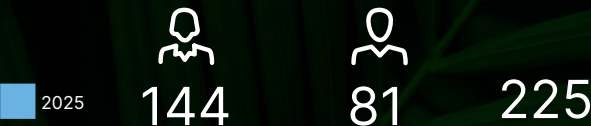


Sede Aleste



Sede Aleste 2025

REGIÓN			Total
ALAJUELA	2	0	2
CARTAGO	51	15	66
HEREDIA	4	2	6
SAN JOSÉ	87	64	151
Total	144	81	225



Número total de empleados temporales por género y región:

Sede Central 2023

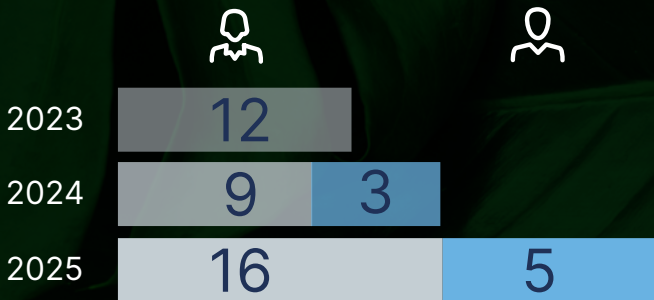
REGIÓN			Total
SAN JOSÉ	12	0	12
Total	12	0	12

Sede Central 2024

REGIÓN			Total
SAN JOSÉ	9	3	12
Total	9	3	12

Sede Central 2025

REGIÓN			Total
SAN JOSÉ	16	5	21
Total	16	5	21



Empleados por horas no garantizadas por género y región: 0 empleados en 2025 y 2024.

Empleados a tiempo completo por género y región:

Ambas Sedes 2023

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

Ambas Sedes 2024

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

Sede Central 2025

REGIÓN		
ALAJUELA	40	20
CARTAGO	160	67
HEREDIA	72	40
SAN JOSÉ	711	464
Total	983	591



Empleados a tiempo parcial por género y región:

Sede Central 2023

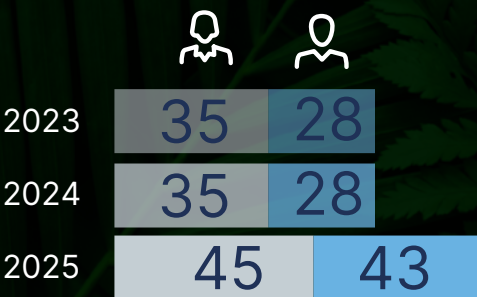
REGIÓN		
ALAJUELA	0	2
CARTAGO	0	1
SAN JOSÉ	35	25
Total	35	28

Sede Central 2024

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

Sede Central 2025

REGIÓN		
ALAJUELA	2	2
CARTAGO	6	5
HEREDIA	10	8
SAN JOSÉ	27	28
Total	45	43



2-9: Estructura de Gobernanza:

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

Asamblea General de Asociados:

- 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)

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 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	Tomás Monterroso Azofeifa	2023-2025	+15 Años
Vocal	Marco Cercone Cabezas	2023-2025	+15 Años

Nombramiento de nueva Junta Directiva: de acuerdo con los Estatutos vigentes de la Asociación, en fecha 26 de setiembre 2025 se realizó la elección de la Junta Directiva para el periodo 2025-2027, lo cual quedó consignado en el acta número 121. A continuación, se describe la nueva conformación de la Junta Directiva:

Cargo	Nombre	Período	Años Asociado
Presidente	Esteban Brenes Castro	2025-2027	+25 años
Vicepresidente	Natalie Naranjo Galloni	2025-2027	+5 años
Tesorero	Rafael Ramírez González	2025-2027	+5 años
Secretario	Tomás Monterroso Azofeifa	2025-2027	+15 años
Vocal	Marco Cercone Cabezas	2025-2027	+15 años

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

Nombramiento del nuevo Órgano Fiscal: de acuerdo con los Estatutos vigentes de la Asociación, en fecha 26 de setiembre 2025 se realizó la elección del nuevo fiscal para el periodo 2025-2027, lo cual quedó consignado en el acta número 121. A continuación, se describe la nueva conformación de la Fiscalía:

Cargo	Nombre	Período	Años Asociado
Fiscal	Marco Antonio Pérez Bonilla	2025-2027	+25 años

Consejos y Comisiones:

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

Consejo de Acción Social:

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

Consejo de Auditoría y Riesgo:

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

Consejo de Ética:

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

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

Comisión de Asuntos Jurídicos:

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

Comisión de Nuevos Negocios:

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

Comisión de Gestión de Talento:

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

- A continuación, se presenta la información de la Comisión de Alianzas y Desarrollo de Recursos:

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

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

Procesos de designación y selección de la Junta Directiva:

- 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 dos años durante la primera quincena del mes de octubre y tomará posesión el primero de noviembre. Por acuerdo de todas las partes, en esta ocasión, la elección se llevó a cabo el 26 de setiembre del 2025. La votación es secreta y se hará separada para cada puesto resultando electos los que obtuvieren mayoría simple de votos.	La Asamblea podrá convocar a una Asamblea Extraordinaria para conocer y resolver sobre: <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.

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</u> , o ni haya una <u>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</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:

- **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.

- 2-12 Función del máximo órgano de Gobierno en la supervisión de la gestión de los impactos
- 2-13 Delegación de la responsabilidad de gestión de los impactos
- 2-14 Función del máximo órgano de Gobierno en la presentación de informes de sostenibilidad
- 2-16 Comunicación de inquietudes críticas
- 2-17 Conocimientos colectivos del máximo órgano de gobierno
- 2-24 Incorporación de los compromisos y políticas
- 2-25 Procesos para remediar los impactos negativos
- 2-26 Mecanismos para solicitar asesoramiento y plantear inquietudes
- 2-29 Enfoque para la participación de los grupos de interés

La Junta Directiva delegó durante el año 2025, el seguimiento, formulación y presentación del plan anual de Sostenibilidad en la Gerencia de Calidad y Ambiente. En este año, esta Gerencia presentó dichos resultados a la Junta Directiva a través de 3 reuniones en las siguientes fechas: 23 de abril, 29 de agosto, y 19 de diciembre. En particular, estas sesiones permitieron conocer los avances que se han venido desarrollando y también los retos para los próximos años, lo que permitió al Gobierno Corporativo, no solo revisar tales resultados, sino que también aprobar la hoja de ruta para el año 2026, a través del plan de Sostenibilidad, documento que fue realizado

por primera vez en función también de la acreditación de Joint Commission, ya que en 2025, se presentó por primera vez este plan como parte del nuevo capítulo de la norma, denominado Global Health Impact que aborda la implementación de procesos de descarbonización y resiliencia. En complemento, la Junta Directiva revisa y aprueba periódicamente la información correspondiente a nuestros Informes de Sostenibilidad. En el caso de nuestro segundo informe del año 2024, éste fue aprobado en la sesión del 23 de abril del 2025. En esta misma sesión se aprobó el uso de la herramienta Qualtrics, por parte de los grupos de interés más importantes del Hospital,





con el fin de robustecer el análisis de materialidad inicial que se había diseñado en 2024. Esta encuesta fue aplicada meses más tarde, permitiendo, junto con diferentes líderes del Hospital, actualizar el análisis de materialidad de impacto citado. En esta misma sesión, se acordó realizar una capacitación para miembros de la Junta Directiva en temas de sostenibilidad y doble materialidad, la cual fue realizada meses más tarde, lo que refleja el compromiso del Gobierno Corporativo en estos temas. En cuanto a este tercer informe correspondiente al año 2025, el mismo fue aprobado con base en la sesión de Junta Directiva del mes de diciembre del 2025, en la cual se revisaron los resultados de ese año y también las actividades para el 2026. Como se había mencionado en el reporte de sostenibilidad anterior, se proyecta que el tratamiento y debida diligencia de los riesgos ASG será puesto en práctica en 2026 o 2027, considerando que en 2025, se ha ido logrando un nivel de madurez que ha permitido mejorar la identificación de impactos. A través de este proceso, se mantiene la integración de la Junta Directiva, con el fin de lograr la eficacia de estas acciones.

Con relación a las inquietudes críticas que GRI define como aquellas sobre los impactos negativos reales y potenciales sobre los grupos de interés, se espera que a través del proceso de tratamiento de la debida diligencia por desarrollar en 2026/2027, se pueda ir integrando su

tratamiento, dentro del sistema de atención de quejas que posee el Hospital.

Finalmente, en relación con la generación de conocimiento colectivo en materia de sostenibilidad, durante el 2025 se realizaron una serie de capacitaciones como se describe a continuación:

- Capacitación al personal de nuevo ingreso: 460 colaboradores
- Capacitación a todo el personal del Hospital: 1238 colaboradores
- Capacitación a miembros de Junta Directiva el 5 de setiembre del 2025: a un total de 8 asociados

2-15 Conflictos de interés

Al igual que en años anteriores el máximo órgano de gobierno (Junta Directiva), asegura la prevención y mitigación de los conflictos de interés mediante la firma de una declaración jurada. Todos los miembros del órgano están obligados a presentar, de manera anual, una declaración jurada en la que se detallen posibles conflictos de interés, tanto personales como profesionales. Esta declaración es revisada minuciosamente para identificar y gestionar cualquier situación potencial que pudiera comprometer la imparcialidad y la integridad en la toma de decisiones. En caso de detectar un po-

tencial conflicto, los miembros de la Junta Directiva se someten a una investigación para determinar la gravedad del incumplimiento y la sanción aplicable, la cual puede ir desde la suspensión hasta la destitución del miembro. Se informa de manera transparente a todos los grupos de interés relacionados a los miembros de la Junta Directiva, para subsanar eventuales conflictos de interés que puedan surgir. Lo anterior queda registrado en el documento FO.AL-027. Declaración de conflictos de interés para Miembros de la Junta Directiva.

2-18 Evaluación del desempeño del máximo órgano de gobierno

Se aplican tres formularios de evaluación para valorar la gestión de la Junta Directiva: uno a los propios miembros de la Junta, otro a la totalidad de los asociados y, por último, uno a la administración. Estos formularios permiten obtener una visión integral y objetiva del desempeño y la eficacia del máximo órgano de gobierno en la supervisión de la gestión de la organización. Con el fin de garantizar un proceso justo y transparente, proporcionando una evaluación precisa y objetiva del desempeño de la Junta Directiva, las evaluaciones son totalmente independientes e individuales, manteniendo su aplicación una vez al año, de acuerdo con el periodo fiscal vigente según la legislación costarricense. Los resultados que arroja cada evaluación son analizados por la figura de la Fiscalía, quien se encarga de presentarlos

ante la totalidad de los asociados, gestionando los acuerdos correspondientes, de acuerdo con los hallazgos destacados en cada evaluación, lo cual puede incluir diversos cambios dentro de la Junta Directiva y en las prácticas organizativas, asegurando que la Junta Directiva opere de manera eficiente y en el mejor interés de la organización y sus partes interesadas. Los resultados de las evaluaciones mencionadas anteriormente se presentaron el 4 de julio del 2025. Todo lo anterior, se complementa con el seguimiento de la Junta Directiva a los diferentes compromisos de gestión en materia de sostenibilidad.

2-22 Declaración sobre la estrategia de desarrollo sostenible

La siguiente es la política de Sostenibilidad que había sido adoptada en la sesión de Junta Directiva del 12 de diciembre del 2024 y que se mantiene en este proceso de implementación:

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

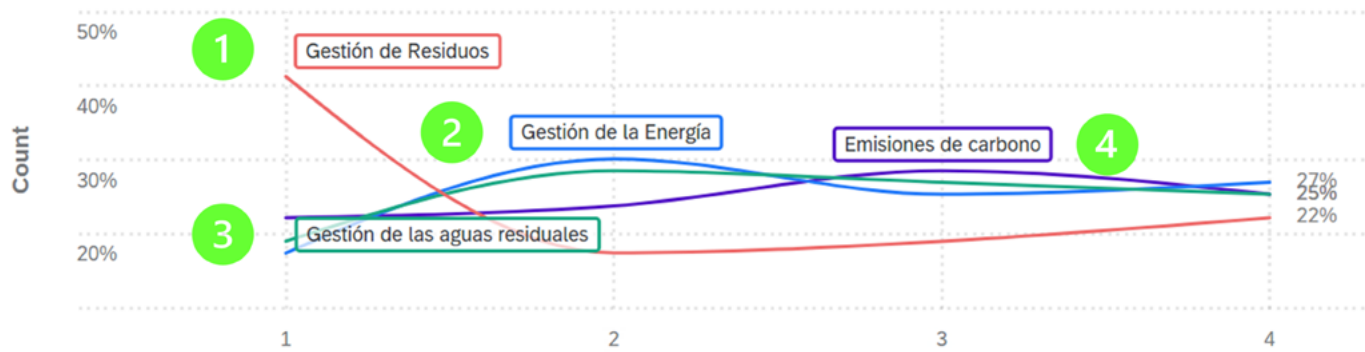
2-23 Compromisos y políticas
2-27 Cumplimiento de la legislación y las normativas

En materia de legislación y cumplimiento normativo, durante 2025 el Hospital no presentaron casos de incumplimiento significativos que hayan derivado en multas o sanciones no monetarias. Por su parte, el Hospital Clínica Bíblica posee una serie de instrumentos a través de los cuales mantiene una conducta responsable, a saber:

- Cumplimiento de la legislación vigente tanto a través de normativa local (reglamentos y leyes asociados con la operación), como a nivel de normativa de Calidad y Seguridad a través del cumplimiento de procesos de acreditación y certificación.
- El Hospital dispone del Código de Ética MA-DG-001, en el cual se describen los compromisos vigentes relacionados con el respeto de los derechos humanos reconocidos internacionalmente, lo que incluye una declaración que promueve mantener su cumplimiento, integrándose con el valor de la Sostenibilidad como eje central, integrando además, la política de Sostenibilidad de la Organización. Este compromiso incluye a nuestros Pacientes y sus Familiares, Colaboradores, Proveedores, Asociados y Junta Directiva. A su vez, se aplica en las actividades de la organización y sus relaciones comerciales, integrando a los grupos de interés pertinentes.
- Los compromisos y políticas son comunicados a los Colaboradores y otras partes interesadas, por diferentes medios de comunicación como la Intranet del Hospital y también a través de los procesos de contratación.
- En relación con la encuesta aplicada a los grupos de interés durante el 2025, a continuación

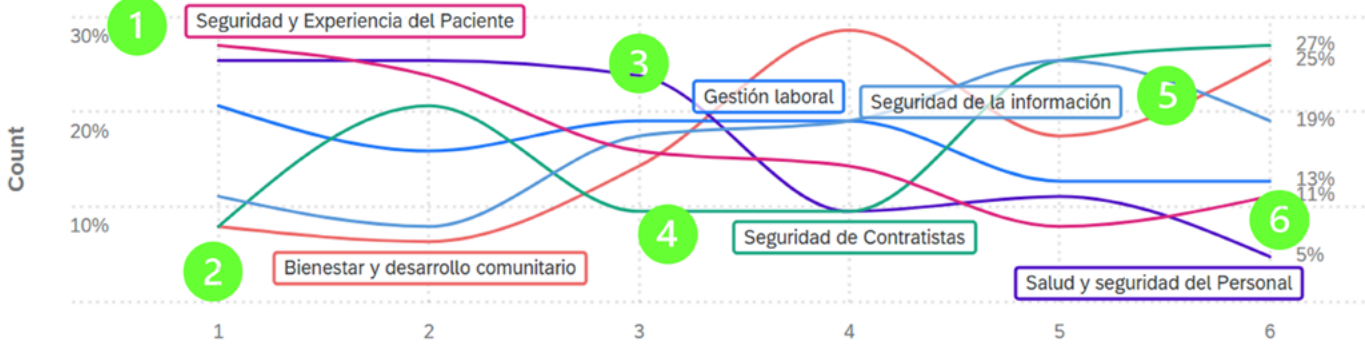
se muestra de manera gráfica un resumen de los principales resultados, donde las partes interesadas brindaron algunas sugerencias importantes sobre los impactos que genera nuestro Hospital. En las gráficas se puede denotar la priorización que cada grupo de interés determinó para los temas ambientales, sociales y económicos. Por ejemplo, se puede observar que en el área ambiental, la gestión de residuos fue considerada como el tema más importante, seguido de la gestión de la energía, el tratamiento de las aguas residuales y finalmente las emisiones de carbono. Por su parte, a nivel social, la seguridad del paciente fue considerada como el impacto más crítico, seguido del bienestar y desarrollo comunitario, la gestión laboral, la seguridad de la información y finalmente la salud y seguridad del personal. Finalmente, en materia económica, resalta que el cambio climático fue considerado el tema más relevante, seguido de la gestión de la cadena de valor y la gobernanza y ética.

Ambientales 63



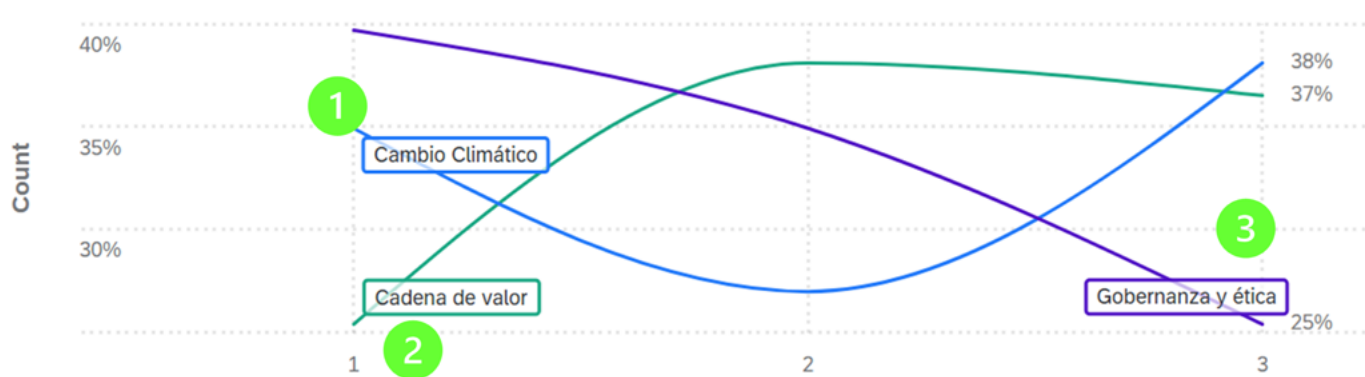
Defina la prioridad para los siguientes temas en la dimensión Ambiental.

Defina la prioridad para los siguientes temas materiales (Social) 63



Defina la prioridad para los siguientes temas en las dimensiones Social int...

Defina la prioridad para los siguientes temas materiales (Gobernanza y Economía) 63



Defina la prioridad para los siguientes temas en las dimensión Económica.

2-28 Afiliación a asociaciones

A continuación se citan las asociaciones del sector hospitalario en las cuales la Clínica Bíblica posee una actividad permanente, influenciando acciones relacionadas con el desarrollo sostenible y la gestión de calidad y seguridad, manteniendo su participación con estos grupos en 2024 y 2025:

- Cámara Costarricense de la Salud: busca promover el desarrollo responsable del sector salud centrado en el bienestar de la persona
- La Asociación de Hospitales Privados de Centroamérica, Panamá y República Dominicana: a través de la cual se comparten experiencias en materia de calidad y seguridad que permitan mejorar la operación en sus Hospitales
- Alianza Alsalus: conformada por la Caja Costarricense del Seguro Social, el Hospital Clínica Bíblica, Auto Mercado, Banco Nacional, y la Fundación ALIARSE. Orientada a la detección temprana del cáncer de mama en Costa Rica, mediante la operación de una unidad móvil de mamografía que visita mujeres en diferentes comunidades del país

- Iniciativa de Salud Centroamericana (CAHI por sus siglas en Inglés): foro a través del cual se comparten experiencias con énfasis en la mejora del acceso a los servicios de salud, especialmente en Pacientes con una situación de vulnerabilidad
- Red global de Hospitales Verdes y Saludables: comunidad mundial de hospitales y sistemas de salud, que buscan descarbonizar sus actividades promoviendo una mejora en la salud ambiental

2-30 Convenios de negociación colectiva

- Al igual que en el año 2024, se reporta que el Hospital no cuenta con convenios de negociación colectiva.

Información no incluida en el presente reporte:

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

2. Sección 2: Acreditaciones y Objetivos de Desarrollo Sostenible

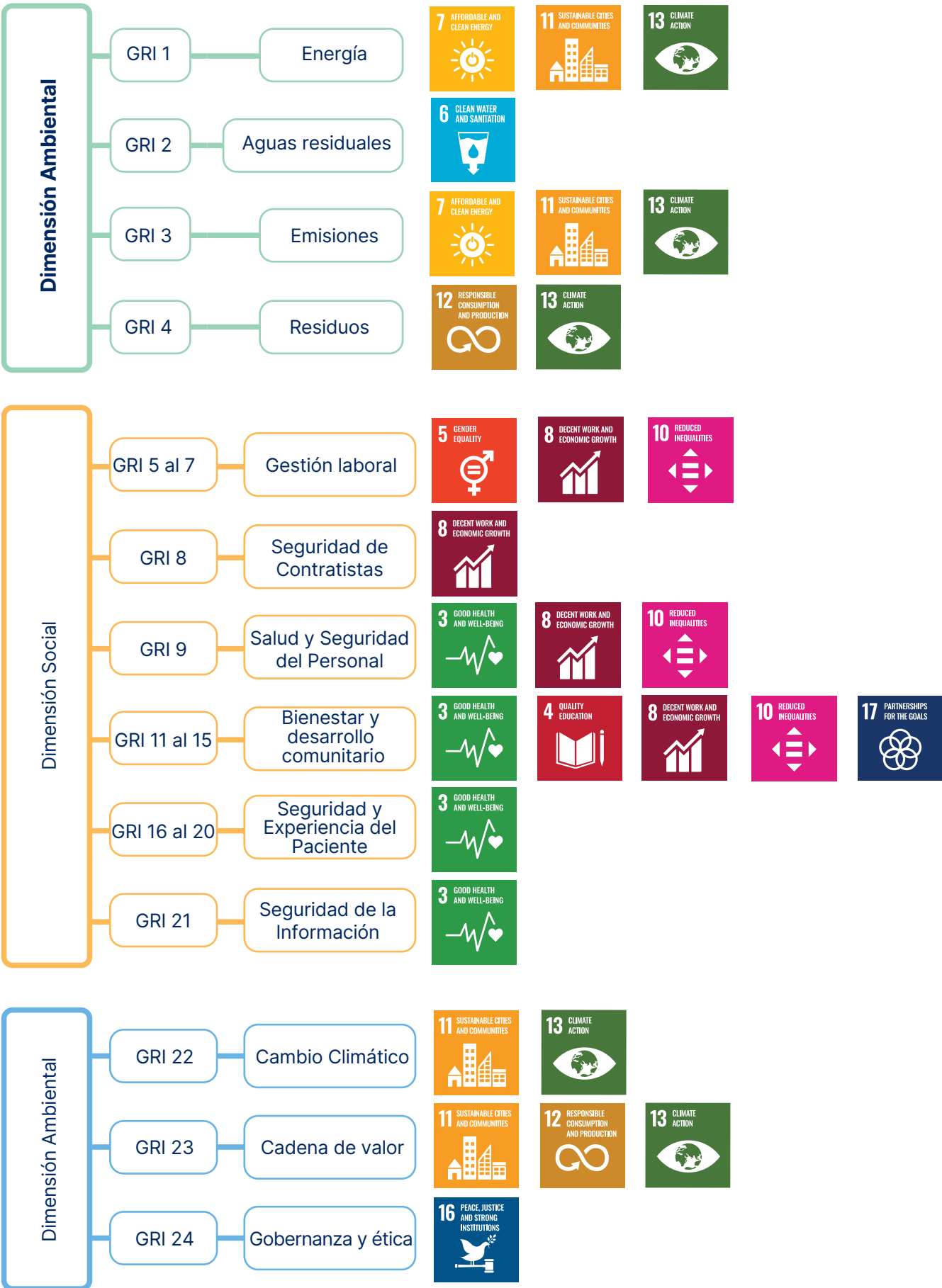
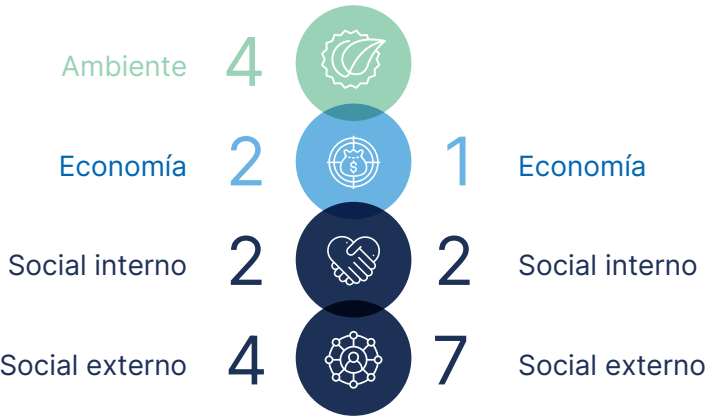


• Acreditaciones y otros reconocimientos.



• Integración con los Objetivos de Desarrollo Sostenible

En las siguientes figuras, se presentan los diferentes Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y su integración con los diferentes Compromisos de Gestión e Impactos que el Hospital ha identificado y mantenido en este 3er reporte. Cabe destacar que luego del análisis de materialidad realizado en 2025, se han realizado algunos ajustes pues ahora el Hospital posee 13 temas materiales que se desglosan en 22 impactos.



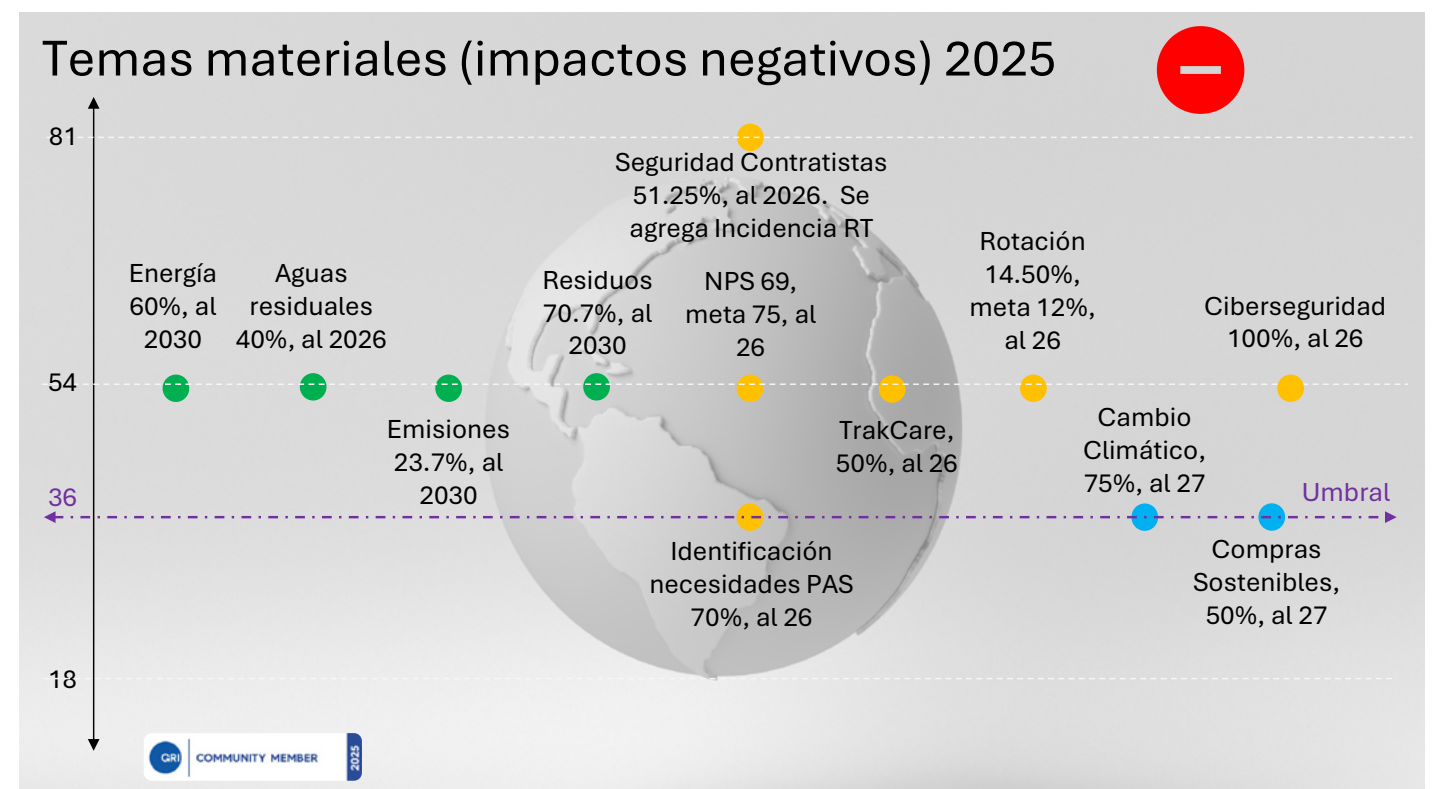
3.1

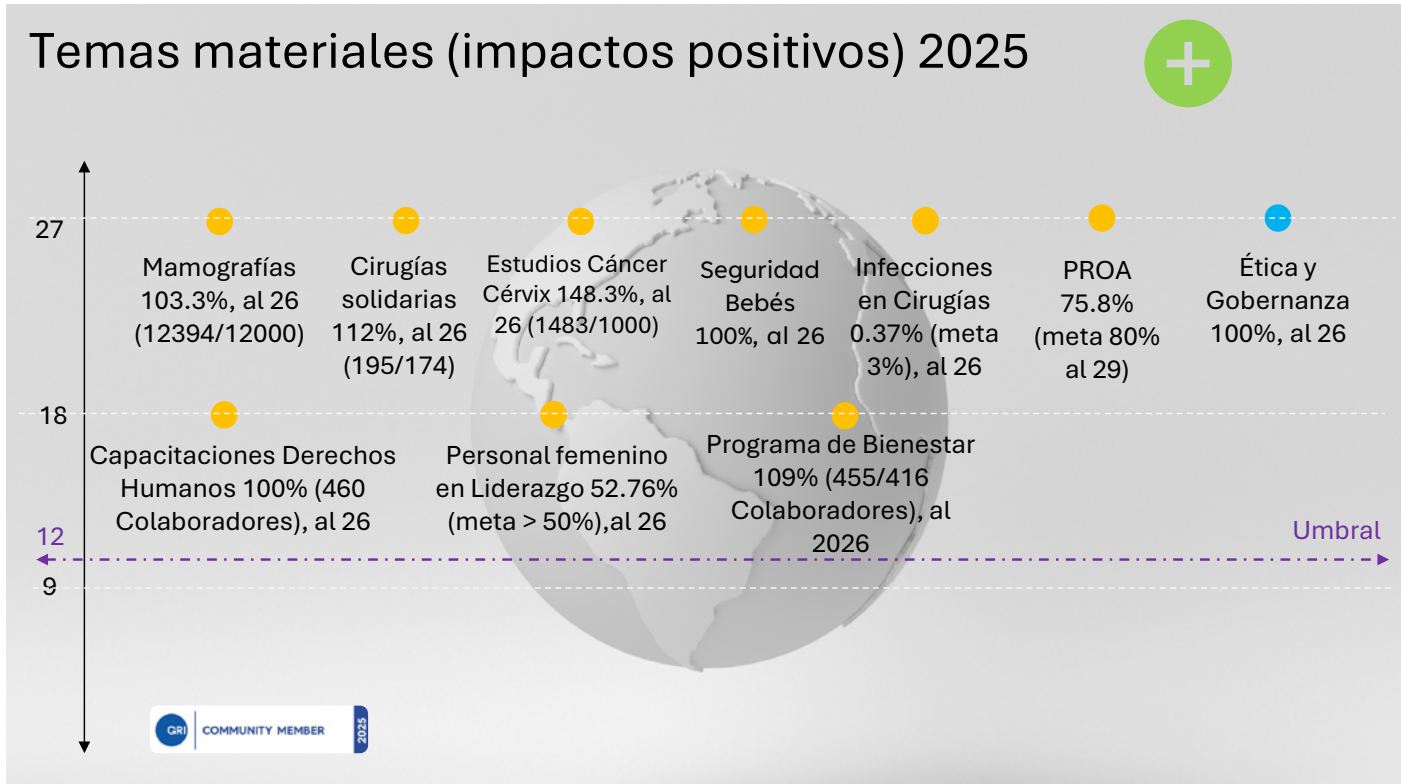
Sección 3.1: Determinación de los temas materiales GRI 3-1 y 3-2

3-1 Proceso de determinación de los temas materiales

- La determinación de los temas materiales se actualizó en 2025, considerando los diferentes criterios definidos en el estándar GRI tanto para impactos reales como potenciales, partiendo inicialmente del análisis de las calificadoras de riesgo en el sector de la salud y posteriormente de un análisis realizado con los diferentes grupos de interés. En el análisis se consideraron una serie de criterios como el cumplimiento legal o normativo, la escala ambiental, social y económica (caracterización del impacto asociado), alcance (zona geográfica del mismo), condición remediable del impacto y en el caso de los potenciales su probabilidad de materializarse, todos ellos que consideraron una evaluación en una escala

predeterminada con un umbral de materialidad del 44% calculado sobre el valor máximo de dicha escala. Este porcentaje de materialidad fue aprobado por el Gobierno Corporativo, como parte de las sesiones de revisión de los diferentes Compromisos de Gestión de la Sostenibilidad. En los siguientes esquemas se puede observar en resumen cada uno de los temas materiales e impactos definidos en esta evaluación, ya sean positivos o negativos, así como el porcentaje de cumplimiento de los objetivos que hemos plasmado y su porcentaje de avance (cualitativo o cuantitativo) para cada tema material y la descripción del año en el cual deseamos culminar cada acción.





Este análisis de la materialidad de impacto (hacia los grupos de interés), será complementado en el próximo informe, junto con la materialidad no financiera para los riesgos de la sostenibilidad con base en las normas NIIF S1 y S2, cuyo borrador de análisis inició en 2025, especialmente en temas relacionados con el cambio climático, todo lo anterior con miras al cumplimiento normativo previsto para 2027 a ser presentado en los estados financieros del 2028.

3-2 Lista de temas materiales

- En el siguiente esquema se muestran los temas materiales de este tercer informe, incluyendo sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados, así como la cantidad de impactos positivos y negativos asociados para cada tema. Nuestro tercer informe mantiene un total de 13 temas materiales, pero ahora presenta 22 impactos en lugar de los 24 que habían sido presentados en el reporte anterior. A continuación se explica de manera resumida cuales fueron esos impactos que no resultaron materiales y que quedaron excluidos del reporte en esta actualización del 2025 para el tema material denominado Bienestar y Desarrollo Comunitario:

- Impacto 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:*
 - Resolución en 2025: durante este período se atendieron más de 600 familias, de las cuales 176 se encontraban sin acceso al seguro social. Mediante los procesos de orientación, acompañamiento y gestión interinstitucional por parte de las profesionales de Trabajo Social de la Clínica Bíblica, 49 de estas familias lograron modificar su condición de aseguramiento, lo*

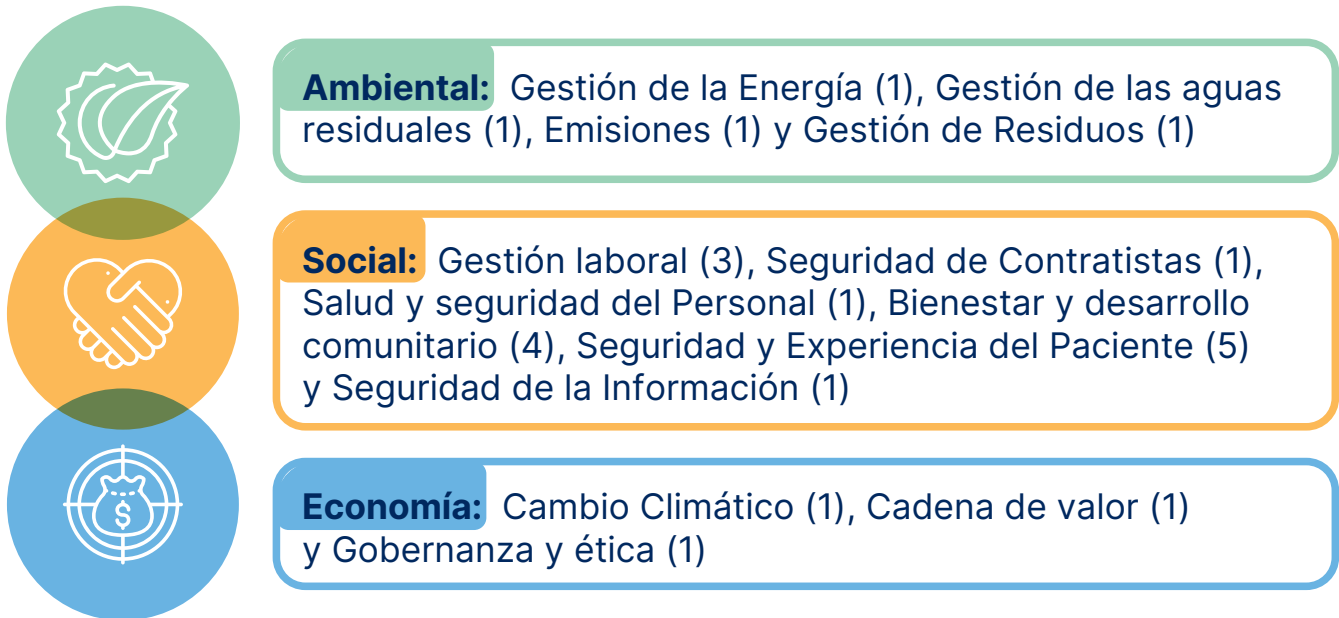
que representa un 27,8 % de las familias que inicialmente no contaban con acceso al seguro social. No obstante, es importante señalar que, al tratarse de una intervención realizada por profesionales externas a la Caja Costarricense de Seguro Social, existen limitaciones estructurales, administrativas e inclusive sociales de las personas usuarias, que inciden en la posibilidad de modificar la condición de aseguramiento. Lo anterior se explica con mayor detalle en el desarrollo de la sección social de este informe.

- Impacto GRI 12: *deserción superior al 10% de estudiantes del Programa de técnicos o diplomados de la salud del IPA (Instituto Parauniversitario del Hospital) que poseen una beca social del Programa de Acción Social:*

- Resolución en 2025: A partir del desarrollo del plan de seguimiento académico para cada estudiante, se logró mitigar el porcentaje de deserción de los estudiantes, alcanzando el 100% de éxito en la promoción de los estudiantes becados, los que se graduaron y los que se mantuvieron en sus planes de estudios para el 2026.*

- A continuación, se muestra el desarrollo de los 13 temas materiales que se mantienen con sus respectivos impactos (GRI 1 al GRI 24, excepto los impactos GRI 11 y GRI 12, que quedaron excluidos y cuya numeración no se utilizará para mantener la misma correspondencia con respecto a los dos informes anteriores), así como los respectivos compromisos de gestión según GRI 3-3 para cada impacto:

13 Temas materiales (22 impactos: 12 – y 10 +)



TEMA MATERIAL	NUMERACIÓN	IMPACTOS (12-, 10+)
Gestión de la Energía	A-GRI 1	1 Impacto -
Gestión de las aguas residuales	A-GRI 2	1 Impacto -
Emisiones	A-GRI 3	1 Impacto -
Gestión de Residuos	A-GRI 4	1 Impacto -
Gestión Laboral	S-GRI 5 al 7	2 Impactos +,1 -
Seguridad de contratistas	S-GRI 8	1 Impacto -
Salud y seguridad del Personal	S-GRI 9	1 Impacto +
Bienestar y desarrollo comunitario	S-GRI 10 / GRI 13 al 15	3 impactos +, 1 -
Seguridad y Experiencia del Paciente	S-GRI 16 al 20	3 Impactos +,2 -
Seguridad de la Información	S-GRI 21	1 Impacto +
Cambio Climático	G-GRI 22	1 Impacto -
Cadena de valor	G-GRI 23	1 Impacto -
Gobernanza y ética	G-GRI 24	1 Impacto +



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

Lista de temas materiales, impactos y otros detalles de Hospital Clínica Bíblica.

# impacto		Tema material	Real o potencial	Relacionado con derechos humanos	Positivo o negativo	Relación con impactos negativos por HCB o en cadena de valor
GRI 1	Necesidad de disminuir el consumo de combustibles fósiles por uso de fuentes renovables (paneles solares y paneles fotovoltaicos)	Gestión de la Energía	Real		Negativo	HCB
GRI 2	El agua residual de los edificios en Sede Central no posee un proceso de desinfección al ser descargada al alcantarillado sanitario. A pesar de que se cumple con la legislación vigente, debido a que este parámetro no se solicita en los reportes operacionales de aguas residuales, como parte de la descarga en el alcantarillado sanitario, se define el impacto en función de la descarga actual que posee una posible afectación en fauna en ríos una vez el agua llega a cuerpo receptor finalmente.	Gestión de las aguas residuales	Real		Negativo	HCB
GRI 3	Contribución al calentamiento global como parte de las emisiones de gases de efecto invernadero del Hospital.	Emisiones	Potencial		Negativo	HCB
GRI 4	Generación de una cantidad importante de residuos que finalmente se envían a disposición final a un relleno sanitario.	Gestión de Residuos	Real		Negativo	Cadena de valor
GRI 5	Cobertura del personal en capacitaciones relacionadas con temas de derechos humanos.	Gestión laboral	Real	x	Positivo	NA
GRI 6	Más de la mitad del personal femenino ocupa puestos de liderazgo.	Gestión laboral	Real	x	Positivo	NA
GRI 7	Impacto relacionado con las tasas de rotación del personal en la gestión hospitalaria.	Gestión laboral	Real	x	Negativo	HCB
GRI 8	No existen mecanismos para dar trazabilidad a las medidas de seguridad ocupacional ni tampoco para determinar la cantidad real de contratistas que laboran en el Hospital a través de servicios contratados en las áreas críticas. Lo anterior implica también el seguimiento de los accidentes y enfermedades para estos proveedores críticos y su cobertura real a nivel del Seguro Social o Riesgos del Trabajo. A su vez, se desea reducir la incidencia de accidentes laborales en el Hospital.	Seguridad de Contratistas	Real	x	Negativo	HCB
GRI 9	Impacto positivo en la salud y seguridad de los Colaboradores a través de una serie de programas como Medicina de Empresa y otras actividades como la Semana de la Salud, Taller de Cuidado Personal, Webinars, Programa de bienestar donde se imparten charlas como Finanzas Saludables, entre otros.	Salud y seguridad del Personal	Real	x	Positivo	NA
GRI 10	Alianza para la detección temprana del cáncer de mama, siendo este cáncer, el primero en incidencia y mortalidad en la población femenina en CR. Este programa sensibiliza, educa y facilita anualmente el acceso a una mamografía a mujeres que viven en condición de vulnerabilidad en zonas rurales y cordón fronterizo.	Bienestar y desarrollo comunitario	Real	x	Positivo	NA
GRI 13	Brecha existente en la identificación conjunta de las necesidades y expectativas comunitarias versus la oferta de iniciativas sociales de PAS.	Bienestar y desarrollo comunitario	Real		Negativo	HCB
GRI 14	Programa de Cirugías Solidarias dirigido a personas que viven en condición de vulnerabilidad, incluyendo los estudios de pre operatorios y hospitalización requerida en cada caso.	Bienestar y desarrollo comunitario	Real	x	Positivo	NA
GRI 15	Programa de jornadas de medicina preventiva el cual incluye los exámenes de detección de cáncer de cérvix y partir del año 2026, la inclusión de dos nuevos exámenes que corresponden con la realización del examen del antígeno prostático y agudeza visual incorporando el enfoque de género, con igualdad de oportunidad para hombres y mujeres.	Bienestar y desarrollo comunitario	Real	x	Positivo	NA
GRI 16	Implementación de sistema de seguridad de bebés que garantiza el resguardo y la seguridad del paciente.	Seguridad y Experiencia del Paciente	Real	x	Positivo	NA
GRI 17	Mejoras en las herramientas de monitoreo y supervisión relacionas con la limpieza ambiental, de instrumental, cirugía segura y educación continua para el control y prevención de infecciones.	Seguridad y Experiencia del Paciente	Real	x	Positivo	NA
GRI 18	La lentitud en el proceso de registro de la atención clínica puede causar interrupciones innecesarias en el flujo de trabajo del personal clínico, generando tensiones adicionales y restando eficiencia al sistema en general. Se proyecta la implementación de un nuevo sistema de expediente electrónico hospitalario, con proyección al año 2026 para su desarrollo final.	Seguridad y Experiencia del Paciente	Real		Negativo	HCB
GRI 19	Impacto positivo a nuestros Pacientes a través del programa PROA que permite vigilar el correcto uso de antibióticos con la finalidad de mitigar la posibilidad de desarrollar una bacteria multirresistente, siendo un programa costo efectivo y multidisciplinario por el uso racional de los antibióticos, con una rápida recuperación de la salud de los pacientes.	Seguridad y Experiencia del Paciente	Real	x	Positivo	NA
GRI 20	A partir de evaluaciones del Net Promoter Score (NPS), se ha identificado la necesidad de fortalecer la experiencia del paciente buscando canales de información más automatizados y robustos.	Seguridad y Experiencia del Paciente	Real	x	Negativo	HCB
GRI 21	La seguridad de la información y los servicios médicos de los pacientes son robustos asegurando no solo la calidad de la atención sino también la disponibilidad y confidencialidad de los datos.	Seguridad de la Información	Potencial	x	Negativo	NA
GRI 22	Riesgos para equipamiento, suministros e infraestructura que podría requerir reparaciones costosas o incluso reconstrucción de instalaciones dañadas debido a eventos climáticos como sequías, inundaciones, olas de calor, y huracanes.	Cambio Climático	Potencial		Negativo	HCB
GRI 23	Ausencia de criterios estandarizados para las actividades de compras, lo anterior relacionado con la gestión ambiental y social para los insumos más críticos.	Cadena de valor	Real	x	Negativo	Cadena de valor
GRI 24	Vigilancia y procesos de mejora continua en materia de ética, gobernanza y gestión anticorrupción, que la Junta Directiva realiza sobre los órganos colegiados (diversidad de comisiones, por ejemplo en Auditoría y Riesgos, Ética, Acción Social, Educación e Investigación, Asuntos Jurídicos, Gestiones de Talento y nuevos negocios) que son clave para el impacto general en la Institución.	Gobernanza y ética	Real		Positivo	NA

Describir actividades o relaciones comerciales en impactos negativos	Grupo de interés principal afectado	Etaa en cadena de valor	Grado de implicación	Medidas para gestionar el tema: remediación, prevención o mitigación (impactos negativos)	Clasificación ASG
a. Reemplazo de bomba de calor por una que tenga refrigerante de bajo impacto, b. Reemplazo de 2 secadoras de LPG por dos eléctricas, c. Reemplazo por luminarias LED conforme se realizan remodelaciones en el Hospital, d. Adquisición de un nuevo controlador para el sistema de aires acondicionados en el edificio en sede central.	Comunidad del Hospital	Consumo	Ocasiona	Mitigación	Ambiental
Implementación de la planta de tratamiento de aguas residuales en sede central.	Comunidad del Hospital	Desecho	Ocasiona	Remediación	Ambiental
Implementación del plan de descarbonización con un primer horizonte al año 2030.	Comunidad del Hospital	Consumo	Ocasiona	Remediación	Ambiental
Reducir los embalajes para el despacho de medicamentos, o bien de insumos médicos, lo cual se va a desarrollar con la colaboración de los proveedores, valorando este proceso desde la etapa de producción.	Proveedores de insumos y medicamentos y fabricantes	Producción	Está directamente vinculado con impactos	Mitigación	Ambiental
NA	Pacientes y colaboradores	Consumo	Ocasiona	NA	Social externo
NA	Colaboradores	Consumo	Ocasiona	NA	Social interno
Acciones que se estarán analizando en conjunto con áreas críticas en el Hospital, con el apoyo de las Jefaturas.	Colaboradores	Consumo	Ocasiona	Remediación	Social interno
Implementación de mecanismos para dar trazabilidad a las medidas de seguridad ocupacional de contratistas.	Otros contratistas Críticos	Consumo	Contribuye a ocasionar	Remediación	Social externo
NA	Colaboradores	Consumo	Ocasiona	NA	Social interno
NA	Comunidad del Hospital	Consumo	Ocasiona	NA	Social externo
Implementación de nuevas herramientas para acompañar las necesidades de la Comunidad de manera más estructurada.	Comunidad del Hospital	Consumo	Ocasiona	Remediación	Social externo
NA	Comunidad del Hospital	Consumo	Ocasiona	NA	Social externo
NA	Comunidad del Hospital	Consumo	Ocasiona	NA	Social externo
NA	Pacientes	Consumo	Ocasiona	NA	Social externo
NA	Pacientes y colaboradores	Consumo	Ocasiona	NA	Social externo
Implementación del nuevo sistema de expediente electrónico (Intersystems)	Colaboradores	Consumo	Ocasiona	Remediación	Social interno
NA	Pacientes	Consumo	Contribuye a ocasionar	NA	Social externo
Se contempla la adquisición de un software especializado en administración de experiencias (Experience Management) el cual contribuirá a tener un panorama más amplio y claro sobre el estado de la satisfacción del cliente. Sesiones de capacitación para el personal en contacto directo con clientes, y actualización de políticas internas para priorizar la experiencia del cliente.	Pacientes	Consumo	Ocasiona	Remediación	Social externo
NA	Pacientes y proveedores de TI	Consumo	Está directamente vinculado con impactos	NA	Social externo
Implementación de herramienta y análisis de riesgos ante el cambio climático.	Junta Directiva y Administración	Consumo	Ocasiona	Remediación	Economía
Diseñar y aplicar un esquema de evaluación de proveedores considerando criterios no solo en el entorno económico, sino también en las áreas ambiental y social.	Proveedores de insumos y medicamentos y fabricantes y Pacientes	Producción y distribución	Está directamente vinculado con impactos	Mitigación	Económico
NA	Junta Directiva y Administración	Consumo	Ocasiona	NA	Economía

* Los impactos GRI 11 y GRI 12 fueron eliminados de la lista, luego del análisis de materialidad realizado en 2025. Estos números quedarán disponibles para ser usados luego en caso de ser necesario.

3.2

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

Ambiental

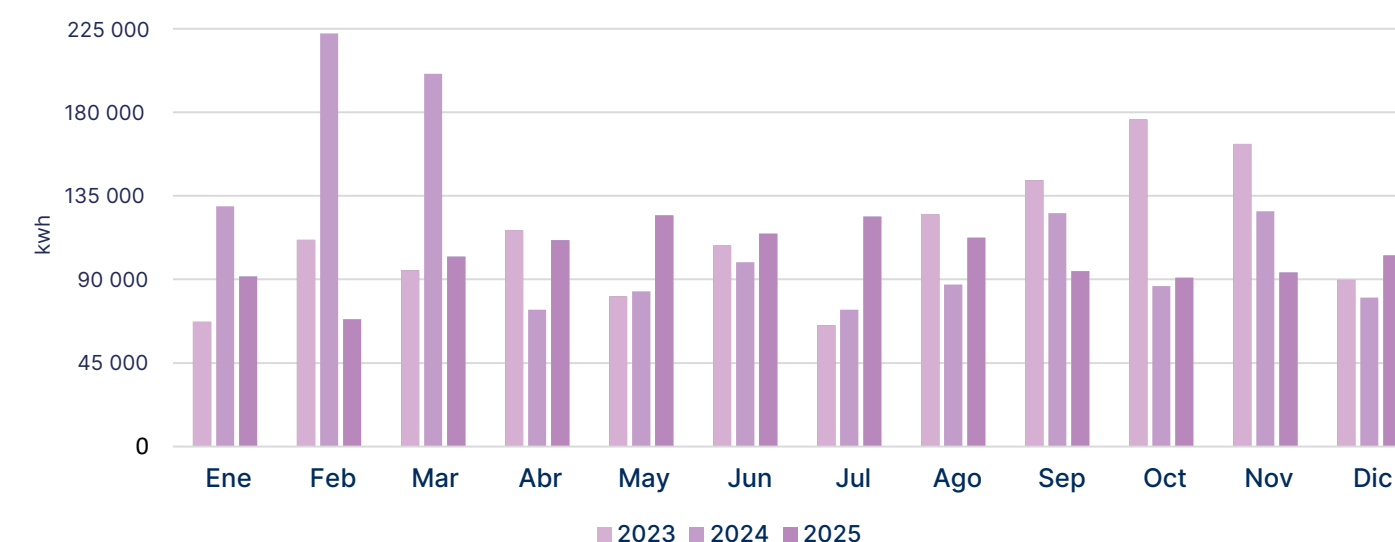
Tema material: Gestión de la Energía (impacto GRI 1)

302-1 Consumo de energía dentro de la organización

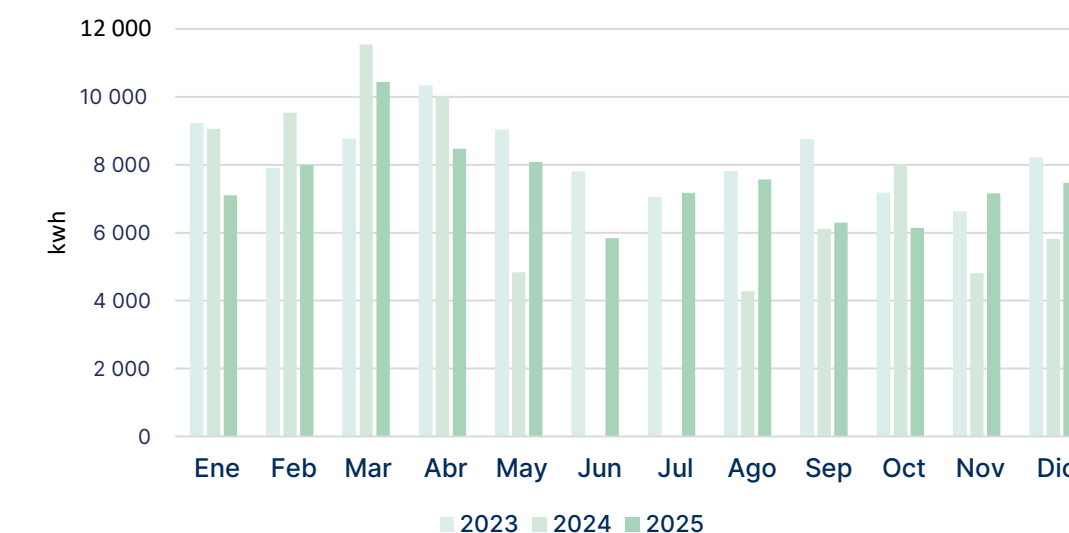
302-3 Intensidad energética

302-4 Reducción del consumo energético

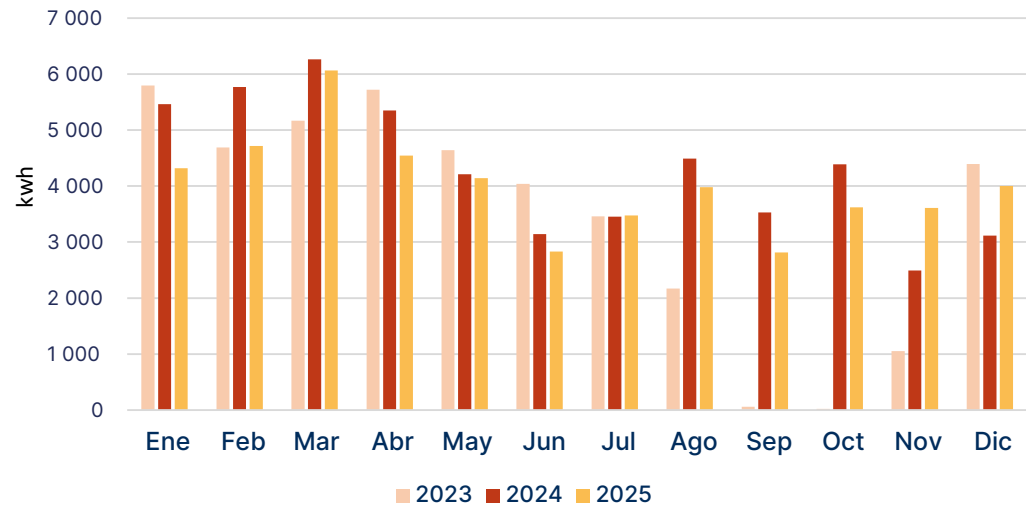
302 - 1 Consumo de energías no renovables



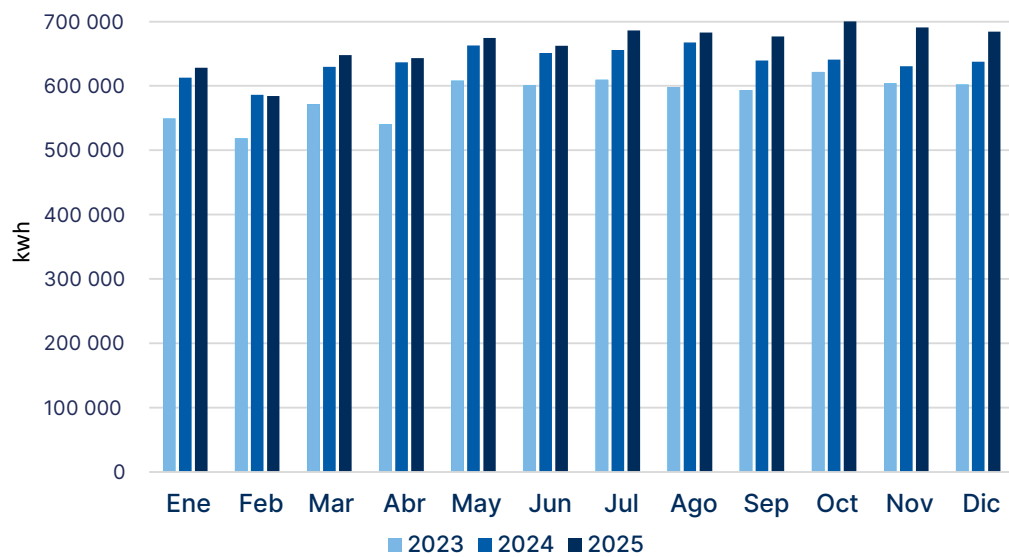
302 - 1 Consumo de energía renovable de origen fotovoltaico /
302 - 4 Reducción del consumo energético fotovoltaico



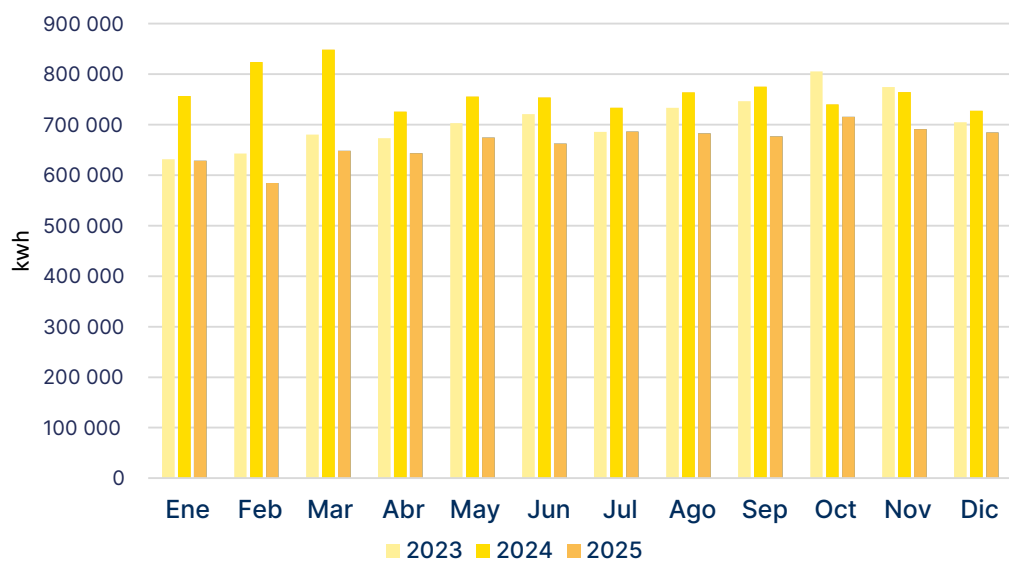
302 - 1 Consumo de energía renovable de origen solar térmico /
302 - 4 Reducción del consumo energético solar térmico



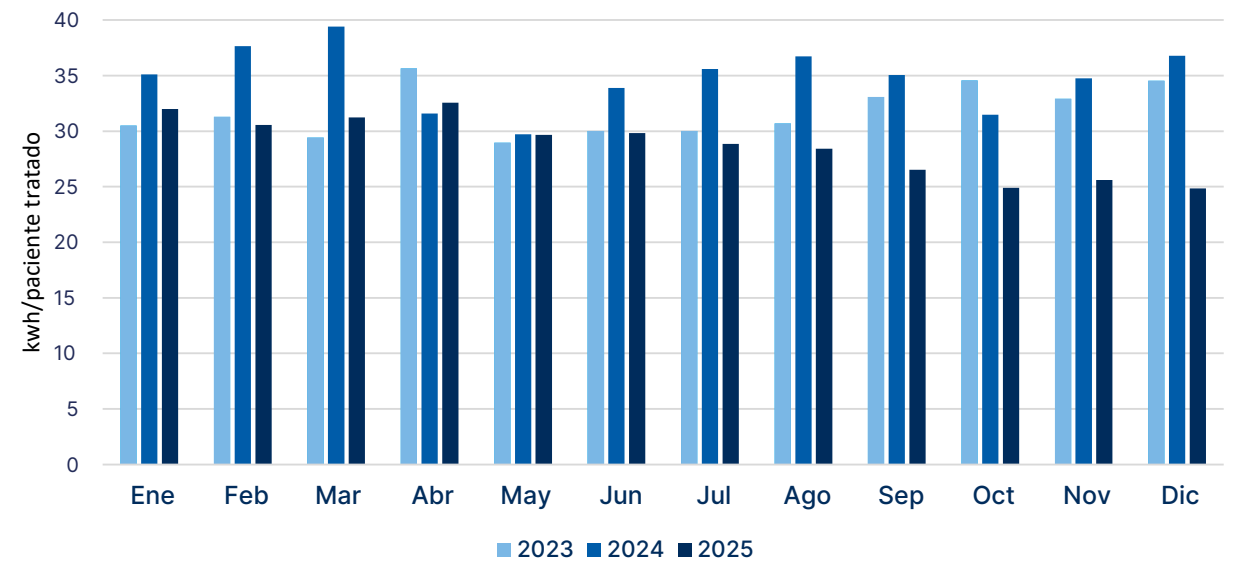
302 - 1 Consumo total de electricidad (red pública)



302 - 1 Energía total consumida (renovable y no renovable)



302 - 3 Consumo de electricidad por paciente tratado



En los siguientes cuadros, se muestra la información correspondiente con el consumo total de combustibles procedentes de fuentes no renovables y renovables dentro de la organización, en julios o múltiplos, incluidos los tipos de combustible utilizados. A su vez, se incluye la información correspondiente a los años 2023, 2024 y ahora 2025, con el fin de facilitar una comparación entre estos 3 años. Se han usado factores de conversión de litros a MJ y de MJ a kWh, así como poderes calóricos de la Refinadora Costarricense de Petróleo (RECOPE). No se cuenta con datos de consumo de calefacción, refrigeración y vapor. A su vez, la organización no vende energía. A nivel de intensidad energética se han considerado los ratios de consumo energético para fuentes eléctricas y térmicas por paciente atendido y por área de construcción de los edificios (denominadores considerados). El ratio solo considera el consumo de energía dentro de la organización tanto a nivel de energía eléctrica como térmica.

En 2025 se realizaron nuevas acciones de reducción como se describe a continuación: cambio de luminarias en diferentes áreas del Hospital

(Lobbies Omega, rampa de emergencias, Puente Garo, CEDI / Proveeduría, Torre de Estacionamiento en sede central y lobbies Cabezas López) para un total de ahorro de 42143.72 KWh. Además, se cambió la última secadora que se tenía a base de gas LP por una nueva secadora eléctrica en la Lavandería del Hospital. En los cuadros de emisiones se reporta una corrección en relación con las emisiones de las luminarias LED de salas de Cirugía Cameron que se habían reportado en 2024. Las actividades del calentador de agua y el controlador del sistema de aires acondicionados siguen en proceso, al menos en el caso del calentador, se logró la aprobación en el presupuesto para su implementación en 2026. Las actividades desarrolladas en 2025 representan un avance del 60% en función de las actividades planteadas en función de su carácter cualitativo, considerando el reemplazo final de las secadoras a gas por eléctricas en la Lavandería de nuestra sede central.

Las actividades desarrolladas en 2025 representan un avance del 60% en función de las actividades planteadas.

302-1: Energías no renovables											
	AÑO DE REPORTE		2023			2024			2025		
Energía	Contenido temático	Tipo	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-a)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-a)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-a)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh
Energía	302-1, 302-2	GLP	1 220 232,3	-	1 220 232,3	1 239 697,6	-	1 239 697,6	918 545,4	-	918 545,4
Energía	302-1, 302-2	Diésel	115 924,3	-	115 924,3	141 537,8	-	141 537,8	218 956,8	-	218 956,8
Energía	302-1, 302-2	Gasolina	5 691,5	-	5 691,5	7 397,4	-	7 397,4	93 515,5	-	93 515,5
Energía	302-1, 302-2	Total energías no renovables	1 341 848,1	0,0	1 341 848,1	1 388 632,7	-	1 388 632,7	1 231 017,7	-	1 231 017,7

302-1: Energías renovables											
	AÑO DE REPORTE		2023			2024			2025		
Energía	Contenido temático	Tipo	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-b)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-b)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-b)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh
Energía	302-1, 302-2	Paneles solares	41 215,0	-	41 215,0	51 676,0	-	51 676,0	48 124,0	-	48 124,0
Energía	302-1, 302-2	Paneles fotovoltaicos	98 653,0	-	98 653,0	74 037,0	-	74 037,0	89 742,0	-	89 742,0
Energía	302-1, 302-2	Total energías renovables	139 868,0	0,0	139 868,0	125 713,0	-	125 713,0	137 866,0	-	137 866,0

302-1: Electricidad											
	AÑO DE REPORTE		2023			2024			2025		
Energía	Contenido temático	Tipo	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-c-i)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-c-i)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-c-i)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh
Energía	302-1: a,c	Consumo electricidad HCB	5 167 513,0	-	5 167 513,0	5 677 043,0	-	5 677 043,0	5 922 960,0	-	5 922 960,0
Energía	302-1: a,c	Consumo electricidad Omega	826 599,0	-	826 599,0	876 113,0	-	876 113,0	800 335,0	-	800 335,0
Energía	302-1: a,c	Consumo electricidad Parqueo Este	5 616,0	-	5 616,0	4 444,0	-	4 444,0	4 592,0	-	4 592,0
Energía	302-1: a,c	Consumo electricidad Acción Social	22 478,0	-	22 478,0	25 463,0	-	25 463,0	24 080,0	-	24 080,0
Energía	302-1: a,c	Consumo electricidad Santa Ana	996 160,0	-	996 160,0	1 067 960,0	-	1 067 960,0	1 192 520,0	-	1 192 520,0
Energía	302-1: a,c	Consumo electricidad Aleste	-	-	0,0	-	-	0,0	33 057,0	-	33 057,0
Energía	302-1: a,c	Consumo total de electricidad dentro de la organización	7 018 366,0	-	7 018 366,0	7 651 023,0	-	7 651 023,0	7 977 544,0	-	7 977 544,0



302-1: Energía total											
AÑO DE REPORTE			2023			2024			2025		
Energía	Contenido temático	Tipo	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-c-i)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-c-i)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh	Consumo dentro de la organización kWh (302-1-c-i)	Consumo fuera de la organización kWh (302-2-a)	Total kWh
Energía	302-1: a,c	Energía consumida (combustibles fósiles, eléctrica y solar)	8 500 082,1	-	8 500 082,1	9 165 368,7	-	9 165 368,7	9 346 427,7		9 346 427,7

302-3: Intensidad energética								
AÑO DE REPORTE			2023		2024		2025	
Energía	Contenido temático	Indicadores energéticos en función de producción y área	Consumo de electricidad por paciente tratado sede Central y Santa Ana kWh/paciente tratado-año	Consumo de energía (eléctrica y térmica) Central y Santa Ana kWh/m2	Consumo de electricidad por paciente tratado sede Central y Santa Ana kWh/paciente tratado-año	Consumo de energía (eléctrica y térmica) Central y Santa Ana kWh/m2	Consumo de electricidad por paciente tratado sede Central y Santa Ana kWh/paciente tratado-año	Consumo de energía (eléctrica y térmica) Central y Santa Ana kWh/m2
Energía	302-3		31,72	91,04	34,68	98,44	28,43	92,24

302-4: Reducción del consumo energético								
AÑO DE REPORTE			2023		2024		2025	
Energía	Contenido temático	Categoría	Tipo de energía incluida en reducción (302-4-b)	Reducción lograda kWh (302-4-a)	Tipo de energía incluida en reducción (302-4-b)	Reducción lograda kWh (302-4-a)	Tipo de energía incluida en reducción (302-4-b)	Reducción lograda kWh (302-4-a)
Energía	302-4:a,b	Combustibles fósiles	Reducción de consumo energético (LPG)	41 215,0	Reducción de consumo energético (LPG)	51 676,0	Reducción de consumo energético (LPG)	48 124,0
Energía	302-4:a,b	Electricidad	Reducción (electricidad)	98 653,0	Reducción (electricidad)	74 037,0	Reducción (electricidad)	89 742,0
Energía	302-4:a,b	Energía total	Total reducción	139 868,0	Total reducción	125 713,0	Total reducción	137 866,0

En la siguiente figura se puede observar el porcentaje de energía renovable que posee el Hospital para estos 3 años del presente reporte (2023, 2024 y 2025). El reto en materia de reducción del consumo energético sigue siendo uno de los pun-

tos críticos que para los próximos años, buscará el desarrollo de nuevas actividades como la que se ha comentado del cambio del calentador de agua por una bomba de calor con refrigerante de bajo impacto, entre otros.



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 mantiene la implementación de una serie de actividades para disminuir el impacto por vertido de agua residual, las cuales aplican de igual forma para la Sucursal en Santa Ana. En el caso de nuestra nueva sede en Ales-te, si bien es cierto que no se requiere una planta de tratamiento con base en la legislación vigente, el desarrollo del proyecto si contempla su puesta en marcha en los primeros meses del 2026, como parte de los compromisos que ha adquirido el Hospital en estos temas. En materia de aguas residua-les, el Hospital mantiene un trabajo continuo enfocado en el análisis de fichas técnicas o

de seguridad para identificar posibles com-ponentes peligrosos que puedan afectar la calidad del efluente antes de ser adquiridos, recuperación de sustancias peligrosas para su debido tratamiento por medio de gestores autorizados (aceites industriales, medica-mentos vencidos, aceite de cocina que se transforma en biodiesel, entre otros), adqui-sición de productos de limpieza biodegrada-bles, funcionamiento de trampas de grasa en las cajas de registro, entre otros.

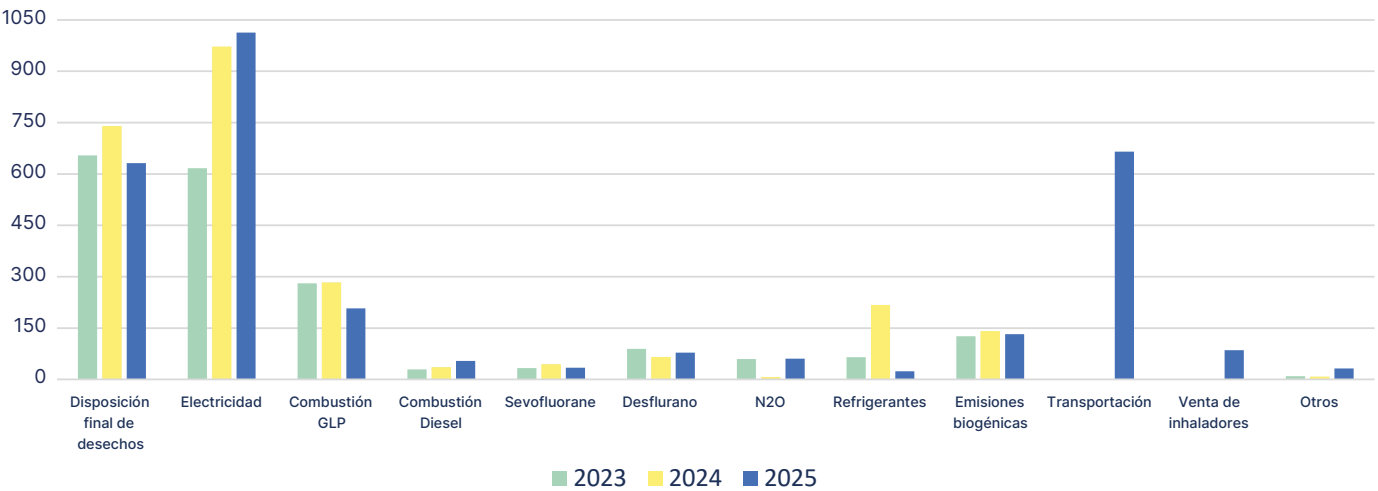
Plantas de tratamiento en la sede central:

Durante el 2025, el plan maestro para la imple-mentación de la nueva planta de tratamiento de aguas residuales en nuestra sede central, tuvo un avance muy importante al punto que se lo-gró determinar finalmente el tipo de tecnología que sería adquirida y también se define la lo-calización exacta donde se estará desarrollan-do el proyecto. Para 2026, únicamente quedará pendiente el desarrollo del proceso de permisos correspondientes y la posible puesta en marcha del proyecto.



Tema material: Emisiones (impacto GRI 3)

305: Toneladas de CO2 eq./por tipo de fuente en 2023,2024 y 2025



305-1 Emisiones directas de GEI (alcance 1)

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

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

305-4 Intensidad de las emisiones de GEI

305-5 Reducción de las emisiones de GEI

305-1: Emisiones directas de GEI											
	AÑO DE REPORTE		2023			2024			2025		
Emisiones	Contenido temático	Fuente de emisión	Gases considerados	Sede	ton CO2e	Gases considerados	Sede	ton CO2e	Gases considerados	Sede	ton CO2e
Emisiones	305-1	Compostaje	CH4, N2O	Sede Central	0,10	CH4, N2O	Sede Central	0,14	CH4, N2O	Sede Central	0,85
Emisiones	305-1	Combustión de diésel en el Hospital	CO2, CH4, N2O	Incluye ambas sedes	18,36	CO2, CH4, N2O	Incluye ambas sedes	33,27	CO2, CH4, N2O	Incluye ambas sedes	29,54
Emisiones	305-1	Combustión de GLP en el Hospital	CO2, CH4, N2O	Sede Central	280,50	CO2, CH4, N2O	Sede Central	283,01	CO2, CH4, N2O	Sede Central	207,33
Emisiones	305-1	Uso en Cirugía de CO2	CO2	Incluye ambas sedes	1,02	CO2	Incluye ambas sedes	1,23	CO2	Incluye ambas sedes	1,63
Emisiones	305-1	Uso en Cirugía de N2O	N2O	Sede Central	59,63	N2O	Sede Central	6,63	N2O	Sede Central	60,74
Emisiones	305-1	Recarga de extintores de CO2	CO2	Sede Central	0,47	CO2	Sede Central	0,04	CO2	Sede Central	0,07
Emisiones	305-1	Combustión de diésel Flotilla vehicular	CO2, CH4, N2O	Sede Central	10,87	CO2, CH4, N2O	Sede Central	1,87	CO2, CH4, N2O	Sede Central	24,78
Emisiones	305-1	Combustión de gasolina Flotilla Vehicular	CO2, CH4, N2O	Sede Central	1,52	CO2, CH4, N2O	Sede Central	1,85	CO2, CH4, N2O	Sede Central	23,61
Emisiones	305-1	Uso de refrigerantes para aires acondicionados: R134a	HFC	Sede Central	0,00	HFC	Sede Central	17,69	R134a	Sede Central	0,00
Emisiones	305-1	Uso de refrigerantes para aires acondicionados: R-22 Freón 22	HCFC	Sede Central	0,00	HCFC	Sede Central	47,90	R22	Sede Central	24,00
Emisiones	305-1	Uso de refrigerantes para aires acondicionados: R 404a	HFC	Sede Central	43,01	HFC	Sede Central	42,92	R404a	Sede Central	0,00
Emisiones	305-1	Uso de refrigerantes para aires acondicionados: R 410a	HFC	Sede Central	21,86	HFC	Sede Central	109,09	R410a	Sede Central	0,00
Emisiones	305-1	Uso en Cirugía de Sevorane (Sevoflurane)	HFE	Sede Central	33,41	HFE	Sede Central	44,41	HFE	Sede Central	34,31
Emisiones	305-1	Uso en Cirugía de Suprane (Desflurano)	HFE	Sede Central	89,06	HFE	Sede Central	65,86	HFE	Sede Central	78,40
Emisiones	305-1	Tratamiento de aguas residuales	CH4, N2O	Sede Santa Ana	6,15	CH4, N2O	Sede Santa Ana	4,62	CO2, CH4, N2O	Sede Santa Ana	5,76
Emisiones	305-1	Emisiones directas de GEI	-	Ya excluye el 3% según Programa País para la Carbono Neutralidad	565,96	-	Ya excluye el 3% según Programa País para la Carbono Neutralidad	660,53	-	Ya excluye el 3% según Programa País para la Carbono Neutralidad	491,02
Emisiones	305-1	Emisiones biogénicas antropogénicas	CO2	Emisiones de CO2 por tratamiento de aguas residuales, compostaje y tratamiento de residuos ordinarios	126,40	CO2	Emisiones de CO2 por tratamiento de aguas residuales, compostaje y tratamiento de residuos ordinarios	140,80	CO2, CH4, N2O	Emisiones de CO2, N2O y CH4 por proceso de compost (abono orgánico)	132,05

305-2: Emisiones indirectas de GEI asociadas con la energía											
	AÑO DE REPORTE		2023			2024			2025		
Emisiones	Contenido temático	Fuente de emisión	Gases considerados	Sede	ton CO2e	Gases considerados	Sede	ton CO2e	Gases considerados	Sede	ton CO2e
Emisiones	305-2	Consumo de electricidad importada	CO2	Sede Central y Santa Ana	616,91	CO2	Sede Central y Santa Ana	971,60	CO2	Sede Central y Santa Ana	1013,15

305-3: Otras emisiones indirectas de GEI											
	AÑO DE REPORTE		2023			2024			2025		
Emisiones	Contenido temático	Fuente de emisión	Gases considerados	Sede	ton CO2e	Gases considerados	Sede	ton CO2e	Gases considerados	Sede	ton CO2e
Emisiones	305-3	Disposición final de residuos sólidos no valorizables en relleno sanitario*	CH4	Sede Central y Santa Ana	654,12	CH4	Sede Central y Santa Ana	740,19	CH4	Sede Central, Santa Ana y Aleste	595,04
Emisiones	305-3	Valorización material de residuos ordinarios reciclables*	CO2	Sede Central y Santa Ana	0	CO2	Sede Central y Santa Ana	0	CO2	Sede Central, Santa Ana y Aleste	9,56
Emisiones	305-3	Tratamiento especializado de residuos peligrosos*	CO2	Sede Central y Santa Ana	0	CO2	Sede Central y Santa Ana	0	CO2	Sede Central, Santa Ana y Aleste	3,81
Emisiones	305-3	Tratamiento y disposición final de residuos especiales*	CO2	Sede Central y Santa Ana	0	CO2	Sede Central y Santa Ana	0	CO2	Sede Central, Santa Ana y Aleste	0,00
Emisiones	305-3	Tratamiento y disposición final de residuos bioinfecciosos*	CO2	Sede Central y Santa Ana	0	CO2	Sede Central y Santa Ana	0	CO2	Sede Central, Santa Ana y Aleste	8,21
Emisiones	305-3	Revalorización de residuos de construcción y demolición*	CO2	Sede Central y Santa Ana	0	CO2	Sede Central y Santa Ana	0	CO2	Sede Central, Santa Ana y Aleste	15,31
Emisiones	305-3	Emisiones indirectas de GEI asociadas al uso de productos vendidos (inhaladores)	HFC	Sede Central y Santa Ana	0	HFC	Sede Central y Santa Ana	0	HFC	Sede Central, Santa Ana y Aleste	85,62
Emisiones	305-3	Emisiones indirectas de GEI causadas por la transportación	CO2	Sede Central y Santa Ana	0	CO2	Sede Central y Santa Ana	0	CO2, CH4 y N2O	Sede Central, Santa Ana y Aleste	665,44
Emisiones	305-3	305-3: Otras emisiones indirectas de GEI	CH4, CO2	Sede Central y Santa Ana	654,12	CH4, CO2	Sede Central y Santa Ana	740,19	CH4, CO2	Sede Central, Santa Ana y Aleste	1382,98

305-4: Intensidad de las emisiones											
AÑO DE REPORTE			2023			2024			2025		
Emisiones	Contenido temático	Indicadores de emisiones de GEI	TON CO2 eq./cama ocupada	TON CO2 eq./consulta médica	TON CO2 eq./cirugía realizada	TON CO2 eq./cama ocupada	TON CO2 eq./consulta médica	TON CO2 eq./cirugía realizada	TON CO2 eq./cama ocupada	TON CO2 eq./consulta médica	TON CO2 eq./cirugía realizada
Emisiones	305-4		5,64	0,01	0,31	6,94	0,01	0,25	7,5	0,02	0,26



305-5: Reducción de las emisiones											
AÑO DE REPORTE			2023			2024			2025		
Emisiones	Contenido temático	Categoría	Reducción	Categoría	Emisiones reducidas ton CO2e	Reducción	Categoría	Emisiones reducidas ton CO2e	Reducción	Categoría	Emisiones reducidas ton CO2e
Emisiones	305-5	Reducción	Uso de gases de anestesia	Directas	39,75	Uso de gases de anestesia (reducción de uso de NO2)	Directas	53,00	Uso de gases de anestesia (reducción de uso de NO2)	Directas	0,00
Emisiones	305-5	Reducción	Reducción derivada de la compensación	Directas e indirectas por energía importada	975,88	Reducción derivada de la compensación	Directas e indirectas por energía importada	1558,88	Reducción derivada de la compensación	Directas e indirectas por energía importada	1460,60
Emisiones	305-5	Reducción	Paneles solares	Directa	9,38	Paneles solares	Directa	11,80	Paneles solares	Directa	10,86
Emisiones	305-5	Reducción	Paneles fotovoltaicos	Indirecta por energía importada	12,65	Paneles fotovoltaicos	Indirecta por energía importada	9,40	Paneles fotovoltaicos	Indirecta por energía importada	11,40
Emisiones	305-5	Reducción				Secadora de GLP	Directas e indirectas por energía importada	22,34	Secadoras de GLP*	Directas e indirectas por energía importada	24,56
Emisiones	305-5	Reducción				Luminarias LED Cameron	Directas e indirectas por energía importada	2,62	Sustitución de luminarias fluorescentes a tecnología LED	Indirectas por energía importada	5,35
Emisiones	305-5	Reducción				Torre de estacionamiento	Directas e indirectas por energía importada	0,55	Valorización de residuos orgánicos por medio de vermi-compostaje	Otras emisiones indirectas de GEI	5,692
Emisiones	305-5	Reducción							Valorización de residuos de madera y cartón provenientes de la construcción	Otras emisiones indirectas de GEI	9,824
Emisiones	305-5	Reducción							Sustitución de productos de limpieza	Otras emisiones indirectas de GEI	0,422
			Total reducción	-	1037,66	Total reducción	-	1658,59	Total reducción	-	1528,71

Notas:

1. Los datos sobre residuos recuperados para reciclaje y medicamentos vencidos corresponden a estimaciones. El Hospital brinda soporte a los EBAIS administrados por ASEMECO, por lo que la gestión de estos residuos se realiza de manera integrada.
2. Es importante señalar que la compensación no se realizó sobre la totalidad de la huella de carbono. En el caso de las emisiones indirectas significativas (EIS), se compensó únicamente el 5 % de estas emisiones.
3. En materia de energía, se identifican retos importantes que serán gestionados como parte de los compromisos establecidos para 2030.
4. La huella de carbono asociada a la flota vehicular se reagrupa en una sola celda para mejorar la claridad de la presentación y facilitar la comparabilidad de la información entre 2023, 2024 y 2025. Esta decisión también responde al crecimiento de la flota vehicular, que incrementa el nivel de detalle y dificulta la lectura cuando la información se presenta de forma desagregada.
5. Las emisiones biogénicas, previamente agrupadas en la categoría «Otros» de la sección de gráficos de la huella de carbono, se presentan por separado en atención a los requerimientos de la DCC. Este cambio mejora la desagregación y la claridad de la información.
6. Se incorporan las reducciones asociadas a la iniciativa ZeroWaste en la gestión de residuos de construcción y remodelación. En la categoría 306-5: Residuos destinados a eliminación (construcción y remodelación), se presenta un gráfico comparativo de 2023, 2024 y 2025. Este muestra que, a partir de junio de 2025, dichos residuos se redujeron a cero como resultado de la implementación de la iniciativa. Complementariamente, en la categoría 306-4: Residuos no destinados a eliminación por operación de valorización (construcción y remodelación), se incluye un segundo gráfico que muestra un incremento en los residuos valorizados a partir de julio de 2025, lo que evidencia su desvío hacia procesos de recuperación y valorización. Durante los seis meses de implementación en 2025, se gestionaron 140,23 toneladas de residuos bajo este esquema, lo que se tradujo en una reducción de 9,824 toneladas de CO₂ eq asociadas a otras emisiones indirectas de

GEI. En conjunto, ambos gráficos evidencian un cambio en el modelo de gestión, orientado a eliminar la disposición final y fortalecer la circularidad.

7. Se incorporan las reducciones asociadas a la iniciativa Lombritec en la gestión de residuos orgánicos. En la categoría 306-4: Residuos no destinados a eliminación por operación de valorización (orgánicos), se incluye un gráfico sobre el comportamiento de los residuos gestionados mediante compostaje. El gráfico evidencia la implementación de la iniciativa a partir de marzo de 2025 y el aumento progresivo de la valorización de residuos orgánicos. Durante el periodo de implementación en 2025, se gestionaron 5,52 toneladas bajo este esquema, lo que se tradujo en una reducción de 5,692 toneladas de CO₂ eq asociadas a otras emisiones indirectas de GEI. Esta iniciativa contribuye a disminuir los residuos destinados a eliminación y a aprovechar estos materiales mediante procesos biológicos.

8. Se incorporan mediciones de reducciones acumulativas en el uso de insumos, específicamente de envases plásticos de detergentes, como parte de las iniciativas de compras sostenibles. Estas acciones buscan optimizar el consumo de materiales y disminuir la generación de residuos mediante la selección de productos cuyos empaques tengan un menor impacto ambiental. Aunque estas mejoras contribuyen a reducir la generación de residuos y a fortalecer la gestión de recursos, no se contabilizan directamente como reducciones de la huella de carbono, sino como indicadores complementarios de desempeño ambiental, en línea con los principios de la economía circular.

9. Limitación en la medición del consumo de GLP (2023-2024): Durante 2023 y 2024, el consumo de GLP registrado incluyó volúmenes correspondientes a terceros, principalmente restaurantes ubicados en ANVECO, conocida como Torre Médica OMEGA, que se abastecían mediante las mismas pipas de suministro. En ese momento, el sistema de medición disponible no permitía segregar el consumo entre las distintas fuentes; por lo tanto, técnicamente no era posible diferenciar el consumo atribuible a la operación del Hospital del correspondiente a terceros. En consecuencia, la totalidad del consumo de GLP se reportó como parte de la operación del Hospital. Los datos de estos periodos se mantienen sin modificación; no obstante, deben interpretarse considerando esta limitación metodológica.

El gráfico del indicador GRI 302-1, Consumo de energías no renovables, integra de forma consolidada todas las fuentes energéticas utilizadas en la operación del Hospital, incluidas la electricidad, el diésel, la gasolina y el GLP. Debido a esta agregación, las variaciones individuales de cada fuente tienden a compensarse dentro del total energético, lo que reduce la visibilidad de cambios específicos por tipo de combustible. Adicionalmente, en 2025, el incremento en la producción del Hospital generó un aumento proporcional en el consumo energético total y contribuyó a mantener una tendencia global relativamente estable en el gráfico agregado. En consecuencia, las diferencias entre periodos no se muestran de forma pronunciada, aunque existen variaciones reales en el consumo individual de cada fuente energética.

10. Mejora en la trazabilidad del consumo de GLP (2025): Durante el segundo semestre de 2025 se implementaron mejoras para fortalecer la trazabilidad y el control del consumo de GLP. Estas acciones incluyeron ajustes operativos coordinados con el proveedor de GLP (TOMZA) y modificaciones en la operación del equipo de tratamiento interno (Rotoclave), que dejó de operar el 1 de julio de 2025. A partir de esa fecha, el Hospital subcontrató el servicio de gestión integral de residuos bioinfecciosos y punzocortantes. Las emisiones derivadas del uso de GLP por parte del contratista se registraron como EIS (emisiones indirectas significativas). Su cálculo se determinó mediante la implementación y el seguimiento del indicador de desempeño «kg de GLP por kg de residuo tratado». Como resultado de estas mejoras, fue posible identificar y excluir el consumo de GLP correspondiente a terceros, lo que permitió asignar de manera más precisa el consumo a las actividades propias de la operación. Desde este periodo, el dato reportado refleja con mayor precisión el consumo atribuible exclusivamente a la operación del Hospital.

11. Cambio en el modelo de gestión de residuos bioinfecciosos (2025): Durante 2025 se modificó el modelo de gestión de residuos bioinfecciosos, al pasar de un esquema de tratamiento interno a la contratación de un gestor autorizado para su recolección, transporte, tratamiento y disposición final. Como parte de esta transición, se suspendió el uso del equipo de tratamiento interno (Rotoclave) a partir del 1 de julio de 2025. La gestión integral de los residuos bioinfecciosos pasó a ser realizada por Manejo Profesional de Desechos S. A. (MPD), de conformidad con la normativa aplicable. Este cambio redujo el consumo de GLP y las emisiones directas de ASEMECO, al eliminar una de las principales fuentes de demanda de este combustible dentro de la operación. A su vez, las emisiones asociadas al servicio contratado se reflejan aguas abajo como emisiones indirectas significativas. Además, la tercerización permitió contar con registros más estructurados sobre la gestión de residuos bioinfecciosos, lo que fortaleció la calidad de la información disponible. En conjunto con las mejoras en la trazabilidad del consumo de GLP, este cambio contribuye a que, a partir del segundo semestre de 2025, los datos reflejen con mayor precisión el consumo real atribuible a la operación del Hospital.

12. La sede ALESTE se incorporó al alcance del reporte a partir de julio de 2025.

13. En octubre de 2025 se sustituyó una secadora que utilizaba GLP por una secadora eléctrica. La reducción de emisiones asociada a este cambio se incorporó al inventario.

14. En 2025 se calcularon las emisiones asociadas al tratamiento de todos los residuos generados en el Hospital. Por esta razón, se presenta un incremento sustancial en las emisiones indirectas significativas asociadas a residuos. El cálculo incluye las siguientes corrientes: residuos ordinarios valorizables, reciclaje, residuos de aparatos eléctricos y electrónicos (RAEE), residuos peligrosos inflamables, medicamentos vencidos y residuos bioinfecciosos.

Los datos en color morado corresponden a información modificada o actualizada

1. Antes de concluir el primer semestre de 2024 y después de la presentación del primer informe GRI, correspondiente a 2023 y alineado con el Programa País para la Carbono Neutralidad, se actualizaron los valores de los potenciales de calentamiento global (GWP, por sus siglas en inglés) utilizados en la huella de carbono desde 2021 hasta la fecha. La actualización incluyó el ajuste del valor del N₂O, que pasó de 310, según el segundo informe del IPCC, a 265, según el quinto informe del IPCC. El valor anterior era 46.5 y el valor corregido es 39.75. Asimismo, la reducción derivada del uso de paneles solares para el calentamiento de agua tuvo un ajuste menor: pasó de 9.33 a 9.38 toneladas de CO₂ eq.

2. En el informe de 2023 se ajustó el factor de emisión de la electricidad a 0.0000879 toneladas de CO₂ eq/kWh, valor definitivo para ese año, debido al aumento de las emisiones de CO₂ provocado por los efectos del fenómeno de El Niño. Este fenómeno afectó la matriz energética del país al reducir la disponibilidad de agua, lo que incrementó la dependencia de combustibles fósiles para generar electricidad y, en consecuencia, aumentó el factor de emisión. Para 2024, el factor de emisión se mantuvo en 0.0000879 toneladas de CO₂ eq/kWh. Sin embargo, dado que este factor depende directamente de la matriz energética del país, su valor se ajusta anualmente. Por lo tanto, el factor correspondiente a 2024 se revisará y ajustará en el tercer informe, que se

presentará en 2026, utilizando los datos más actualizados. Como resultado de este ajuste, también aumentó la reducción atribuida al uso de paneles fotovoltaicos. En 2023, esta reducción pasó de 7.86 a 12.65 toneladas de CO₂ eq, lo que refleja el efecto del ajuste en el factor de emisión de la electricidad.

Valores del factor de emisión de la electricidad:

2022: 0,0000534

2023: 0,0000879

2024: 0,000127

2025: 0,000127

3. Se modificó la denominación del gráfico de residuos ordinarios correspondiente a la comparación 2023-2025, que anteriormente se clasificaba como 306-4: Residuos no destinados a eliminación. Tras la revisión, se reclasificó como 306-5: Residuos destinados a eliminación, con el fin de asegurar su correcta alineación con la categorización establecida por el Estándar GRI.

4. Para 2025, el programa PPCN solicitó incluir el cálculo del CO₂ biogénico asociado a la disposición de residuos en relleno sanitario. En consecuencia, se recalcularon los valores de 2023 y 2024 para asegurar la comparabilidad de la información entre los periodos reportados.



A lo largo de 15 años, el Hospital ha mantenido su compromiso con el Programa País de Carbono Neutralidad de Costa Rica, 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 siguientes cuadros se muestra el desglose de nuestras emisiones para los años 2023, 2024 y 2025.

El año 2025 es un año muy importante dentro de este proceso de carbono neutralidad, ya que éste representa un nuevo año base para las emisiones de carbono del Hospital, dejando atrás su anterior año base que fue el 2021, incorporando nuevas emisiones indirectas significativas, como se describe a continuación:

- Emisiones relacionadas con el transporte de Colaboradores y Profesionales de la Salud.
- Emisiones por el tratamiento y disposición final de residuos sólidos especiales y de reciclaje.
- Uso de inhaladores.
- Anteriormente, ya se había incluido las emisiones por disposición final de residuos sólidos ordinarios.

La relevancia del nuevo año base es fundamental para establecer las comparaciones del desempeño de la huella de carbono del Hospital. Como parte de este nuevo año base, se denota que las emisiones de alcance 3, han aumentado de manera muy importante como parte de este ejercicio, y que se integra con las mediciones del sector. Según un estudio de la huella climática del sector de la Salud en 2019 por parte de Salud sin Daño, las emisiones indirectas significativas (alcance 3) de un Hospital, deben ser de aproximadamente un 71% del total de sus emisiones. En nuestro caso, y con esta incorporación de emisiones de alcance 3 realizada en 2025, hemos llegado ya a un 46% del total de

nuestras emisiones, lo que refleja que esta medición va por muy buen camino al reflejar de manera real estas emisiones en la cadena de valor del Hospital, lo que supone un panorama realista de las emisiones no solo directas sino también, las que dentro del programa de descarbonización, habrá que ir atendiendo poco a poco, como parte de nuestros compromisos de gestión.

A continuación, se muestra la huella del 2025 segregada por alcance y también a nivel porcentual:

- Alcance # 1 (control directo del Hospital): 623.07 ton CO2 eq/año (21%)
- Alcance # 2 (emisiones por el uso de la electricidad): 1013.15 ton CO2 eq/año (34%)
- Alcance # 3 (emisiones indirectas significativas en cadena de valor): 1382.98 ton CO2 eq/año (46%), que corresponden con las emisiones indirectas significativas

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. 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 la estrategia vigente para la reducción de emisiones por el uso de gases de anestesia, y que en noviembre del 2025, derivó finalmente en la prohibición del uso del óxido nitroso. Los denominadores seleccionados para el indicador corresponden a cama ocupada, consulta médica y cirugías realizadas. Estos datos provienen en primera instancia de las compras que se realizan en el Hospital y a nivel de la producción, del departamento de Registros Médicos y del informe de producción de la Dirección Médica. Los tipos de emisiones incluidas en estos ratios son directas, indirectas y otras indirectas, para estos indicadores. En el cuadro adjunto se

muestran los gases de efecto invernadero considerados, así como las reducciones obtenidas para 2023, 2024 y 2025.

Como parte de nuestro plan de descarbonización, en 2025 se logró una reducción de 68.11 toneladas de CO2 eq. gracias a las siguientes acciones:

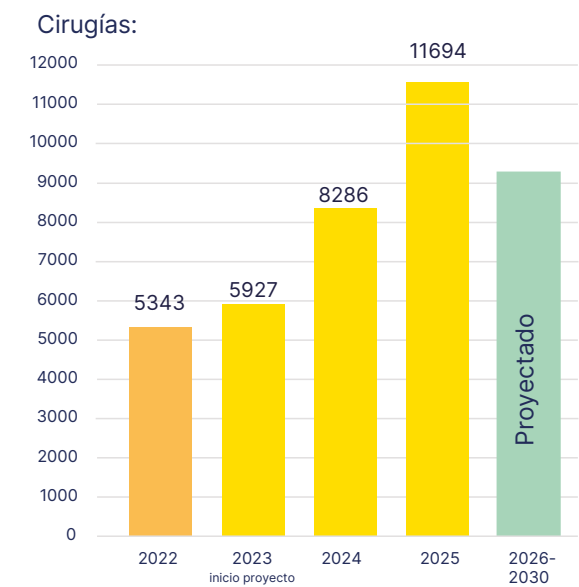
- Cambio de luminarias fluorescentes por LED en diferentes áreas (lobbies Omega, rampa de emergencias, Puente Garo, CEDI / Proveeduría, Torre de Estacionamiento en sede central y lobbies Cabezas López): 5.35 toneladas de CO2 eq.
- Uso de secadoras eléctricas en la Lavandería de la sede central (incorporación de nueva secadora): 24.56 toneladas de CO2 eq.
- Uso de paneles solares y fotovoltaicos en el Hospital: 22.25 toneladas de CO2 eq.
- Valorización de residuos orgánicos por medio de vermicompostaje y también de residuos de madera y cartón provenientes de los residuos de la construcción, así como la sustitución de productos de limpieza: 15.94 toneladas de CO2 eq.

En relación con los primeros 6 ejes de descarbonización planteados en nuestro primer informe de sostenibilidad, a continuación se citan las proyecciones relacionadas:

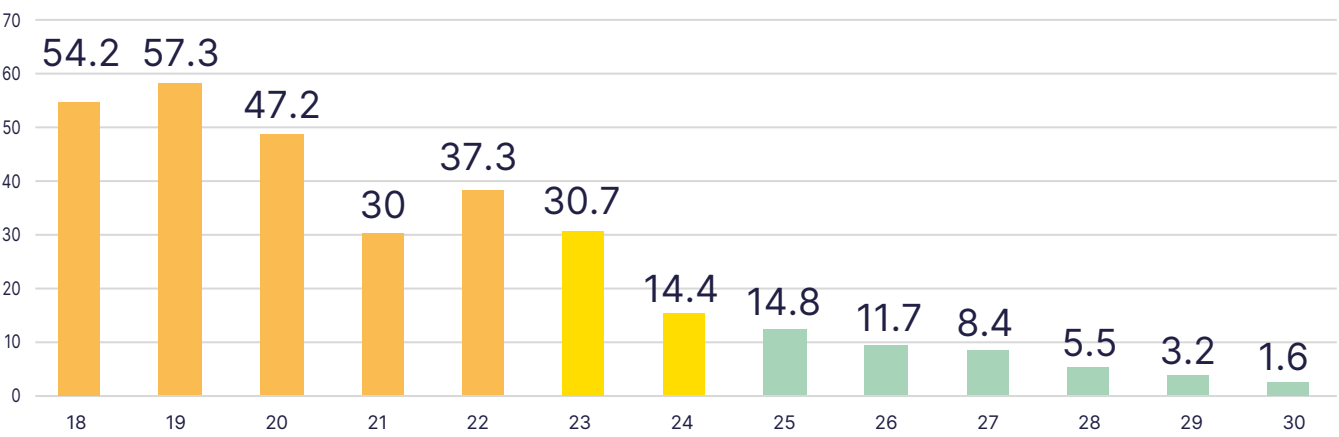
- Uso de la electricidad: aún está en análisis el consumo de aires acondicionados en el Hospital y la implementación del controlador, para reducir el consumo de electricidad.
- Uso de gas LP: para el 2026 se aprobó la sustitución de uno de los calentadores de agua caliente para evitar el uso de gas LP para calentar agua y en su lugar usar una bomba de calor que use un refrigerante de bajo impacto.
- Procesos de economía circular: el proceso piloto de Compras Sostenibles realizado en 2025, vendrá a fortalecer poco a poco este proceso. Algunas acciones importantes implementadas en 2025 están relacionadas con el incremento en la separación de residuos orgánicos y de la construcción, sin embargo se debe reforzar este programa integrándole dentro del proceso de compras sostenibles para este propósito.
- Uso de inhaladores: se espera iniciar en 2026 o 2027 con este proceso para empezar a usar inhaladores de polvo seco, tema que deberá ser colegiado en conjunto con las áreas clínicas del Hospital. Uso de refrigerantes: aun en Costa Rica no existe un sistema de reúso real de los refrigerantes. Se han estado evaluando diferentes opciones, sin embargo aún no está disponible esta tecnología.

- Uso de gases de anestesia: si bien es cierto, en noviembre del 2025, se prohibió el uso del óxido nitroso, el indicador de seguimiento de este programa tuvo un leve incremento, con lo cual las labores de acción relaciona-

das con los flujos bajos y el uso de la anestesia total intravenosa (TIVA), deberán ser reforzadas en 2026, como se muestra en la siguiente gráfica:



Kg CO2 eq./cirugía



Por su parte, es necesario considerar que ahora, los procesos de descarbonización, enfrentan una presión aun mayor, considerando el incremento de la huella de carbono en alcance 3, donde se están analizando diferentes alternativas relacionadas

con transporte sostenible. Por su parte y en relación con el tratamiento de residuos, sin duda la reducción en su generación podrá apoyar los procesos de reducción de la huella de carbono.

Tema material: Residuos (impacto GRI 4)

- 306-1 Generación de residuos e impactos significativos relacionados con los residuos
- 306-2 Gestión de impactos significativos relacionados con los residuos
- 306-3 Residuos generados
- 306-4 Residuos no destinados a eliminación
- 306-5 Residuos destinados a eliminación

En 2025 destacan las siguientes actividades en materia de gestión de residuos sólidos:

- Sustitución parcial de botellas plásticas por botellas de aluminio, lo anterior con el fin de reducir nuestro impacto ambiental por la generación de plástico al utilizar este tipo de botellas para el consumo de agua potable. En las siguientes imágenes se puede observar el cambio entre los años 2024 y 2025. Cabe destacar que solo en casos muy puntuales se ha mantenido el uso de botellas plásticas, bajo ciertas

condiciones y que paulatinamente se estará analizando su posterior reemplazo. De igual forma permanece el reto de los restaurantes ubicados dentro de las instalaciones del Hospital, con quienes se han iniciado negociaciones para ir valorando la posibilidad de que sustituyan de la misma forma, las botellas de plástico por botellas de aluminio, éste último que posee un valor reciclable mucho mayor lo que promueve un mejor reúso y un menor desperdicio como ocurre con el caso de las botellas plásticas:

2024:

- Cantidad de botellas de plástico gestionadas desde Nutrición: 35420

2025:

- Cantidad de botellas de plástico gestionadas desde Nutrición: 12325 (reducción del 65%)
- Cantidad de botellas de aluminio: 27144



- Por otro lado, se inició con un proyecto muy positivo de reúso de residuos de la construcción, con lo cual se evitó el envío de 140 toneladas de estos residuos al relleno sanitario, logrando un 70.7% de avance en la meta propuesta que busca que el 40% de nuestros residuos deje de ser enviado al relleno sanitario, lo anterior con el apoyo de nuestro proveedor Zero Waste. En las siguientes imágenes se pueden observar las tanquetas del proveedor



que se ubican en nuestras instalaciones y también procesos constructivos como el del proyecto Aleste donde se reutilizaron estos materiales para la construcción de nuevas carreteras. Estos procesos de reciclaje se denominan “upcycling”, ya que usan una cantidad de energía mucho menor en comparación con otros procesos de reciclaje y con una menor huella de carbono. Con ello, el Hospital buscar reducir su impacto ambiental.



- A su vez, en 2025, contratamos los servicios de un proveedor para incrementar los procesos de vermicompostaje, pasando de 0.82 a 5.52 toneladas en el último año,

al incorporar a los diferentes restaurantes de la Clínica en este proceso, pues anteriormente solo lo hacíamos con los residuos del área de Nutrición.

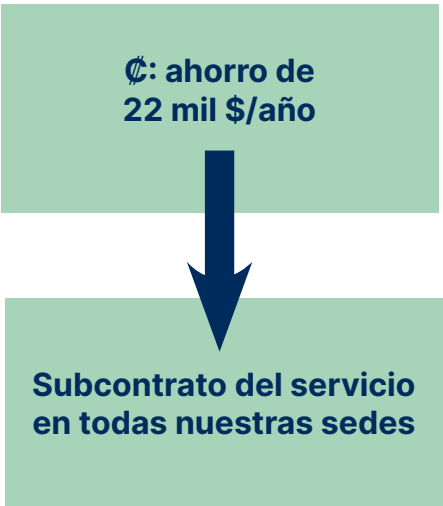


A través de procesos de vermicompostaje, el cual usa lombrices para descomponer residuos orgánicos domésticos, transformándolos en un abono natural rico en nutrientes y microorganismos, el Hospital contrató los servicios de Lombritec, cuya alianza ha rendido sus frutos en 2025.

- En julio del 2025, el Hospital dejó de utilizar su equipo denominado Rotoclave para el tratamiento de los residuos bioinfecciosos y punzocortantes para lo cual se contrataron los servicios de la empresa MPD, proyectando no solo una unificación



del servicio, sino que también generando ahorros de aproximadamente 22 mil \$ al año. Lo anterior demuestra que la gestión de residuos no solo tiene impactos positivos, sino que también genera buenos resultados a nivel económico.



En los siguientes cuadros se muestran todos los detalles relacionados con la gestión de residuos en el Hospital en los años 2023, 2024 y 2025. A nivel interno y por parte de los gestores autorizados, se documentan los kg de residuos generados según clasificación.



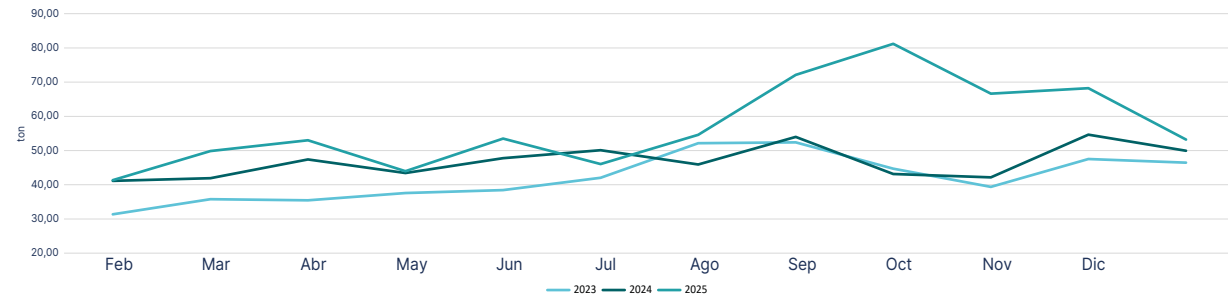
306-3: Residuos por composición											
	AÑO DE REPORTE		2023			2024			2025		
Residuos	Contenido temático	Composición de los residuos	Residuos destinados a eliminación ton (306-5-a)	Residuos no destinados a eliminación ton (306-4-a)	Residuos generados ton (306-3-a)	Residuos destinados a eliminación ton (306-5-a)	Residuos no destinados a eliminación ton (306-4-a)	Residuos generados ton (306-3-a)	Residuos destinados a eliminación ton (306-5-a)	Residuos no destinados a eliminación ton (306-4-a)	Residuos generados ton (306-3-a)
Residuos	306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Desechos comunes(H-CB - Santa Ana - Omega y Plantel de Servicios)	244,58	0,00	244,58	163,30	0,00	163,30	229,05	0,00	229,05
Residuos	306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Desechos remodelacio- nes HCB	90,50	0,00	90,50	101,23	0,00	101,23	36,54	140,23	176,77
Residuos	306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Reciclables (HCB + Omega)	-	37,16	37,16	-	40,12	40,12	-	41,32	41,32
Residuos	306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Peligrosos y especiales	0,00	6,42	6,42	0,00	6,12	6,12	0,00	6,43	6,43
Residuos	306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Bioinfecciosos (HCB - Omega - Santa Ana)	124,06	0,00	124,06	250,00	0,00	250,00	224,70	0,00	224,70
Residuos	306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Orgánicos	-	0,59	0,59	-	0,82	0,82	-	5,52	5,52
Residuos	306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Residuos totales	459,14	44,17	503,32	514,54	47,06	561,59	490,28	193,49	683,77
Residuos	306-3: a, 306-4: b, 306-5: a	Reciclables (comunidad)	-	18,12	18,12	-	26,45	26,45	-	29,04	29,04

306-4: Residuos no destinados a eliminación por operación de valorización											
	AÑO DE REPORTE		2023			2024			2025		
Residuos	Contenido temático	Residuos peligrosos	En las instalaciones ton (306-4-d-i)	Fuera de las instalaciones ton (306-4-d-ii)	Total ton (306-4-b-i,ii,iii)	En las instalaciones ton (306-4-d-i)	Fuera de las instalaciones ton (306-4-d-ii)	Total ton (306-4-b-i,ii,iii)	En las instalaciones ton (306-4-d-i)	Fuera de las instalaciones ton (306-4-d-ii)	Total ton (306-4-b-i,ii,iii)
Residuos	306-4: d	Preparación para la reutilización	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Residuos	306-4: d	Reciclaje	0	2,11	2,11	0	1,32	1,32	0	2,28	2,28
Residuos	306-4: d	Otras opciones de valorización	0	4,31	4,31	0	4,80	4,80	0	4,14	4,14
Residuos	306-4: d	Total	0,00	6,42	6,42	0	6,12	6,12	0	6,43	6,43
Residuos	Contenido temático	Residuos no peligrosos	En las instalaciones ton (306-4-d-i)	Fuera de las instalaciones ton (306-4-d-ii)	Total ton (306-4-c-i,ii,iii)	En las instalaciones ton (306-4-d-i)	Fuera de las instalaciones ton (306-4-d-ii)	Total ton (306-4-c-i,ii,iii)	En las insta- laciones ton (306-4-d-i)	Fuera de las instalaciones ton (306-4-d-ii)	Total ton (306-4-c-i,ii,iii)
Residuos	306-4: d: i-ii,c: i-iii	Preparación para la reutilización	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Residuos	306-4: d: i-ii,c: i-iii	Reciclaje	0,00	37,16	37,16	0,00	40,12	40,12	0,00	41,32	41,32
Residuos	306-4: d: i-ii,c: i-iii	Orgánicos (compostaje)	0,59	0,00	0,59	0,82	0,00	0,82	5,52	0,00	5,52
Residuos	306-4: d: i-ii,c: i-iii	Total	0,59	37,16	37,75	0,82	40,12	40,94	5,52	41,32	46,83
Residuos	306-4: d: i-ii,c: i-iii	Reciclables (comunidad)	-	18,12	18,12	-	26,45	26,45	-	29,04	29,04

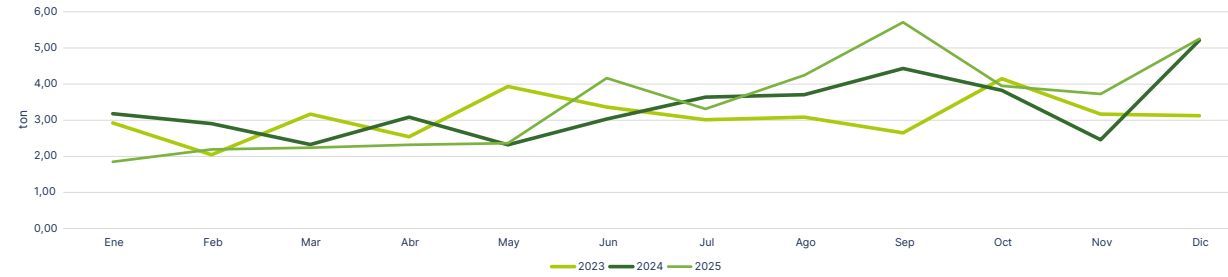
306-5: Residuos destinados a eliminación por operación de eliminación											
	AÑO DE REPORTE		2023			2024			2025		
Residuos	Contenido temático	Residuos peli- grosos	En las insta- laciones ton (306-5-d-i)	Fuera de las instalaciones ton (306-5-d-ii)	Total ton (306-5-d-i,ii,iii,iv)	En las insta- laciones ton (306-5-d-i)	Fuera de las instalaciones ton (306-5-d-ii)	Total ton (306-5-d-i,ii,iii,iv)	En las insta- laciones ton (306-5-d-i)	Fuera de las instalaciones ton (306-5-d-ii)	Total ton (306-5-d-i,ii,iii,iv)
Residuos	306-5: d: i-iv	Incineración (con recuperación energética)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Residuos	306-5: d: i-iv	Incineración (sin recuperación energética)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Residuos	306-5: d: i-iv	Traslado a un vertedero	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Residuos	306-5: d: i-iv	Otras opciones de eliminación	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Residuos	306-5: d: i-iv	Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Residuos	Contenido temático	Residuos no 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)	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)	En las insta- laciones ton (306-5-d-i)	Fuera de las instalaciones ton (306-5-d-ii)	Total ton (306-5-b-i,ii,iii,iv)
Residuos	306-5-d:i,ii, b: i-iv	Incineración (con recuperación energética)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Residuos	306-5-d:i,ii, b: i-iv	Incineración (sin recuperación energética)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Residuos	306-5-d:i,ii, b: i-iv	Traslado a un vertedero	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Residuos	306-5-d:i,ii, b: i-iv	Otras opciones de eliminación (Disposición en relleno sanitario)	0,00	459,14	459,14	0,00	514,54	514,54	0,00	490,28	490,28
Residuos	306-5-d:i,ii, b: i-iv	Total	0,00	459,14	459,14	0,00	514,54	514,54	0,00	490,28	490,28



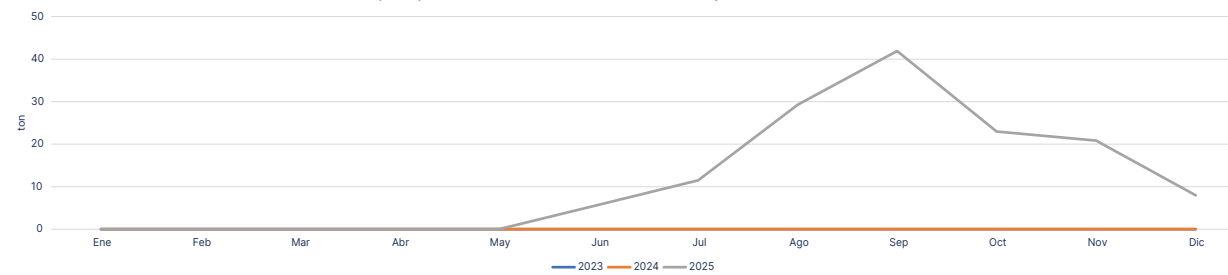
306 - 3: Residuos por composición (todos los residuos generados)



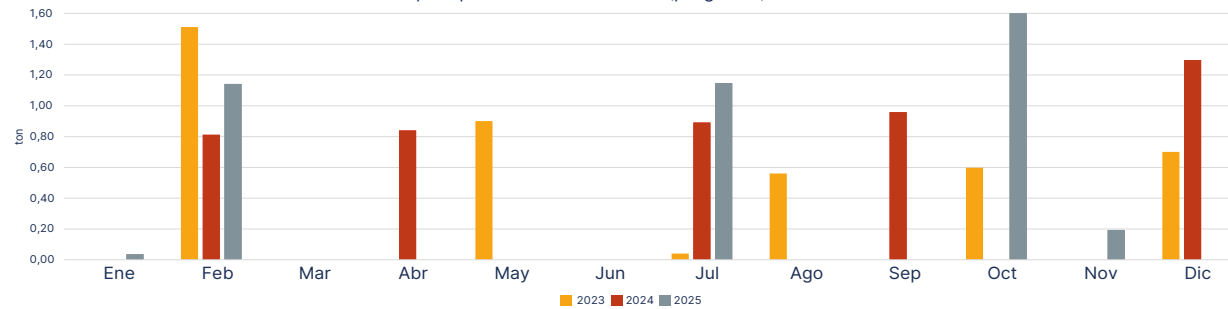
306 - 4: Residuos no destinados a eliminación por operación de valorización (reciclaje)



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



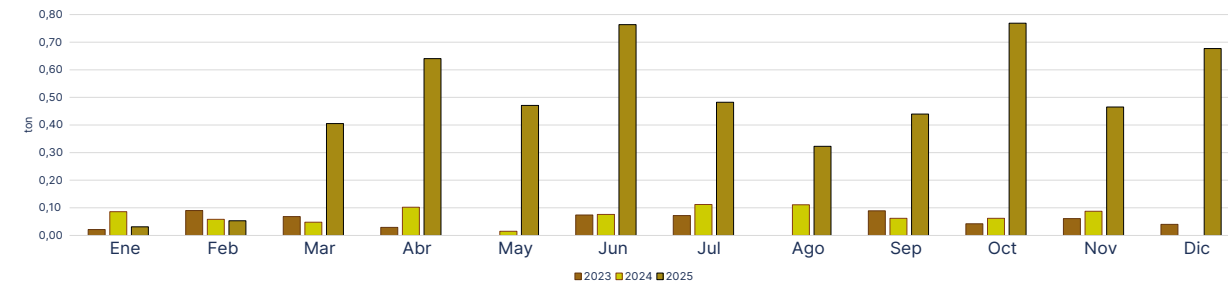
306 - 4: Residuos no destinados a eliminación por operación de valorización (peligrosos)



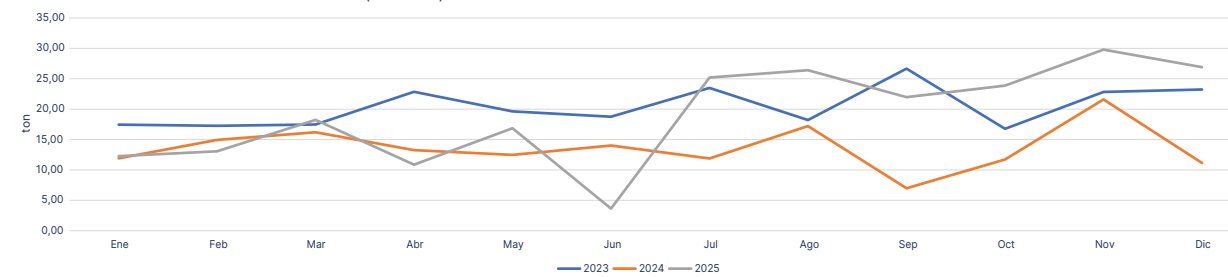
306 - 4: Residuos no destinados a eliminación por operación de valorización (especiales)



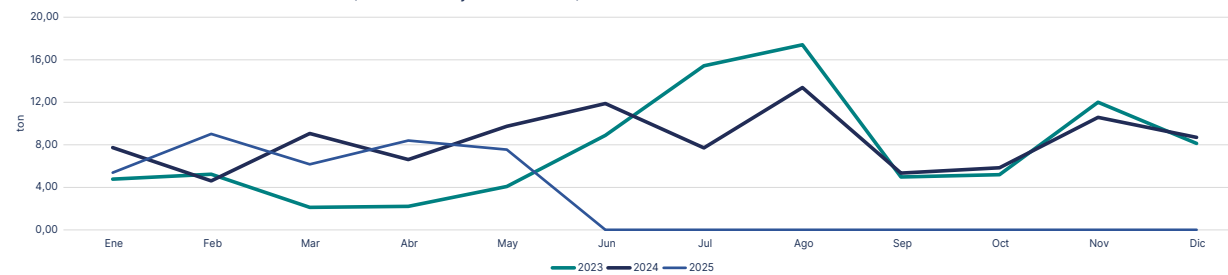
306 - 4: Residuos no destinados a eliminación por operación de valorización (orgánicos)



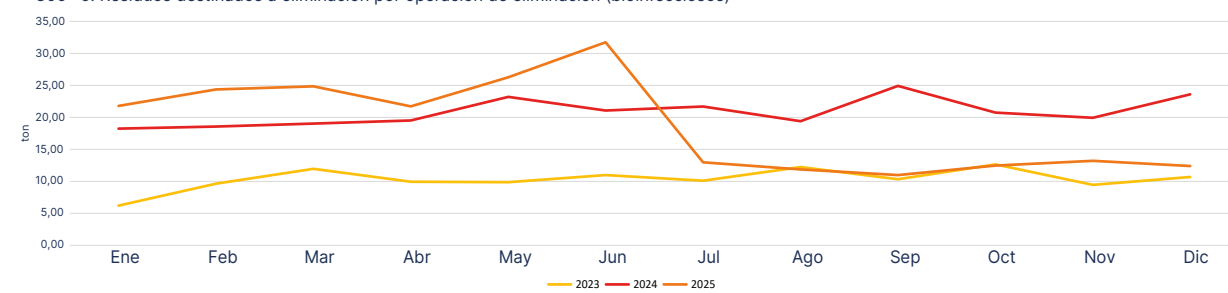
306 -5: Residuos destinados a eliminación (comunes)



306 - 5: Residuos destinados a eliminación(construcción y remodelación)



306 - 5: Residuos destinados a eliminación por operación de eliminación (bioinfecciosos)



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

Como parte de las actividades de divulgación a nivel ambiental y en apoyo a las Comunidades, el sábado 19 de julio, se llevó a cabo nuestra tradicional jornada de siembra de árboles en la comunidad de Mata de Plátano, Guadalupe, con la participación de 33 personas, entre colaboradores y miembros de la comunidad. En esta edición, se logró sembrar 100 árboles

de diversas especies nativas como el Laurel Muñeco, Uruca, Bijarro y Yas, reafirmando nuestro compromiso con la reforestación y la protección del medio ambiente. Además, se aprovechó este encuentro para seguir promoviendo el uso de botellas reutilizables de aluminio, como parte de nuestra campaña para eliminar el uso de plástico en refrigerios y actividades del Hospital.



La divulgación a nivel ambiental incluyó durante el 2025 la participación del Hospital en la 6.ª Conferencia Latinoamericana de la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables, celebrada en Santiago de Chile en octubre de 2025, donde la Gerencia de Calidad y Ambiente, representada por Andrés Alvarado, compartió las experiencias del hospital en gestión de riesgos climáticos, así

como una mirada estratégica sobre impacto y materialidad desde la perspectiva de la Norma Internacional de Información Financiera S2 (NIIF S2). Durante el encuentro, se tuvo además, la oportunidad de conocer los avances y desafíos de instituciones de salud de toda la región, cuyos aprendizajes fortalecerán aún más nuestro Programa de Sostenibilidad.



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

# impacto		Tema material	Objetivo	Meta	Indicador	Fecha para meta	Responsable primario	Actividades y proceso de seguimiento	Políticas o compromisos en tema material / e. Procedimientos de gestión donde incorporar acciones	Como influye la participación de grupos de interés en medidas adoptadas y como se usa su realimentación para mejora	Línea base 2023	Resultados 2024 (justificación)	Resultados 2025 (justificación)	% de avance 2025	Cualitativo (QI) / Cuantitativo (Qt)
GRI 1	Necesidad de disminuir el consumo de combustibles fósiles por uso de fuentes renovables (paneles solares y paneles fotovoltaicos)	Gestión de la Energía	a. Reducción en consumo energético en el uso de calentador de agua. en sede central b. Reducción en consumo energético por reemplazo de las secadoras de LPG a eléctricas en sede central. c. Reducción en consumo de energía eléctrica por reemplazo de luminarias LED, d. Reducción en consumo energético en uso de aires acondicionados en sede central.	a. Reemplazo de calentador de agua (se estima una reducción aproximada de 4435 litros / año de LPG) b. Reemplazo por 2 secadoras eléctricas (se estima reducción aproximada de 36340 litros de LPG año). c. Se estima reducción de 5600 KWh/año, d. Ahorro estimado del 10% sobre el 30% que supone el uso del AC en sede central (180000 KWh/año).	a. Reemplazo de equipo (Litros / año de LPG por reemplazo), b. Reemplazo de equipo (Litros de LPG / año por reemplazo), c. KWh/año, d. KWh/año. También se considerarían como parte del desarrollo de este plan, otros posibles indicadores: KWh/m² y KWh/paciente.	a. Entre 2027 y 2030, b. Secadora 1 en 2024, secadora 2 en 2027, ambas hacia 2030, c. Anualmente entre 2024 y 2030, d. Entre 2025 y 2030	Gerencia de Calidad y Ambiente / Mantenimiento	Reuniones del Comité de Ahorro de Energía	Política ambiental / PR. GIA-010/ IT.GIA-078.	Luego de la implementación del sistema se estará comunicando dicha mejora a la Comunidad como parte de la política ambiental del Hospital y de este proceso de realimentación.	Disminución de 139 868 kWh en el consumo de combustibles fósiles por uso de fuentes renovables (paneles solares y paneles fotovoltaicos durante el 2023)	A finales del 2023 se adquirió una nueva secadora eléctrica que reemplazó durante todo el 2024, una que utilizaba gas LP, lo anterior representó un ahorro de 29396.6 litros de LPG/año que equivale a 208050 KWh/año o bien, 30.17 ton CO2 eq/año. A partir del 25 de enero del 2024, se inició el uso de 66 luminarias LED que reemplazaron 208 fluorescentes que se ubicaban en el área de Cirugía Dra. Cameron, que representa una reducción de 132757.12 KWh/año o 11.67 ton CO2 eq. (este dato muestra una corrección en el reporte del 2025 que se muestra en los cuadros de detalle). Las actividades del calentador de agua y el controlador del sistema de aires acondicionados siguen en proceso. Las actividades desarrolladas en 2024 representan un avance del 40% en función de las actividades planteadas.	En 2025 se realizaron nuevas acciones de reducción como se describe a continuación: cambio de luminarias en diferentes áreas del Hospital (Lobbies Omega, rampa de emergencias, Puente Garo, CEDI / Proveduría, Torre de Estacionamiento en sede central y lobbies Cabezas López) para un total de ahorro de 42143.72 KWh. Además, se cambió la última secadora que se tenía a base de gas LP por una nueva secadora eléctrica en la Lavandería del Hospital. En los cuadros de emisiones se reporta una corrección en relación con las emisiones de las luminarias LED de salas de Cirugía Cameron que se habían reportado en 2024. Las actividades del calentador de agua y el controlador del sistema de aires acondicionados siguen en proceso, al menos en el caso del calentador, se logró la aprobación en el presupuesto para su implementación en 2026. Las actividades desarrolladas en 2025 representan un avance del 60% en función de las actividades planteadas en función de su carácter cualitativo, considerando el reemplazo final de las secadoras a gas por eléctricas en la Lavandería de nuestra sede central.	60%	QI
GRI 2	El agua residual de los edificios en Sede Central no posee un proceso de desinfección al ser descargada al alcantarillado sanitario. A pesar de que se cumple con la legislación vigente, debido a que este parámetro no se solicita en los reportes operacionales de aguas residuales, como parte de la descarga en el alcantarillado sanitario, se define el impacto en función de la descarga actual que posee una posible afectación en fauna en ríos una vez el agua llega a cuerpo receptor finalmente.	Gestión de las aguas residuales	A pesar de cumplir con la legislación vigente, se desea reducir el impacto ambiental de las aguas residuales en las áreas críticas de la sede central, enfocando dicho tratamiento en la descarga de coliformes fecales a 1000 NMP por cada 100 mL de muestra.	Implementar la planta de tratamiento de aguas residuales (PTAR) en 2026.	Descarga de coliformes fecales a 1000 NMP por cada 100 mL de muestra como parte del desarrollo de la PTAR.	Dec-26	Gerencia de Calidad y Ambiente / Mantenimiento	Aprobación del presupuesto de inversión, implementación del sistema modular y luego su desarrollo por etapas, primero en el área de tratamiento de residuos, luego en el sector este del edificio Cabezas López y luego en el sector oeste.	Política ambiental / IT.GIA-032.	Luego de la implementación del sistema se estará comunicando dicha mejora a la Comunidad como parte de la política ambiental del Hospital y de este proceso de realimentación.	El agua residual de los edificios en Sede Central no posee un proceso de desinfección al ser descargada al alcantarillado sanitario. A pesar de que se cumple con la legislación vigente, debido a que este parámetro no se solicita en los reportes operacionales de aguas residuales, como parte de la descarga en el alcantarillado sanitario, se define el impacto en función de dicha descarga.	En el último trimestre del 2024, se inició con el desarrollo de un Máster Plan para determinar todas las necesidades a nivel de permisos y planos para el desarrollo de la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales en nuestra Sede Central. Lo anterior representa un avance del 20% en función de las actividades planteadas.	El plan maestro para la implementación de la nueva planta de tratamiento de aguas residuales en nuestra sede central, tiene un avance muy importante al punto que se logra determinar finalmente el tipo de tecnología que sería adquirida y también se define la localización exacta donde se estará desarrollando el proyecto. Para 2026, únicamente quedará pendiente el desarrollo del proceso de permisos correspondientes y la posible puesta en marcha del proyecto.	40%	QI
GRI 3	Contribución al calentamiento global como parte de las emisiones de gases de efecto invernadero del Hospital.	Emisiones	Reducir la contribución de los gases de efecto invernadero, lo anterior con base en la acción de reducción relacionada con diferentes actividades según el plan de descarbonización, cuya primera etapa está definida para el año 2030.	Reducción de un 26 %/año (aprox. 442 ton CO2 eq./ año). Esta meta incluye las metas relacionadas con el uso de la energía eléctrica y térmica, el proceso de economía circular, así como la reducción de emisiones por uso de refrigerantes, uso de inhaladores y uso de gases de anestesia en salas de Cirugía.	Además de las metas establecidas en relación con el uso de la energía y los procesos de economía circular se estarán considerando sobre la marcha los siguientes indicadores: uso de refrigerantes (kg CO2 eq/recarga), uso de inhaladores (kg CO2 eq/ inhalador-año), uso de gases de anestesia (kg CO2 eq. / cirugía realizada).	Dec-30	Gerencia de Calidad y Ambiente / Mantenimiento	Inventario mensual de huella de carbono.	Política ambiental / PR.GIA-007/ PR.GIA-008/09/10/12/ IT.CO-001/IT.	Reuniones periódicas con los grupos de interés relacionados con estas actividades.	Contribución al calentamiento global como parte de las emisiones de gases de efecto invernadero del Hospital, las cuales para el año 2023 han sido de 1839.77 toneladas de CO2 eq. (valor que fue actualizado luego de la publicación final del factor de emisión final del uso de la electricidad en Costa Rica y también por la corrección en datos relacionados a la gestión de residuos, posterior a la publicación a la publicación de nuestro 1er informe GRI. El valor anterior referenciado era de 1371.94 toneladas de CO2 eq.	Durante el año 2024 se realizaron las siguientes acciones de reducción de nuestra huella de carbono: reducir el uso de N2O en salas de Cirugía (53 ton CO2), reemplazo de luminarias fluorescentes a LED en el área de Cirugía Cameron (11.67 ton CO2), uso de 228 paneles fotovoltaicos y solares (6.51 y 11.80 ton CO2) y el cambio de una secadora que usaba gas LP por una eléctrica (30.17 ton CO2). Lo anterior representa un avance del 21% en relación con la meta de reducción del 26% de las emisiones al 2030.	Se logró una reducción de 68.11 toneladas de CO2 eq. gracias a las siguientes acciones: cambio de luminarias fluorescentes por LED, implementación de una nueva secadora eléctrica en la Lavandería, uso de paneles solares y fotovoltaicos en el Hospital, valorización de residuos orgánicos por medio de vermicompostaje y también de residuos de madera y cartón provenientes de los residuos de la construcción, entre otros. En relación con el uso del óxido nítrico en salas de Cirugía, un hito muy importante fue la prohibición final de su uso en el mes de noviembre del 2025.	23,7%	QI
GRI 4	Generación de una cantidad importante de residuos que finalmente se envían a disposición final a un relleno sanitario.	Gestión de Residuos	Ampliar el programa de gestión de residuos de manera que se reduzca el envío al relleno sanitario, fomentando el reúso de materiales y programa de reciclaje del Hospital (economía circular).	Pasar de un 94% a un 60% para el 2030 (aproximadamente 150 toneladas/año),	kg residuos valorizados / total de residuos.	Dec-30	Gerencia de Calidad y Ambiente / diferentes áreas operativas	Reportes mensuales de la generación de residuos en el Hospital.	Política ambiental / PR. GIA-002/IT.GA-023.	Reuniones periódicas con los proveedores y otros grupos de interés relacionados con estas actividades.	Generación de 487.4 toneladas de residuos al año de las cuales un 94% van a relleno sanitario. Este valor se corrige en este informe pues en el dato anterior de 417.6 toneladas, no se había contemplado la contabilización de unos residuos comunes y de reciclaje en este proceso. Hay algunas iniciativas parciales de circularidad como el reúso de batas de tela en ciertas áreas del Hospital y el aprovechamiento de batas descartables para generación de madera plástica, sin embargo, existe una gran oportunidad para reducir aún más el uso de plásticos de un solo uso buscando procesos específicos de circularidad donde se reutilicen los residuos en la cadena de valor.	En 2024, se logró un resultado de un 5.76% de residuos que no fueron enviados a un relleno sanitario. Hay varias actividades en proceso relacionadas con este compromiso, por ejemplo en 2025 se proyecta ir eliminando el plástico de un solo uso en las botellas plásticas que se entregan a los Pacientes, ampliar la recolección y separación de materiales de compost, para lo cual se aprobó en el presupuesto la gestión ampliada para incluir los residuos de alimentos de todos los restaurantes del Hospital, también se tienen planificado que con la llegada del nuevo ERP del Hospital (Sistema de Planificación de Recursos), se incorpore progresivamente un proceso de compras sostenibles, entre otros detalles. Lo anterior representa un avance del 16% en relación con la meta de reducción del 40% de residuos por evitar en su envío a un relleno sanitario al 2030.	Se logró la sustitución parcial de botellas plásticas por botellas de aluminio, lo anterior con el fin de reducir nuestro impacto ambiental por la generación de plástico al utilizar este tipo de botellas para el consumo de agua potable, con una reducción del 65% en el último año. Solo en casos muy puntuales se ha mantenido el uso de botellas plásticas, bajo ciertas condiciones y que paulatinamente se estará analizando su posterior reemplazo. Por otro lado, se inició con un proyecto muy positivo de reúso de residuos de la construcción, con lo cual se evitó el envío de 140 toneladas de estos residuos al relleno sanitario, logrando un 70.7% de avance en la meta propuesta que busca que el 40% de nuestros residuos deje de ser enviado al relleno sanitario. A su vez, en 2025, contratamos los servicios de un proveedor para incrementar los procesos de vermicompostaje, pasando de 0.82 a 5.52 toneladas en el último año, al incorporar a los diferentes restaurantes de la Clínica en este proceso.	70,7%	Qt



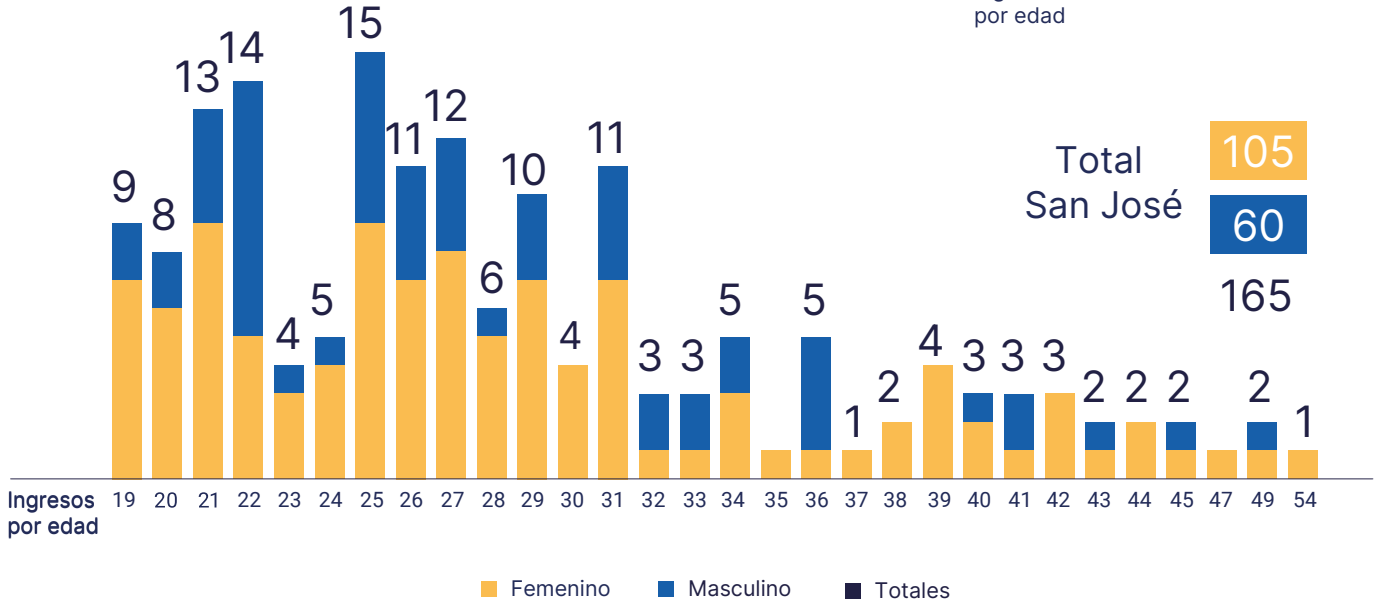
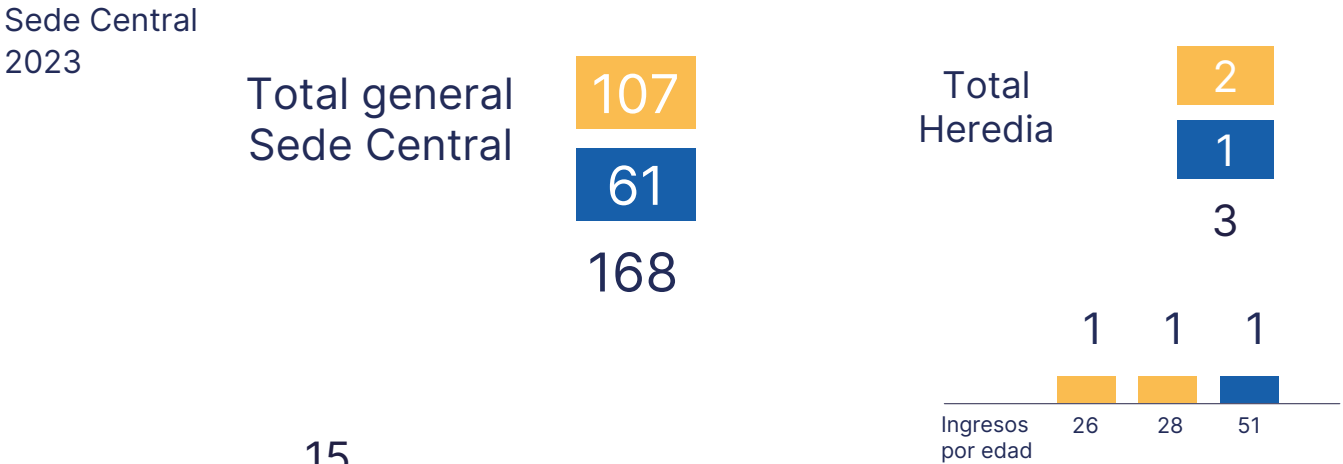
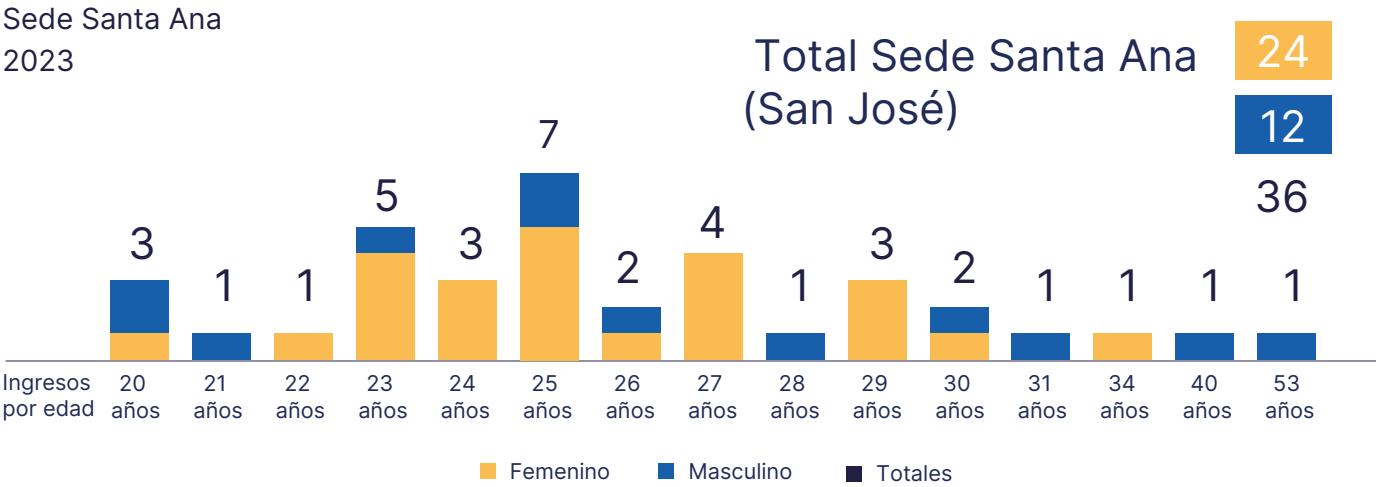
Social

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

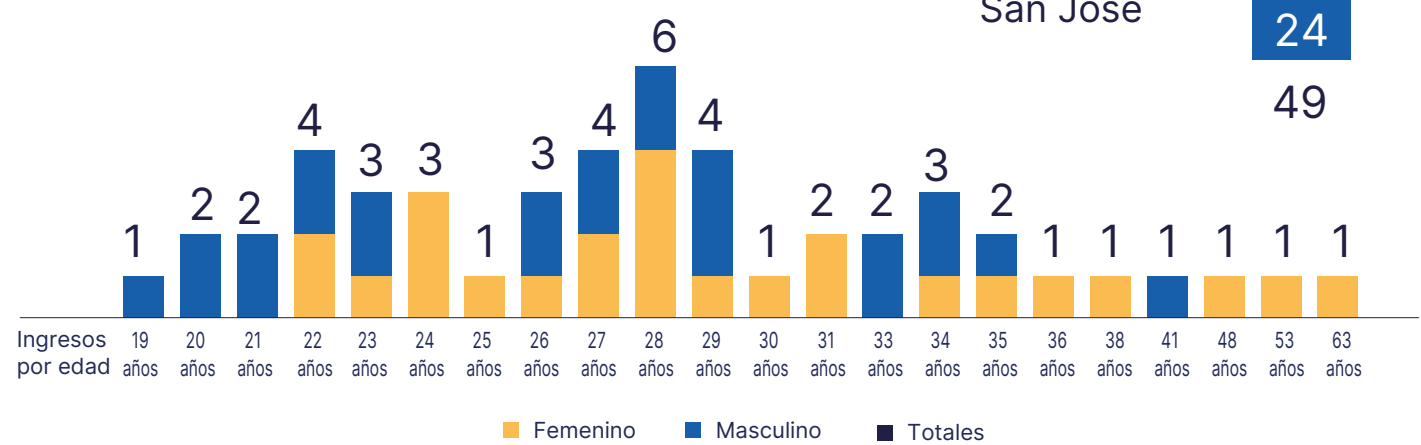
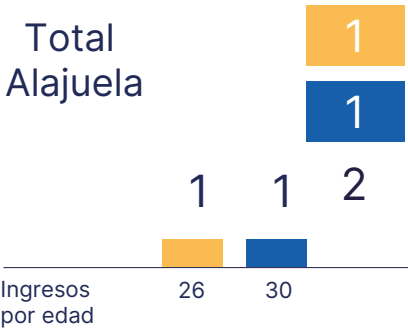
401-1 Contrataciones de nuevos empleados y rotación del personal

A continuación, se muestra la cantidad total y tasa de contrataciones de nuevos empleados durante el periodo objeto del informe (2025), por grupo de edad, género y región, cuyos datos fueron

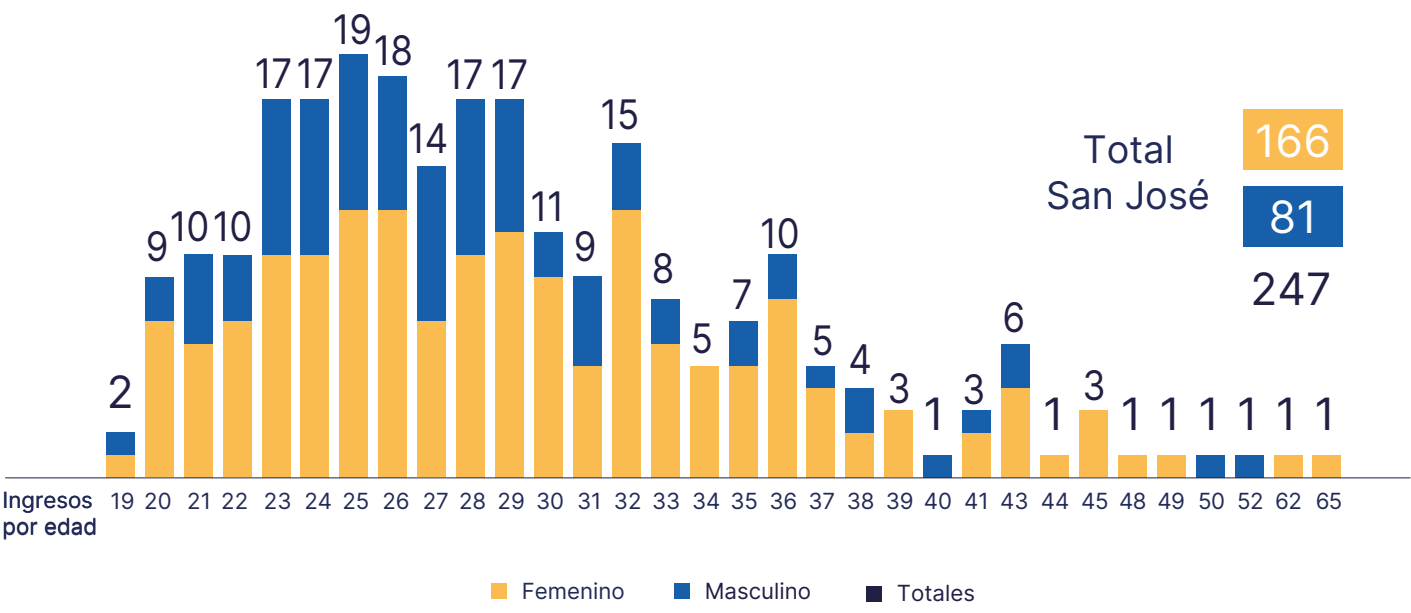
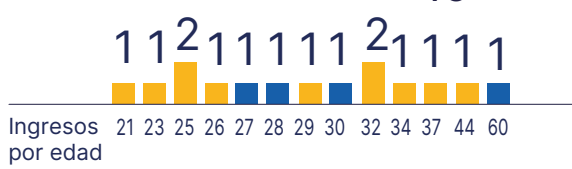
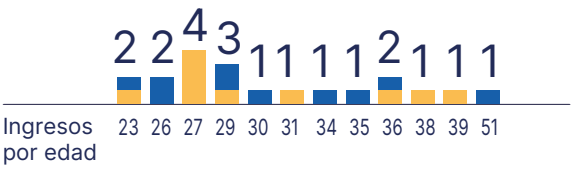
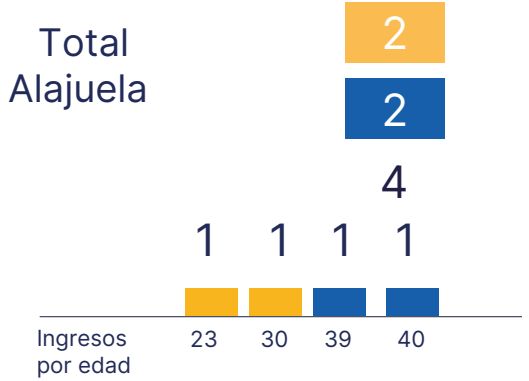
determinados a través del sistema de planilla. A su vez, se muestran los resultados comparando el comportamiento con respecto a los años 2023 y 2024.



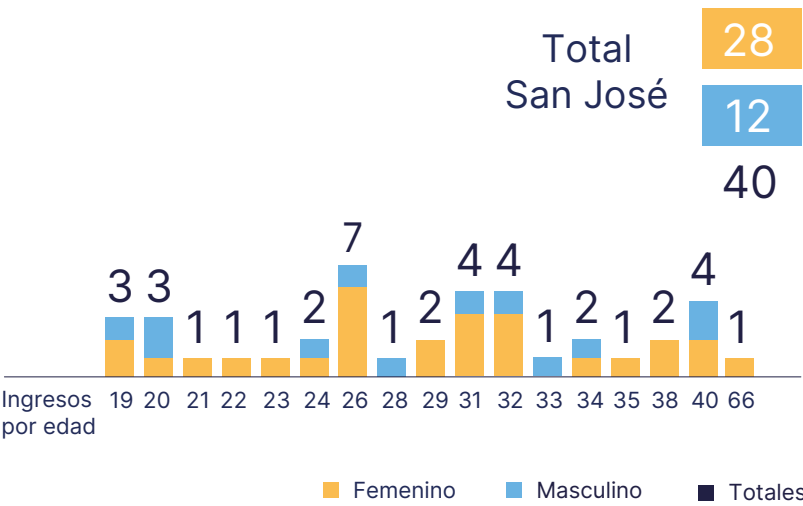
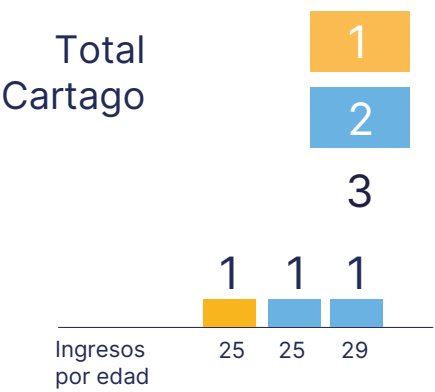
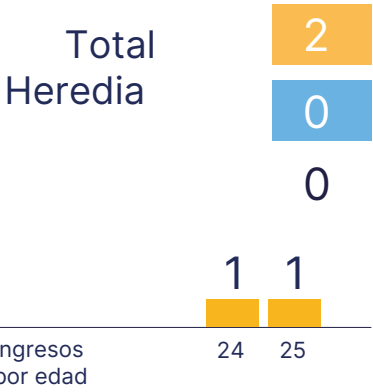
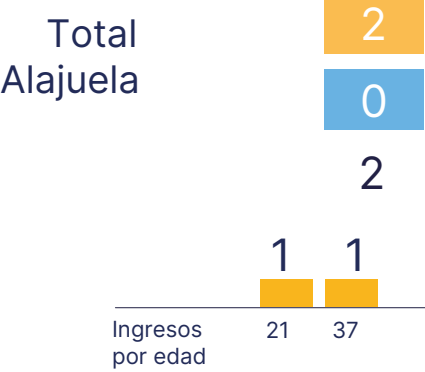
Sede Santa Ana
2024



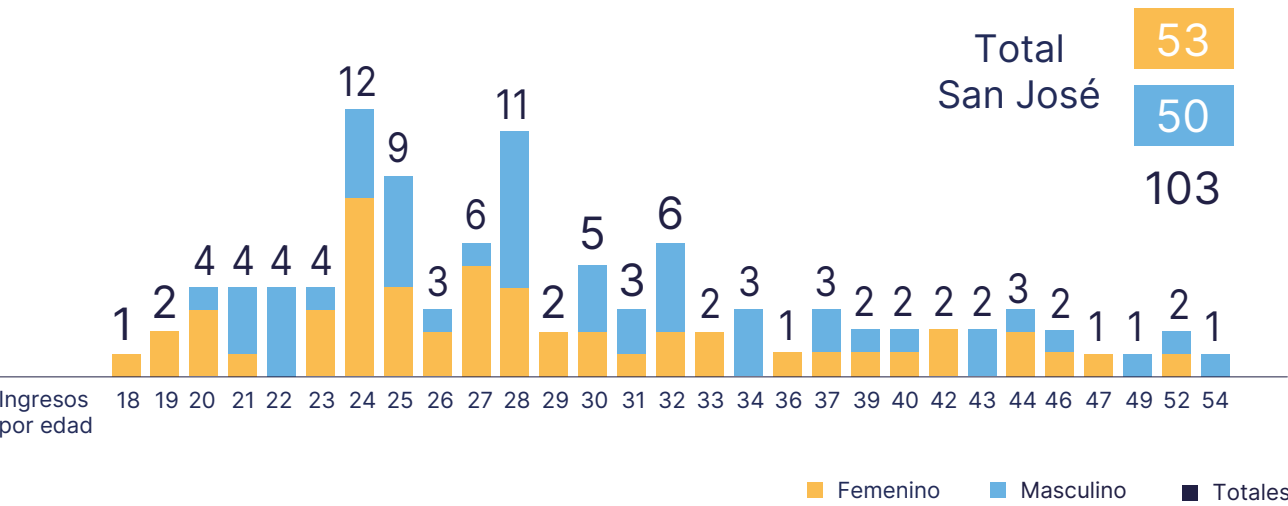
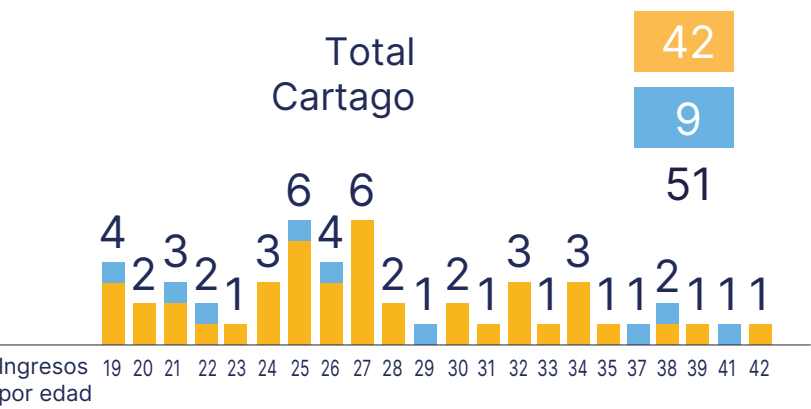
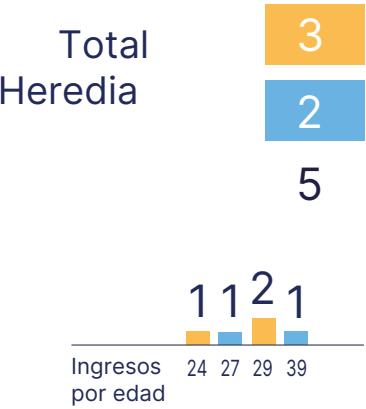
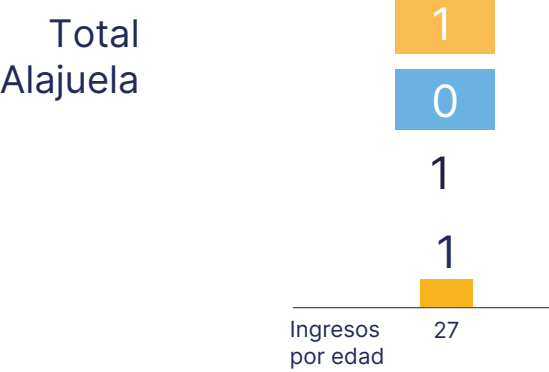
Sede Central
2024



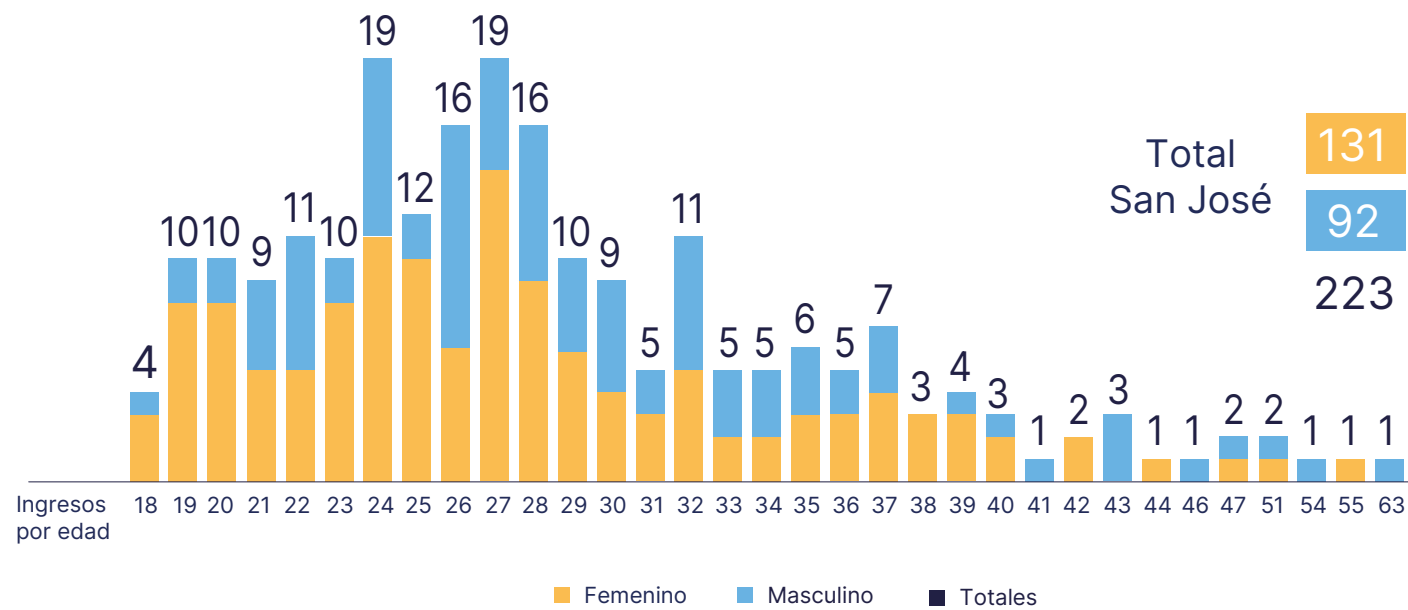
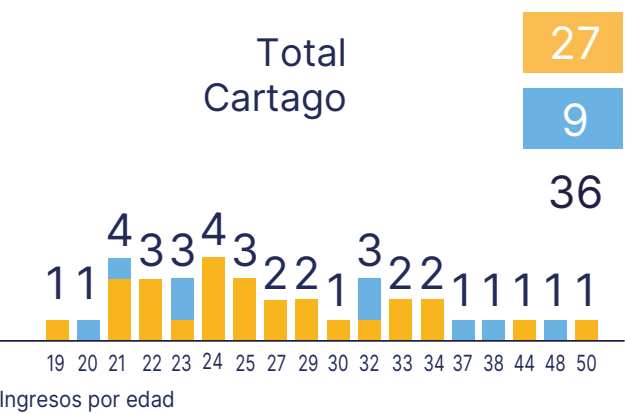
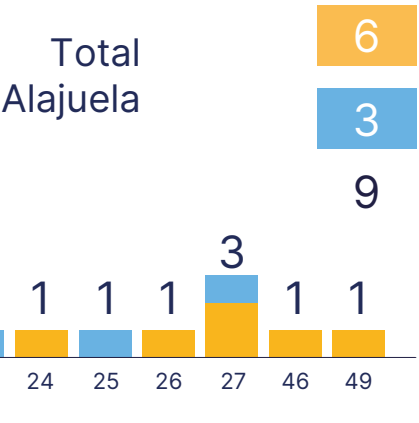
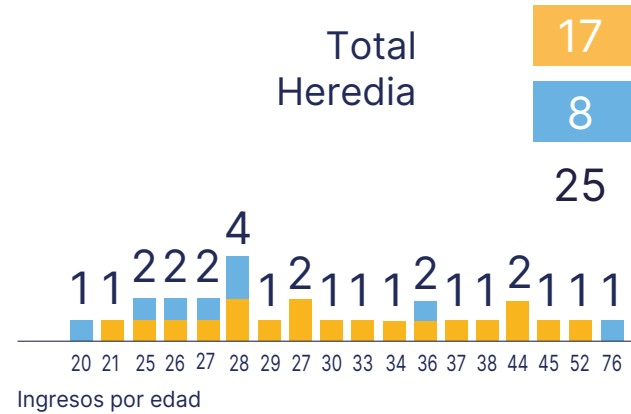
Sede Santa Ana
2025



Sede Aleste
2025



Sede Central
2025



En el siguiente desglose, se muestra la cantidad total y la tasa de rotación de personal para los años 2023, 2024 y 2025 (12.6%, 15.75% y 14.50% respectivamente), para un total de 138, 205 y 241 colaboradores en esos periodos, por grupo de edad, género y región.

Rotación de personal

2023	CARTAGO		HEREDIA		SAN JOSE		
Edad	F	M	F	M	F	M	Total
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	2	2	16	10	65	43	138

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

2025	ALAJUELA		CARTAGO		HEREDIA		SAN JOSÉ		Total
Edad	F	M	F	M	F	M	F	M	
19	0	0	0	0	0	0	1	1	2
20	0	0	0	1	0	0	2	2	5
21	0	0	0	0	0	0	4	4	8
22	0	0	0	0	0	1	7	7	15
23	0	0	0	0	0	0	4	1	5
24	0	0	1	0	0	1	11	3	16
25	0	0	2	0	0	0	7	5	14
26	0	0	0	2	1	0	5	4	12
27	0	0	1	2	0	2	9	6	20
28	0	0	0	0	1	0	5	6	12
29	2	0	0	0	1	1	6	5	15
30	0	0	0	0	1	1	2	2	6
31	0	0	0	1	2	0	4	4	11
32	1	0	3	0	0	0	5	1	10
33	0	0	1	0	0	0	5	5	11
34	0	0	1	0	0	0	5	3	9
35	1	0	2	0	0	0	8	4	15
36	0	0	1	0	1	0	3	2	7
37	0	0	0	0	0	0	1	1	2
38	0	0	0	0	0	0	2	1	3
39	0	0	1	1	0	0	6	0	8
40	0	1	0	0	0	0	1	1	3
41	0	0	0	0	0	0	0	1	1
42	0	0	0	0	0	0	3	0	3
43	0	0	0	1	1	0	2	3	7
44	0	0	0	0	0	0	3	0	3
45	0	0	0	1	0	0	0	1	2
46	0	0	0	0	0	0	2	0	2
48	0	0	0	1	0	0	1	0	2
49	0	0	1	0	0	0	0	0	1
50	0	0	0	0	0	0	1	1	2
52	0	0	0	0	0	0	1	0	1
53	0	0	0	0	0	0	2	0	2
54	1	0	0	0	0	0	0	0	1
58	0	0	0	0	0	0	0	1	1
60	0	0	0	0	1	0	0	0	1
63	0	0	0	0	0	0	1	0	1
64	0	0	0	0	0	0	0	1	1
65	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Total	5	1	14	11	9	6	119	76	241

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 en 2023, un 52% en 2024 y un 52.76% en 2025.

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 liderazgo 2023	36	34	70	100%

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

Edad	Femenino	Masculino	Total	%
Menores de 30 años	8	7	15	12%
Entre 30 y 50 años	45	37	82	65%
Mayores de 50 años	14	16	30	24%
Total liderazgo 2025	67	60	127	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 2023	671	427	1098	100%

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

Edad	Femenino	Masculino	Total	%
Menores de 30 años	440	249	689	41%
Entre 30 y 50 años	500	297	797	48%
Mayores de 50 años	88	88	176	11%
Total general 2025	1028	634	1662	100%



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

Durante el año 2025 se mantuvo la capacitación para el personal de nuevo ingreso, enfocando temas relacionados con la temática de Derechos Humanos. A su vez, se iniciaron las gestiones para ir diseñando procesos de capacitación en estos temas para el personal de otras áreas como Seguridad y de Atención al Paciente. Si bien es cierto, este alcance se tenía programado para el 2025, se ha reprogramado para el 2026, considerando la apertura de la nueva sede en Aleste y otras proyecciones que el Hospital está considerando. En 2025, se logró capacitar a un total de 460 colaboradores en estas temáticas. Al igual que en 2024, estos ejercicios fomentaron la empatía y creatividad en relación con el tema de los derechos humanos, para este grupo tan importante de nuevos colaboradores. Siempre el espíritu de estos ejercicios está enfocado en la promoción de los valores institucionales como parte del desarrollo de la estrategia de sostenibilidad.

Tema material: Seguridad de Contratistas (impactos GRI 8)

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

Como parte del compromiso establecido en el apartado GRI 3-3 de esta sección, y considerando los 80 contratistas críticos previamente definidos para análisis —pertenecientes a áreas como suministros básicos, equipos médicos, mantenimiento de extintores, monitoreo de aguas residuales y manejo de residuos, entre otros—, se ha logrado recopilar información sobre sus medidas de seguridad. Dicha información se obtuvo mediante el formulario “Compártanos sus prácticas de salud ocupacional”, el cual fue completado por 41 empresas contratistas, lo que representa un 51,25 % del total proyectado.

A partir de los datos obtenidos, se identifican aspectos relevantes desde la perspectiva de la Salud Ocupacional. En este sentido, 26 empresas reportan contar con un profesional en Salud Ocupacional; de estos casos, en 12 empresas dicho profesional se encuentra a cargo de la oficina de Salud Ocupacional. Asimismo, 29 empresas disponen de una comisión de Salud Ocupacional, la cual se reúne como mínimo dos veces al año para abordar temas relacionados con la seguridad de sus instalaciones.

El análisis evidencia que 28 de los contratistas que han compartido sus datos realizan auditorías internas o externas ya sea por personal calificado interno de la empresa o auditores externos, en donde la información es recopilada ya sea desarrollando todo un plan de auditoría o por medio de la aplicación de cuestionarios, entrevistas, revisión documental que establecen informes por medio de departamentos, todo esto permite una correcta validación del sistema de gestión dentro de los espacios de trabajo.

Con respecto a la priorización interna de los riesgos, 37 de las compañías aplica algún tipo de herramienta para priorizar los mismos como es el caso del mapeo de riesgos, análisis de causa raíz o Ishikawa, recorridos constantes dentro de las instalaciones la aplicación de la metodología descrita en el apartado 3.4.2 de la Guía para la elaboración del Programa de Salud Ocupacional y el FMEA (Análisis de Modos y Efectos de Falla), aplicación de listas de chequeo entre otros, el PHA (Análisis de peligros de

procesos), el HAZOP (estudios de riesgos y operabilidad), entre otros.

A nivel interno en nuestras instalaciones, y siempre en este enfoque de trabajo conjunto con los Contratistas, se mantiene la implementación del Formulario de Verificación de Actividad Segura, que se basa en varias normas y estándares tanto nacionales como internacionales, el mismo ha permitido tener un mayor control de las actividades críticas que realizan dentro de las instalaciones. Para el año 2025 se ha implementado este formulario en 4 obras las cuales han involucrado trabajos en altura, lo que ha permitido brindar no solo recomendaciones sino también prevenir un accidente laboral dentro de la institución, buscando un mayor compromiso por parte de la empresa contratada y del Hospital.

En las obras también se realiza la implementación del formulario llamado “Implementación de Riesgos”, que evalúa el nivel de criticidad de los trabajos que se están realizando y es completado de manera interdisciplinaria, con la participación de varias áreas, tales como Infecciones Intrahospitalarias, Gestión de Instalaciones y Ambiente (GIA), Ingeniería y Mantenimiento, y Seguridad, en donde lo que se busca es tener el criterio de los mismos para desarrollar el trabajo de una forma segura sin afectar la seguridad de los pacientes y los colaboradores.

Cada una de las sedes de la Clínica cuenta con un mapeo de riesgos que por medio de una escala prioriza los riegos por departamento, este documento es renovado cada dos años, siendo el 2026 su próxima actualización, todo esto permite establecer un control de las actividades que se realizan dentro de las instalaciones y con esto evitar la generación de algún accidente.

Cuando se le desea transmitir información a personal que cuente con alguna barrera de idioma como es el caso de una discapacidad auditiva, en la misma se tiene el apoyo de intérpretes capacitados que permiten que la información fluya de forma clara y concisa.

Cada persona informa a sus supervisores de forma verbal o escrita, cuando desean retirarse de situaciones laborales que consideren pueden generarles lesiones, dolencias o enfermedades, esto ocurre tanto para trabajos que realizan colaboradores de la clínica como los contratistas. Estas notificaciones vienen acompañadas de acciones correctivas y preventivas con el fin de asegurar la seguridad de los colaboradores. Toda esta documentación anteriormente descrita, se complementa con las inspecciones en las áreas de trabajo, incluidas las obras, en donde se mantiene una comunicación constante con el supervisor de la obra o jefatura del área en caso de encontrar algún incumplimiento que pueda ocasionar un accidente.

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

Del 51.25% de los contratistas analizados, 29 empresas cuentan con una Comisión de Salud Ocupacional, conforme al Reglamento de Comisiones y Oficinas de Salud Ocupacional (39408-MTSS), la frecuencia de sus reuniones varía dependiendo de la empresa, ya sea de forma mensual o dos veces al año, además 13 de ellas tiene una brigada para la atención de emergencias dentro de sus instalaciones. Hay otros comités que se han encontrado dentro de las organizaciones los cuales son los siguientes: Ética, Ambiental relacionado con los procesos del reconocimiento de Bandera Azul, el de Innovación, el Comité Social, Calidad e inocuidad, Ventas, Financiero, Sostenibilidad, entre otros.

A las contratistas se les brinda información sobre temas como: la salud y seguridad en la empresa, calidad hospitalaria, servicio al cliente, entre otros, dando una mayor claridad en las medidas que deben cumplir cuando se encuentran laborando dentro de la Institución, pues se implementa un curso de orientación, que se lleva a cabo tres veces al año, el cual se rige conforme a los estándares de la norma Joint Commission International (JCI) y está descrito en el procedimiento PR.TH-013: Procedimiento Curso de Orientación para Personal Tercerizado, el mismo ofrece una actualización anual para el personal que haya completado el curso previamente. Es agendado con el apoyo del área de Talento Humano y tiene una duración de dos horas, y se abarcan temas como los siguientes:

- Bienvenida.
- Seguridad y Vigilancia.
- Prevención y control de infecciones.
- Calidad Hospitalaria.
- Gestión de Instalaciones y Ambiente (GIA).

En la Clínica Bíblica se cuenta con otros comités a nivel interno como es el caso del Comité de Emergencias el cuál se reúne cada dos meses, además existe la Comisión de Salud Ocupacional por emplazamiento (ANVECO y ASEMECO), la cual se rige por la legislación vigente conformándose tanto por la parte empleadora y trabajadora de acuerdo con el lugar o edificio que representan, el mismo busca analizar los riesgos que hay dentro de la Institución con el fin de proteger a los trabajadores frente a un posible accidente.

Existe también el Comité de Gestión de Seguridad de las Instalaciones (GSI), que se rige por los lineamientos de la norma Joint Commission International, el cual mantiene sus inspecciones quincenales y reuniones presenciales cada dos meses. Este es un comité interdisciplinario conformado por varias áreas, las cuales aportan sus opiniones con respecto a aspectos relacionados con las obras y remodelaciones que se realicen dentro de la clínica, de estas reuniones surgen actas y planes de seguimientos, además los hallazgos encontrados son notificados a las jefaturas de área y se les brindan controles preventivos y correctivos, a los cuales se les da seguimiento esto con el fin de mejorar la calidad del servicio y proteger la salud y seguridad de los colaboradores.

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

En la Clínica se mantiene el fortalecimiento del sistema de gestión de la salud y seguridad en el trabajo, que se basa tanto en normativas legales nacionales como en estándares y directrices reconocidas, esto se detalla en el contenido temático 403-1. Sistema de Gestión de la Salud y Seguridad en el Trabajo, el cuál abarca tanto a los trabajadores de ASEMECO como ANVECO y los contratistas. Como parte de este proceso se han mantenido las implementaciones de Riesgos, así como los Formularios de Verificación de Actividad Segura en aquellas áreas que son consideradas de alto riesgo, todo esto con el fin de garantizar la salud y seguridad de los pacientes, colaboradores y contratistas que ingresan dentro de las instalaciones.

403-9 Lesiones por accidente laboral

Del 51,25 % de los proveedores analizados que corresponde a 41 empresas contratistas, y debido a consideraciones de confidencialidad de la información, ha resultado complejo obtener datos estadísticos detallados. No obstante, las empresas aplican diversas metodologías para la identificación y análisis de riesgos, entre las que se incluyen: mapeos de riesgos, diagramas de causa raíz o Ishikawa, AMFE (FMEA), listas de chequeo y el método de William T. Fine, entre otras.

Con base en la información compartida, el principal riesgo identificado en las empresas es de origen ergonómico, asociado tanto al manejo manual de cargas como a las actividades propias de oficina. Asimismo, se presentan riesgos relacionados con accidentes en el trayecto, los cuales

Con respecto a las acreditaciones internacionales, se mantiene un trabajo constante en conjunto con las áreas de Riesgos y Calidad, en la acreditación basada en los estándares de la Joint Commission International (JCI), está abarca todas las sedes de la Clínica: Central, Aleste y Santa Ana. Para el caso de la Torre Médica Omega, aunque no forma parte de esta acreditación, se mantienen las medidas de seguridad en dicha torre integrándoles dentro del sistema de calidad y seguridad. Además, en conjunto con el área de Calidad se mantiene una actualización general de los procesos documentales desarrollados cada 18 meses, esto permite tener un control de todos los cambios que se van produciendo en los distintos departamentos.

han sido particularmente difíciles de controlar. También se identifican riesgos de origen biológico, derivados de la exposición a virus y bacterias presentes en el entorno, así como aquellos propios de las actividades específicas de cada área. Adicionalmente, dentro de los datos reportados se encuentran riesgos locativos, mecánicos, caídas a diferente nivel, riesgos aéreos y químicos, entre otros.

Dentro de las medidas que establecen las empresas para disminuir estos riesgos están los controles administrativos, ingenieriles y el uso del equipo de protección personal, en donde en algunos de los casos dependiendo del riesgo con el cuál se está trabajando optan por la eliminación o la sustitución de los factores.

403-10 Las dolencias y enfermedades laborales

Con respecto a las 41 empresas contratistas analizadas, por temas de confidencialidad de la información, datos con respecto a las estadísticas en enfermedades labores ha sido muy complicados de obtener, pero se continúa trabajando en los compromisos de gestión establecidos en GRI 3-3, en donde se busca el seguimiento de las lesiones por accidentes de los contratistas críticos, obteniendo información sobre la cantidad de fallecimientos resultantes de lesiones por accidentes laborales, la cantidad y tasa de lesiones con grandes consecuencias (sin incluir fallecimientos), la cantidad y tasa de lesiones registrables por accidentes laborales, los principales tipos de lesiones laborales, y la cantidad de horas trabajadas.

Dentro de los principales motivos de dolencias o enfermedades labores están los trastornos musculoesqueléticos, el estrés y las enfermedades estacionarias tales como virus respiratorios, gripes, resfriados, entre otros. Los controles establecidos para mitigar estos riesgos se rigen por la jerarquía de control, que incluyen las siguientes medidas: controles administrativos, ingenieriles, eliminación, sustitución y uso de equipo de protección personal.

Los reportes de estos accidentes y enfermedades labores son realizados por medio de las jefaturas de área al departamento de Recursos Humanos, la cual realiza la respectiva notificación al Instituto Nacional de Seguros (INS).

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

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

Actualmente dentro de la organización cada una de las sedes cuenta con una Comisión de Salud Ocupacional; las cuales incluyen ASEMECO en sus sedes Central, Santa Ana y Aleste, así como ANVECO representadas tanto por la parte trabajadora como empleadora, las mismas realizan reuniones mensuales, en donde se conversan temas relacionados con la Salud y Seguridad en el trabajo. La Oficina de Salud Ocupacional, es coordinada desde el departamento de Gestión de Instalaciones y Ambiente, quienes poseen formación en este tema. Apoyado por áreas como Gestión de Instalaciones y Ambiente, Calidad y Riesgos todas bajo la supervisión de la Gerencia de Calidad y Ambiente, los cuales de forma integral cuenta con profesionales que buscan un control de la salud, seguridad laboral y ambiental dentro de la empresa.

Asimismo, se dispone de planes, procedimientos e instructivos debidamente actualizados, los cuales son objeto de revisión en las auditorías externas realizadas conforme a los estándares establecidos por la Joint Commission International (JCI), lo que contribuye a garantizar un adecuado control y fortalecimiento de la gestión de la salud y la seguridad en el trabajo.

Adicionalmente, se cuenta con comisiones conformadas de manera interdisciplinaria por distintos departamentos, tales como la Comisión de Emergencias y el Comité de Seguridad de las Instalaciones (GSI), las cuales continúan trabajando en el cumplimiento de las métricas y objetivos definidos anualmente, como parte integral de los procesos de acreditación.

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

- Constitución Política
- Ley General de Salud
- Reglamento Nacional de Protección contra Incendio
- Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento del Ministerio de Salud, 33240-S
- Reglamento general de seguridad e higiene del trabajo
- Reglamento sobre higiene industrial
- Reglamento de Construcciones
- Reglamento a la ley de la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, 26831-S
- Reglamento general de Riesgos del Trabajo,13466-TSS

- Reglamento de Comisiones y Oficinas de Salud Ocupacional, 39408-MTSS
- Reglamento Sobre Protección Contras las Radiaciones Ionizantes, 24037-S
- Reglamento Técnico RTCR 285:1997 Seguridad contra incendios. Señalización de seguridad Vías de evacuación, 26532
- Reglamento N° 44741-S-MAG: Prevención, preparación y respuesta ante accidentes químicos.

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
- OSHA
- NFPA
- SGA (Sistema Globalmente Armonizado)
- Organización Internacional del Trabajo

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

La clínica mantiene su Mapeo de Riesgos, que es actualizado cada dos años con el apoyo del departamento de Gestión de Instalaciones y Ambiente (GIA), la próxima actualización será en el año 2026. El mismo se rige por el instructivo IT.GIA-034, titulado Instructivo para el Mapeo de Riesgos e Investigación de Accidentes Laborales, en el mismo se contemplan tanto aspectos cualitativos como cuantitativos con el fin de establecer una priorización adecuada, para lo cual se contempló tanto la jerarquía de los controles como la opinión de los participantes en la evaluación, en donde la actualización de éste es coordinado con las Jefaturas de las áreas, realizando visitas de campo que incluyen entrevistas y observaciones de los factores de riesgo en las áreas a evaluar, esto garantiza la calidad en

el proceso, el cual se refuerza a través de las distintas inspecciones e investigaciones de accidente, representando una visión integral de las condiciones de riesgo, tanto reales como potenciales, que pueden afectar los aspectos de salud y seguridad ocupacional en la Clínica.

Se cuenta con el Formulario de inspecciones de GIA (FO. GIA-006), por medio del cual se mantiene un control de las pruebas a los sistemas de protección contra incendios, cuyos hallazgos son reportados por medio del sistema MPC de Ingeniería y Mantenimiento, para su pronta corrección. Adicional, en este año se ha venido trabajando en la implementación de pizarras informativas de accidentabilidad, en las áreas que son críticas con el fin de concientizar a los

departamentos sobre los accidentes que se generan en su sector, así como las medidas para prevenir los mismos.

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

403-3 Servicios de Salud en el Trabajo

Hospital Clínica Bíblica mantiene los servicios de un departamento de Medicina de Empresa en las instalaciones del Hospital, lo anterior a través del Consultorio del Instituto Nacional de Seguros con un enfoque de prevención y promoción de la salud, valorando a los Pacientes por medio de citas que se pueden agendar de manera automática a través de los diferentes sistemas que posee el Hospital. Como parte de estos esfuerzos el servicio de Medicina de Empresa coordina la realización de Ferias de la Salud, detección temprana de lesiones, apoyo en el Programa de Protección Radiológica y en Quimioterapia, todo lo anterior con el fin de promover un ambiente de bienestar y salud a los colaboradores. Además, en 2025, se mantuvo el Programa de Bienestar que fomenta la implementación de clases para realizar actividad física destinadas a mejorar la salud física y mental, complementado con una serie 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. En 2025, se mantuvo el servicio de Salud Mental, así como una serie de actividades al aire libre enfocadas en caminatas y actividades de senderismo.

res en eventos formales, esta es una medida que se aplica en contra de las barreras idiomáticas y auditivas dentro de la institución.

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

En relación con los procesos de reclutamiento y selección del personal, el Consultorio mantiene un rol muy enriquecedor a través de la implementación de una serie de exámenes físicos. En complemento y como parte de la ampliación de este alcance, en 2025, se agregó la implementación de nuevos exámenes por perfil de riesgo, enfocando algunas áreas críticas del Hospital, como lo son Patología, Mantenimiento, Limpieza, Diagnóstico por Imágenes y Medicina Nuclear, todo lo anterior a partir de un plan piloto que se había desarrollado en noviembre del 2024.

Durante el año 2025, se aplicó el proceso de evaluaciones de preempleo en los departamentos de Lavandería, Limpieza y Mantenimiento, correspondientes a las áreas en las que se realizaron procesos de contratación.

En el caso de Lavandería y Limpieza, las evaluaciones incluyeron radiografía lumbar (dos placas), así como radiografías de rodillas y hombros. Para el personal de Mantenimiento, se aplicaron radiografía lumbar, audiometría y radiografía de rodilla.

Estas evaluaciones se implementan con el objetivo de identificar condiciones de salud relevantes,

asegurar la aptitud del personal para las funciones requeridas y facilitar la adaptación del puesto de trabajo según las necesidades de cada persona, promoviendo condiciones ergonómicas adecuadas.

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

La participación de los trabajadores en temas relacionados con la salud y seguridad en el trabajo fue muy constante durante el 2025. Lo anterior se reflejó en una serie de actividades que se describen a continuación:

- Reuniones mensuales del Comité de Salud Ocupacional, participando a Colaboradores de la organización para escuchar sus necesidades en estos temas.
- Implementación del Programa 0 accidentes, durante el año 2025, se implementó el Programa 0 Accidentes como una iniciativa orientada a fortalecer la cultura de prevención en la organización. Como parte de este programa, se colocaron pizarras informativas en áreas críticas del Hospital que presentan mayor incidencia de accidentes laborales.

Estos espacios fueron utilizados como canales de comunicación directa con los colaboradores, en los que se compartió información sobre riesgos específicos de cada área, prácticas seguras de trabajo, recordatorios sobre el uso adecuado de equipos de protección personal y recomendaciones para la prevención de incidentes. Asimismo, se promovió la participación de los trabajadores mediante la actualización periódica de contenidos y la incorporación de observaciones y sugerencias provenientes del personal.

A través de esta iniciativa, se buscó generar mayor conciencia sobre la importancia de la

seguridad en el trabajo, fomentar comportamientos preventivos y contribuir a la reducción de la siniestralidad laboral, reforzando el compromiso de los colaboradores con entornos de trabajo seguros.

- Inspecciones de Seguridad de las Instalaciones y mapeo de riesgos laborales, se realizaron inspecciones periódicas en las distintas áreas de la organización, con la participación de los trabajadores, quienes aportaron observaciones sobre condiciones inseguras, riesgos potenciales y oportunidades de mejora en sus puestos de trabajo.

De forma complementaria, mediante el mapeo de riesgos laborales se identifican y analizan anualmente, con el apoyo de las jefaturas, comités y los colaboradores, los departamentos con mayor nivel de riesgo. A partir de este análisis, se definen e implementan acciones correctivas orientadas a reducir dichos riesgos y mejorar las condiciones de trabajo.

Estas acciones son reforzadas por un equipo multidisciplinario que realiza inspecciones enfocadas en la seguridad y salud de los colaboradores, permitiendo dar seguimiento a los hallazgos identificados. Asimismo, los resultados son comunicados a los equipos de trabajo, promoviendo espacios de retroalimentación, consulta y participación, lo que contribuye a la mejora continua de los entornos laborales y al fortalecimiento de la cultura de prevención.

403-9 Lesiones por accidente laboral

Con respecto a la cantidad y tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias (sin incluir fallecimientos), a continuación, se presentan los resultados recopilados durante los años 2023, 2024 y 2025. Estos datos fueron establecidos con la colaboración del área de Medicina de Empresa. En donde para el año 2025 se observa un crecimiento del 92% con respecto al año 2023, esto de acuerdo con el cálculo de las tasas en ASEMECO para el valor de 1,000,000 horas como el de 200,000 horas, pues se han presentado accidentes de origen ergonómico relacionados con sobreesfuerzos y movimientos repetitivos, en áreas como Limpieza, Ingeniería y Mantenimiento y Cirugía; asimismo hay accidentes de tránsito, caídas al mismo nivel y los de tipo mecánico que se dieron en áreas como Ingeniería y Mantenimiento y en Compras y Aprovisionamiento. En el caso de ANVECO los datos se mantienen en cero para los años analizados.

A continuación, se presentan los datos con mayor detalle.

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

Tasa de Lesiones con Grandes Consecuencias 2023												
Tasa de lesiones con grandes consecuencias (Asemeco)	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Cantidad de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias	1	0	2	0	0	2	1	1	0	0	1	0
Cantidad de Horas Trabajadas	230349	231945	228906	230331	239208	236401	237312	243204	249027	249265	244144	243793
Valor real del índice de tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias /mes (1000 000)	4,3	0,0	8,7	0,0	0,0	8,5	4,2	4,1	0,0	0,0	4,1	0,0
Valor real del índice de tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias/mes (200 000)	0,868	0	1,747	0	0	1,692	0,843	0,822	0	0	0,819	0

Tasa de Lesiones con Grandes Consecuencias 2024												
Tasa de lesiones con grandes consecuencias (Asemeco)	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Cantidad de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0
Cantidad de Horas Trabajadas	272872	276283	277468	279329	283790	288897	292720	296173	300579	302449	317038	322829
Valor real del índice de tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias /mes (1000 000)	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	3,4	3,3	0,0	0,0	0,0
Valor real del índice de tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias/mes (200 000)	0	0	0	0	0,705	0	0	0,675	0,665	0	0	0

Tasa de Lesiones con Grandes Consecuencias 2025												
Tasa de lesiones con grandes consecuencias (Asemeco)	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Cantidad de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias	4	5	5	0	0	0	4	4	0	0	0	1
Cantidad de Horas Trabajadas	326470	329162	336900	347341	354230	357659	377108	390710	395982	399732	411304	416998
Valor real del índice de tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias /mes (1000 000)	12,3	15,2	14,8	0,0	0,0	0,0	10,6	10,2	0,0	0,0	0,0	2,4
Valor real del índice de tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias/mes (200 000)	2,450	3,038	2,968	0	0	0	2,121	2,048	0	0	0	0,480

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

Tasa de Lesiones con Grandes Consecuencias 2023												
Tasa de lesiones con grandes consecuencias (ANVECO)	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Cantidad de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cantidad de Horas Trabajadas	14602,15	13942,3	13708,13	14840,67	14784,68	14563,53	14457,08	14085,58	14040,17	14855,9	14265,22	14151
Valor real del índice de tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias /mes (1000 000)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Valor real del índice de tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias/mes (200 000)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tasa de Lesiones con Grandes Consecuencias 2024												
Tasa de lesiones con grandes consecuencias (ANVECO)	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Cantidad de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cantidad de Horas Trabajadas	16 183,83	16 779,76	17 342,17	16 622,44	16 781,23	16 330,61	16 627,48	16 725,52	16 390,66	15 882,99	13 501,80	12 705,01
Valor real del índice de tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias /mes (1000 000)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Valor real del índice de tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuen- cias/mes (200 000)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tasa de Lesiones con Grandes Consecuencias 2025												
Tasa de lesiones con grandes consecuencias (ANVECO)	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Cantidad de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cantidad de Horas Trabajadas	12 789,78	12 392,53	11 729,49	12 002,22	11 765,80	11 565,80	11 117,32	11 633,54	11 732,89	11 746,38	11 576,66	11 542,52
Valor real del índice de tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuencias /mes (1000 000)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Valor real del índice de tasa de lesiones por accidente laboral con grandes consecuen- cias/mes (200 000)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

En cuanto a la cantidad de horas trabajadas y las tasas de lesiones por accidente laboral registra- bles tanto para ASEMECO como para ANVECO, se ha considerado en este cálculo tanto el valor de 1,000,000 horas como el de 200,000 horas, abarcando a todos los trabajadores de ambas entidades, en donde se tienen estadísticas tanto de los accidentes que ocurrieron en el horario de atención del Consultorio de Medicina de Empresa como los eventos que sucedieron fuera de este servicio y que poseen se correspondiente repor- te de igual forma al Instituto Nacional de Seguros. En el 2023 la tasa de lesiones por accidente la-

boral registrables más altas se dan en el mes de octubre, en donde se presentan varios tipos de accidentes dentro de los cuales se encuentran: locativos, biológicos, mecánicos, in itinere y er- gonómicos. Para el caso del 2024 se reporta en el mes de abril la mayor tasa debido a la presen- cia de accidentes como: in itinere, locativo, ergo- nómico y biológico. Para el año 2025 el mes que presento mayor cantidad de eventos fue el mes de julio, los cuales se dieron principalmente por factores biológicos, seguidos de ergonómicos, in itinere, locativos y químicos.

Con respecto a la afectación por áreas en el 2023 los sectores que se vieron más afectados en ASEMECO fueron: Cirugía siendo la que presento mayor cantidad de accidentes de origen biológi- co, Farmacia, Gestión de Instalaciones y Ambien- te, Nutrición, Investigación y Hospital. En relación con ANVECO, el área más crítica fue Limpieza.

En 2024 para ASEMECO la mayor cantidad de accidentes fueron de origen in itinere, en donde las áreas que se vieron afectadas por el mismo son: Crédito y Cobro, Limpieza, Cirugía, Mensajería,

Hospital y Cotizaciones, este mismo riesgo se presenta en ANVECO siendo Limpieza y el Centro de Contacto, las áreas con la mayor incidencia. Para el año 2025 la mayor cantidad de accidente fue de origen biológico, en donde para el caso de ASEMECO las áreas con mayor afectación fueron Laboratorio Clínico, Hospital, Urgencias Cirugía y Limpieza entre otros. Seguidos de los accidentes de ergonómicos e in itinere. A continuación, se muestran los resultados correspondientes:

Tasa de lesiones por accidente laboral registrable en ASEMECO:

Tasa de lesiones por accidente laboral registrables ASEMECO 2023												
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Cantidad de lesiones por accidente laboral registrables	5	9	7	7	9	7	7	11	6	15	5	7
Cantidad de Horas Trabajadas	230349	231945	228906	230331	239208	236401	237312	243204	249027	249265	244144	243793
Calculo por 1000 000	22	39	31	30	38	30	29	45	24	60	20	29
Calculo por 200 000	4	8	6	6	8	6	6	9	5	12	4	6

Tasa de lesiones por accidente laboral registrables ASEMECO 2024												
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Cantidad de lesiones por accidente laboral registrables	10	13	6	17	15	12	12	14	12	7	16	14
Cantidad de Horas Trabajadas	272872	276283	277468	279329	283790	288897	292720	296173	300579	302449	317038	322829
Calculo por 1000 000	37	47	22	61	53	42	41	47	40	23	50	43
Calculo por 200 000	7	9	4	12	11	8	8	9	8	5	10	9

Tasa de lesiones por accidente laboral registrables ASEMECO 2025												
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Cantidad de lesiones por accidente laboral registrables	7	15	10	8	12	14	58	12	15	12	10	17
Cantidad de Horas Trabajadas	326470	329162	336900	347341	354230	357659	377108	390710	395982	399732	411304	416998
Calculo por 1000 000	21	46	30	23	34	39	154	31	38	30	24	41
Calculo por 200 000	4	9	6	5	7	8	31	6	8	6	5	8

Tasa de lesiones por accidente laboral registrable ANVECO:

Tasa de lesiones por accidente laboral registrables ANVECO 2023												
Tasa de lesiones por accidente laboral registrables	Jan-23	Feb-23	Mar-23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	Aug-23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23
Cantidad de lesiones por accidente laboral registrables	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Cantidad de Horas Trabajadas	14602	13942	13708	14841	14785	14564	14457	14086	14040	14856	14265	14151
Calculo por 1000 000	0	0	0	67	68	0	0	0	0	0	0	0
Calculo por 200 000	0	0	0	13	14	0	0	0	0	0	0	0

Tasa de lesiones por accidente laboral registrables ANVECO 2024												
Tasa de lesiones por accidente laboral registrables	Jan-24	Feb-24	Mar-24	Apr-24	May-24	Jun-24	Jul-24	Aug-24	Sep-24	Oct-24	Nov-24	Dec-24
Cantidad de lesiones por accidente laboral registrables	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Cantidad de Horas Trabajadas	16184	16780	17342	16622	16781	16331	16627	16726	16391	15883	13502	12705
Calculo por 1000 000	0	0	115	60	0	0	0	0	0	0	74	0
Calculo por 200 000	0	0	23	12	0	0	0	0	0	0	15	0

Tasa de lesiones por accidente laboral registrables ANVECO 2025												
Tasa de lesiones por accidente laboral registrables	Jan-25	Feb-25	Mar-25	Apr-25	May-25	Jun-25	Jul-25	Aug-25	Sep-25	Oct-25	Nov-25	Dec-25
Cantidad de lesiones por accidente laboral registrables	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Cantidad de Horas Trabajadas	12790	12393	11729	12002	11766	11566	11117	11634	11733	11746	11577	11543
Calculo por 1000 000	0	0	0	0	85	0	0	0	0	0	0	0
Calculo por 200 000	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0	0	0

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

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

En el caso de ANVECO para el año 2023, la mayor cantidad de accidentes laborales son de origen ergonómicos debido a movimientos repetitivos y los locativos, especialmente caídas al mismo nivel, en el año 2024, se incluyen además los riesgos in itinere y mecánicos y para el año 2025 los riesgos que se presentan son principalmente de origen in itinere.

Se proyecta que, para el año 2026, se dará inicio al Programa de Movilidad Segura, cuyo objetivo es abordar de manera integral los principales riesgos que afectan a la organización, particularmente los riesgos in itinere, biológicos y ergonómicos. Este programa contempla la capacitación del personal a nivel general en estas materias, con el propósito de fortalecer y complementar los es-

fuerzos que actualmente se desarrollan a lo interno de la institución, tales como el uso de pizarras informativas, la implementación de controles ingenieriles y administrativos, así como la adecuada utilización del equipo de protección personal. Mediante estas acciones, se busca contribuir a la disminución de los accidentes que se presentan en las distintas áreas y continuar promoviendo un entorno laboral seguro y saludable.

Se continúa con el reporte de los accidentes de acuerdo con lo establecido en el procedimiento “PR.TH-023 Reporte y registro de accidentes y enfermedades laborales”, el cual establece que cuando ocurre un accidente laboral, el colaborador tiene 48 horas para informar 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, por medio del registro del análisis a través del FO.GIA-092: Investigación de accidentes laborales con la ayuda de la Jefatura o Supervisor (según la disponibilidad) y el colaborador.

Toda la información de los accidentes es respaldada por medio del registro FO.GIA-003:

Seguimientos de Riesgos del Trabajo, que permite mantener un control de todos los eventos que han ocurrido dentro y fuera de la organización, los cuales han sido reportados al Instituto Nacional de Seguros, de esta forma se obtienen datos estadísticos que permiten la toma correcta de decisiones.

403-10 Las dolencias y enfermedades laborales

A continuación, se presentan los resultados para el año 2023, 2024 y el año 2025:

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

Cantidad de casos de dolencias y enfermedades laborales registrables ASEMECO:

Riesgo	Subcategoría del riesgo	2023	2024	2025
Biológicos	COVID-19	2	0	0
Físicos	Exposición a ruido	0	0	0
Ergonómicos	Movimientos repetitivos	3	7	8
	Movimiento manual de cargas	0	0	0
	Sobreesfuerzos	0	0	1
Químicos	Afectación por vía inhalatoria	0	0	0
	Afectación por vía dérmica	0	0	0
	Reacción de producto químico	0	0	0
	Afectación por vía digestiva	0	0	0

Cantidad de casos de dolencias y enfermedades laborales registrables ANVECO

Riesgo	Subcategoría del riesgo	2023	2024	2025
Biológicos	COVID-19	0	0	0
Físicos	Exposición a ruido	0	0	0
Ergonómicos	Movimientos repetitivos	2	0	0
	Movimiento manual de cargas	0	0	0
	Sobreesfuerzos	0	0	0
Químicos	Afectación por vía inhalatoria	0	0	0
	Afectación por vía dérmica	0	0	0
	Reacción de producto químico	0	0	0
	Afectación por vía digestiva	0	0	0

Para ASEMECO en el año 2023, se registraron casos asociados a riesgos biológicos, específicamente relacionados con COVID-19. No obstante, para los años 2024 y 2025 no se evidencian nuevos casos, lo cual refleja el impacto positivo de las acciones preventivas implementadas. Entre estas acciones se destaca el trabajo conjunto con el Departamento de Infecciones Intrahospitalarias, mediante el cual se ha reforzado la capacitación en temas de autocuidado, lavado constante de manos, cambio adecuado de guantes y el uso inmediato de mascarilla en caso de presentar síntomas gripales, hasta su total control.

En cuanto a los riesgos ergonómicos, se observa que estos han sido los de mayor incidencia a lo largo de los años, especialmente los relacionados con movimientos repetitivos, los cuales muestran un incremento progresivo entre 2023 y 2025. Asimismo, para el año 2025 se identifica la aparición de casos asociados a sobreesfuerzos. Esta situación se atribuye principalmente al uso repetitivo de máquinas y herramientas, así como a la manipulación manual de cargas durante las labores diarias.

Por su parte, en ANVECO no se reportan casos asociados a riesgos biológicos, físicos ni químicos durante el período analizado. En el año 2023 se identificaron algunos casos relacionados con movimientos repetitivos, derivados principalmente del uso de equipos de limpieza. Sin embargo, para los años 2024 y 2025 no se registran afectaciones en esta subcategoría, lo que evidencia una mejora en las condiciones de trabajo y en la gestión de estos riesgos.

En atención a los resultados obtenidos, se ha venido trabajando de manera constante en la identificación y gestión de los riesgos más relevantes para cada área, a través de los perfiles de puesto. Entre las acciones implementadas se incluyen capacitaciones en manejo adecuado de cargas,

promoción de pausas activas, aplicación del análisis ROSA (Rapid Office Strain Assessment), sustitución o mejora de equipos eléctricos y adecuaciones realizadas con base en las medidas antropométricas de los colaboradores.

Adicionalmente, este tema será incorporado dentro del Programa de Movilidad Segura, el cual se desarrollará con el apoyo del Instituto Nacional de Seguros (INS), con el objetivo de fortalecer la prevención y promover condiciones de trabajo

más seguras y saludables para todo el personal.

Cabe destacar que en este proceso no se ha excluido a ningún colaborador, ya que los análisis se realizan a partir de solicitudes directas, requerimientos de las jefaturas, valoraciones del médico de empresa o mediante las inspecciones efectuadas por las distintas comisiones y comités. Todas estas acciones se encuentran debidamente respaldadas en el registro FO.GIA-003: Seguimientos de Riesgos del Trabajo.

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

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

La 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 el acceso a 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.

El Programa de Acción social fomenta las condiciones y habilidades que contribuyen a la empleabilidad y educación, procurando con esto que se genere un impacto positivo hacia el paciente y sus familiares, extendiéndose este efecto positivo a la sociedad.

Dentro de las iniciativas de mayor impacto comunitario se encuentran:

# impacto	Programa	Impacto social
GRI 10	Alianza para la detección temprana del cáncer de mama, siendo este cáncer, el primero en incidencia y mortalidad en la población femenina en CR. Este programa, sensibiliza, educa y facilita anualmente el acceso a una mamografía a más de 12.000 mujeres que viven en condición de vulnerabilidad en zonas rurales y cordón fronterizo, mediante la operación de dos mamógrafos móviles que visitan las comunidades.	Acceso a la salud
GRI 14	Programa de cirugías solidarias dirigido a personas que viven en condición de vulnerabilidad, incluye los estudios preoperatorios y la hospitalización requerida en cada caso, facilitando más de 165 cirugías al año.	Acceso a la salud
GRI 15	Programa de detección temprana de cáncer de cérvix a través de la donación anual de más de 1.000 estudios de monocapa. Este cáncer cual ocupa el cuarto lugar en mortalidad a nivel nacional.	Acceso a la salud

El Hospital es una organización comprometida con la generación de proyectos sociales, que supone brindar impactos positivos, al contribuir con el bienestar integral de las personas, pero de igual manera, es responsable de gestionar los efectos o impactos

negativos derivados de la codependencia que se pueden crear, entre, el facilitador (la organización) y el beneficiario, generándose con esto posibles conductas pasivas o de conformismo, que culminen 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 (queda fuera de materialidad y se explica dentro del documento)	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 (queda fuera de materialidad y se explica dentro del documento)	Deserción superior al 10% de estudiantes del Programa de Técnicos o Diplomados de la salud del IPA que poseen una beca social de PAS.	Inadecuado aprovechamiento de los recursos destinados a becas al no finalizar el plan de estudio. Limitar el acceso a nuevos becarios.
GRI 13	Brecha existente en la identificación conjunta de las necesidades y expectativas comunitarias versus la oferta de iniciativas sociales de PAS.	Inadecuada priorización del uso de recursos para resolver problemas reales.

- Evaluaciones del impacto social GRI 10: Alianza para la detección temprana del cáncer de mama, siendo este cáncer, el primero en incidencia y mortalidad en la población femenina en CR. Este programa sensibiliza, educa y facilita anualmente, el acceso a una mamografía a más de 12.000 mujeres que viven en condición de vulnerabilidad en zonas rurales y fronterizas. Esto es una realidad, gracias a la operación de dos unidades móviles equipadas con mamógrafos que visita las comunidades prioritarias.

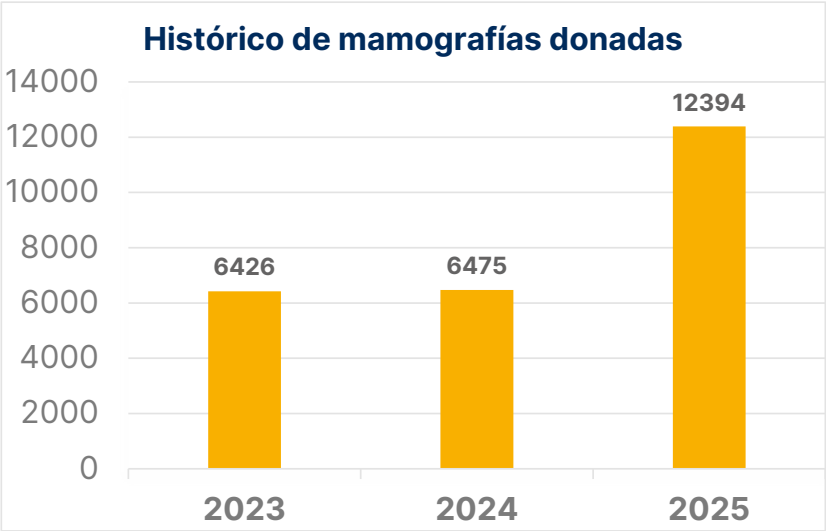
El programa de detección temprana del cáncer de mama se trabaja en un modelo de Alianza Público-Privada, denominada Alsalus, Alianza por su salud, conformada por la Clínica Bíblica, la Caja Costarricense del Seguro Social, el Auto Mercado, el Banco Nacional y la Fundación Aliarse, en su rol de aliados Fundadores, también con la contribución de aliados solidarios como Veinsa

Motors, cereales All Inklusive y otros amigos tales como: Hologic, AstraZeneca y Elecmeza. Esta alianza trabaja de manera articulada la ruta de atención prioritaria a las mujeres que requieren tamizaje de mamografía de acuerdo con el Programa de Tamizaje Mamario “Llegar a Tiempo” de la Caja Costarricense del Seguro Social. El principal beneficio de la detección con mamografía es una disminución de la mortalidad por cáncer de mama.

En el 2025 se brindó acceso a **12.394** mujeres que viven en condición de vulnerabilidad a un estudio de mamografía directamente en sus comunidades, independientemente de su condición de aseguramiento o nacionalidad. Evitándoles con esto, el traslado a diferentes centros de salud fuera de sus localidades. Lo que ha representado para ellas y sus familias, un ahorro en tiempo, desplazamiento y costos asociados a la búsqueda de este estudio.



Gracias al compromiso y la sostenibilidad de esta Alianza, en el 2025 se logró habilitar una segunda unidad móvil de mamografías con la colaboración de los aliados fundadores, solidarios y amigos, lo que permitió aumentar en más de un 90% el impacto positivo en acceso a la salud.



Todas las mamografías y sus resultados están vinculados al Expediente Digital Único en Salud (EDUS), y pueden ser consultadas desde cualquier centro de la CCSS, lo que brinda trazabilidad a los procesos de atención médica.

El alcance geográfico fue:

Comunidades	Histórico de mamografías donadas
Buenos Aires	1612
Upala	1533
Siquirres	1450
Los Chiles	1366
La Cruz	1308
Los Santos	859
Guatuso	820
Golfito	720
Puerto Viejo - Sarapiquí	696
Horquetas	689
Garabito	676
Talamanca	500
Jicaral - Islas	165
Total	12394



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.





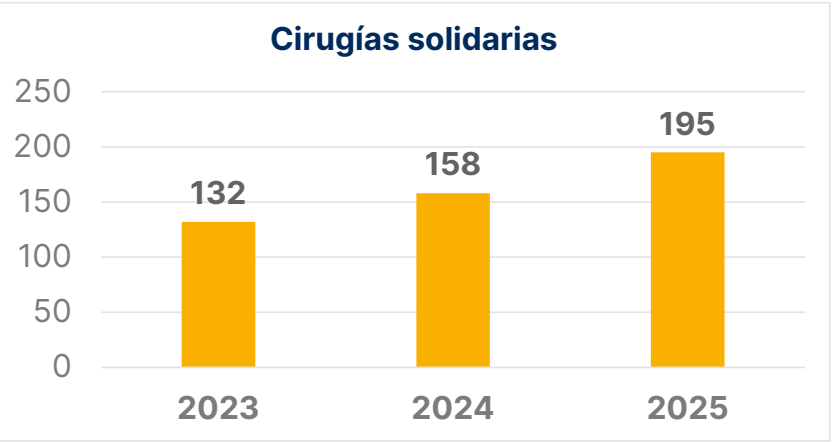
- Evaluaciones del impacto social GRI 14: Programa de cirugías solidarias dirigido a personas que viven en condición de vulnerabilidad, incluyendo los estudios de preoperatorios y hospitalización requerida en cada caso. Facilitando más de 165 cirugías al año.

Este Programa está dirigido a personas que viven en condición de vulnerabilidad, siendo por lo general jefes de hogar, sin acceso al sistema de salud o bien, que se encuentra en lista de espera para una intervención quirúrgica.

Los beneficiarios del Programa de cirugías solidarias reciben este beneficio en procura de generar movilidad social, a través de la empleabilidad, educación y redes de apoyo para cuidadores respon-

sables de menores o adultos mayores totalmente dependientes. La evaluación del impacto social se realiza mediante la intervención de un profesional de Trabajo Social que identifica, determina y valida la condición social del núcleo familiar.

En el 2025 se donaron **195** cirugías solidarias, incluyendo todos los servicios hospitalarios requeridos antes, durante y después de la intervención quirúrgica. Este Programa tiene una participación de género sin distingo alguno, facilitando las mismas oportunidades de bienestar y desarrollo al paciente y su grupo familiar. El perfil de los beneficiarios fueron jefes o jefas de hogar, con trabajos informales o sin empleo; con rezago escolar, condiciones que acrecientan las brechas de desigualdad social.

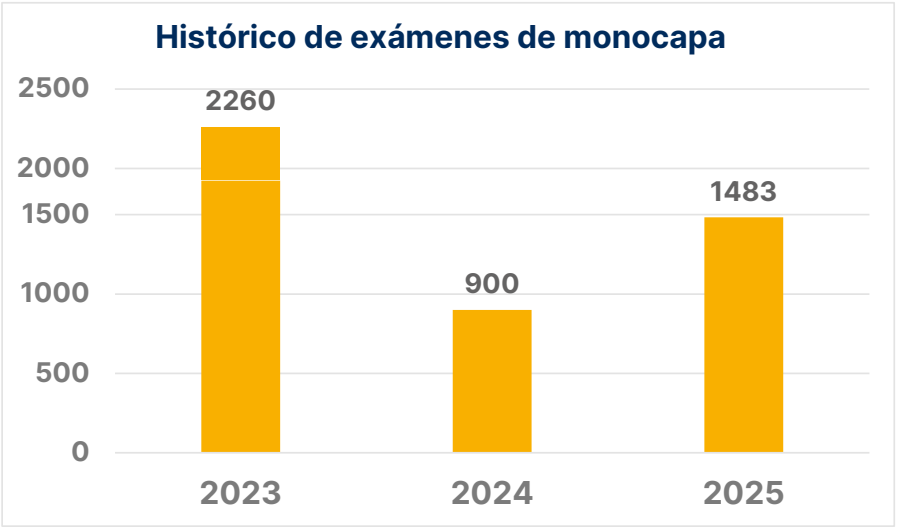


- Evaluaciones del impacto social GRI 15: Programa de detección temprana del cáncer de cérvix a través de la donación anual de más 1.000 estudios de monocapa. Este cáncer ocupa el cuarto lugar en mortalidad a nivel nacional.

El impacto social del programa de detección temprana del cáncer cérvix, está en el acceso a este estudio de manera preventiva, con el objetivo de disminuir la mortalidad asociada a esta enfermedad, al mismo tiempo que se brinda la educación sobre la importancia de realizarse este estudio.

Durante el 2025 se facilitó este examen a **1.483** mujeres de diferentes zonas del país, cerrando con esto las brechas de desigualdad a las que están expuestas, al no formar parte de las personas aseguradas al sistema nacional de salud, o bien, con acceso muy limitado por distancia o disponibilidad del servicio en sus localidades.

En la ejecución de las jornadas de salud preventiva se cumplió con aplicación de la nueva norma técnica establecida por el Ministerio de Salud, que está dirigida a mujeres mayores de 30 años, la cual incluye la tipificación del VPH y trae consigo una prueba de mayor rendimiento para detectar el cáncer.



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



El alcance geográfico fue:

Comunidades	Histórico de exámenes de monocapa
La Cruz	338
Tirrases de Curridabat	254
Santa Ana	225
Buenos Aires	200
Siquirres	185
Upala	170
San José - Barrios del Sur	111
Total	1483

A partir del 2026, bajo el enfoque de medicina preventiva, se integrarán diferentes tamizajes de tal manera que la cobertura en cantidad y género se amplían beneficiando, no sólo, a mujeres, sino también a niños y hombres.

La meta para los próximos años consolidará:

Jornadas de medicina preventiva	Examen o procedimiento
Detección temprana del cáncer de próstata	Antígeno prostático
Detección temprana del cáncer de cérvix	Examen de monocapa
Tamizaje de agudeza visual	Examen de agudeza visual

- 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 60km en zonas de difícil acceso geográfico) las cuales, además, son poblaciones relativamente pequeñas. Por ende, el trabajo de la Alianza se enfoca en las comunidades de:

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

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

- 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 2025, llegaron alcanzar hasta un rango de espera promedio a 430 días y en algunas especialidades el doble de este tiempo, esto, aunado al rezago en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Planes de participación de los grupos de interés en función de la determinación de los grupos de interés:
 - La Clínica Bíblica a través de la Alianza Alsalus involucra en su plan anual, la participación de los grupos de interés de la localidad a los cuales va dirigida la iniciativa, según el cronograma de trabajo establecido.

Meses antes de la visita de la Unidad Móvil se realizan las coordinaciones con el área de salud de la comunidad; y en estas sesiones de trabajo por lo general, también hay presencia de asociaciones de desarrollo, dirigentes municipales y otros líderes comunitarios que trabajan por el bienestar y desarrollo de la localidad. En las reuniones, se establecen la cantidad de mujeres a beneficiar, los criterios de inclusión y los mecanismos de convocatoria, de tal manera, que haya representación de personas con y sin aseguramiento, y sin distingo de nacionalidad. También se definen las responsabilidades de cada actor.

Adicionalmente, se involucran los criterios y responsabilidades de cada una de las organizaciones que forman parte de la Alianza Público Privada, mediante reuniones bimensuales en las cuales se establecen las metas anuales de productividad, gestión financiera, comunidades a visitar en la ruta, etc. información que queda consignada en las actas de la Alianza.

- El plan anual de trabajo dirigido a potencializar el avance de las cirugías solidarias y el tamizaje para la detección temprana del cáncer de cérvix incorpora el criterio y las consideraciones del cuerpo de profesionales en ciencias de la salud, que ejecutan su acto médico en las instalaciones de la red de servicios de salud de la Clínica Bíblica.

Una vez establecido los criterios de inclusión y abordaje clínico, se involucra la participación del grupo de interés comunitario, en caso de que la iniciativa sea focalizada en una localidad específica, estos grupos están representados por las áreas de salud de la zona. (Ebais o clínica de la

localidad), dirigentes municipales, asociaciones de desarrollo y otros líderes sociedad civil y eclesiásticos.

- Comités y procesos de consulta amplios con las comunidades locales, que incluyen grupos vulnerables:

Las comunidades en las cuales se desarrolla el Programa de detección temprana del cáncer de mama, son zonas que han sido definida como prioritarias, por la condición de vulnerabilidad geográfica y socioeconómica de los habitantes, lo que da certeza de la inclusión directa de grupos vulnerables, reafirmandose este compromiso de participación a través de las reuniones previas con las áreas de salud de cada sitio, así como, la voz de diferentes líderes comunitarios que son parte de la organización y convocatoria respectiva.

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

La activación de los comités con comunidades locales se realiza cada vez que estemos en una etapa de sectorización geográfica de los beneficiarios.

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

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

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

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

Acción Social [Achtos://hospital.clinicabiblica.com/accion-social](https://hospital.clinicabiblica.com/accion-social) acción social



Acción Social

[Servicios](#) [Contáctanos](#) [Programas](#) [Alianzas](#) [Artículos](#)

[Inicio](#) > [Programas](#) > [Acción social](#)



Acción Social

Clinica Biblica

Somos una institución sin fines de lucro.

Un siglo siendo líderes en Acción Social.

Conocé nuestros servicios



[Inicio](#) > [Programas](#) > [Acción social](#)

Proyectos de Excelencia

Nuestra misión nace del amor al prójimo: impulsamos salud, solidaridad y oportunidades reales.

Conocé nuestros proyectos



Construyamos juntos el legado

Estos son los proyectos que podés apoyar:

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

A screenshot of a Facebook post from the page 'Clínica Bíblica'. The post features a video thumbnail showing a close-up of a person's arm being examined by a healthcare professional wearing blue nitrile gloves. The text 'en condición de vulnerabilidad.' is overlaid on the bottom of the video. Above the video, the post text reads: 'Cuando la salud llega a donde más se necesita, el impacto se multiplica 💙... Ver más'. The Facebook interface elements, including the navigation bar and the post's header, are visible.

This is a screenshot of a Facebook post from the official page of Clínica Bíblica. The top navigation bar shows the profile picture, name "Clínica Bíblica", and icons for search, notifications, and a menu. Below this is a horizontal menu with tabs for "Todo", "Fotos", "Reels", and "Más". The post itself features the Clínica Bíblica logo, followed by the text "Clínica Bíblica está con Ortopedia Especializada • Columna • Infantil • Reconstrucción y 2 personas más.", indicating it's part of a carousel. It also shows "3 días" ago and a globe icon. The main text reads "Nuestras Cirugías Solidarias brindan acompañamiento, innovación, seguimiento..." followed by a link "Ver más". A large image below the text depicts a surgical robot arm holding a circular metal frame over a patient's back.

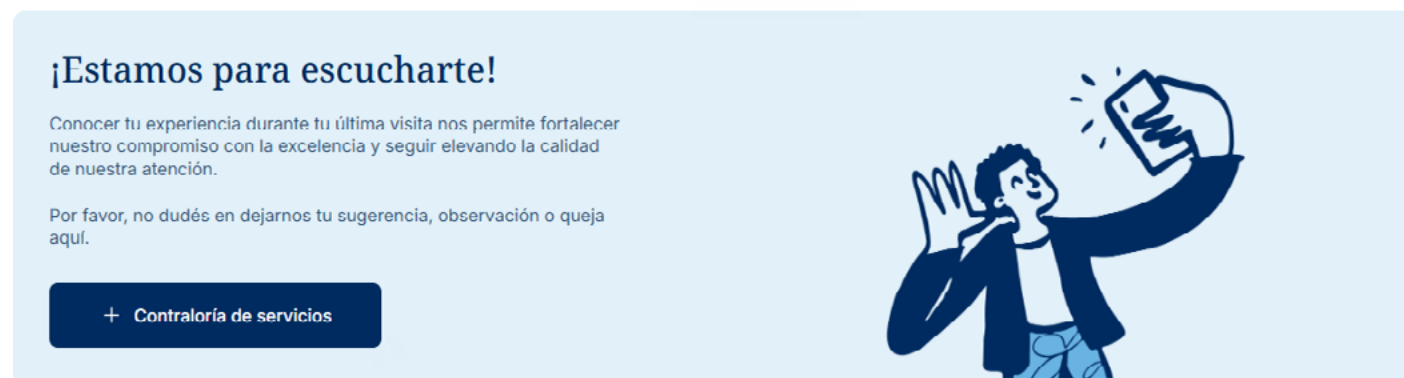
Alianza por su Salud – Una alianza público-privada para el desarrollo.
<https://www.alsalus.org/>



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

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

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



Contacto: contraloriadeservicioalcliente@ClinicaBiblica.com

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 Programa de Acción Social facilita el acceso a familias en condición de vulnerabilidad:

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

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

- Intensidad o gravedad del impacto

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, procuran 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: 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.

Alcance 2025

Durante el período 2025 se atendieron más de 600 familias, de las cuales 176 se encontraban sin acceso al seguro social. Mediante los procesos de orientación, acompañamiento y gestión interinstitucional por parte de las profesionales de Trabajo Social de la Clínica Bíblica, **49** de estas familias lograron modificar su condición de aseguramiento, lo que representa un **27,8 %** de las familias que inicialmente no contaban con acceso al seguro social.

No obstante, es importante señalar que, al tratarse de una intervención realizada por profesionales externas a la Caja Costarricense de Seguro Social, existen limitaciones estructurales, administrativas e inclusive sociales de las personas usuarias, que inciden en la posibilidad de modificar la condición de aseguramiento.

Dentro de las principales razones que dificultaron el acceso o la regularización del seguro social en la población atendida se identifican las siguientes:

- Empleo independiente: Común en personas que trabajan en la informalidad.
- Falta de afiliación por parte de empleadores: Frecuente en sectores donde los empleadores no cumplen con sus obligaciones de aseguramiento.
- Desempleo: Limita la capacidad económica de las personas para acceder a cualquier modalidad de afiliación al seguro social.
- Incumplimiento de pagos como trabajador independiente: Asociado a ingresos inestables o insuficientes, lo que genera morosidad y la suspensión del aseguramiento.
- Inconsistencias documentales: La falta de documentos de identidad vigentes o discrepancias en la información personal retrasa o impide completar los trámites de afiliación.
- Condición migratoria irregular: Limita la afiliación formal al sistema de seguridad social y restringe el ejercicio pleno del derecho a la salud.
- Personas adultas mayores sin pensión: En estos casos, la ausencia de afiliación voluntaria está vinculada principalmente a limitaciones económicas, desconocimiento de esta modalidad o falta de redes de apoyo adecuadas para su debida gestión.

Es importante señalar que, en el contexto actual de retos y oportunidades de mejora que enfrenta el Sistema Nacional de Salud en Costa Rica, el contar con seguro social no garantiza el acceso inmediato a la atención médica, por lo que de una u otra manera la vulnerabilidad en materia de salud, trasciende más allá que la vulnerabilidad socioeconómica; ya que los tiempos de espera, supone una vulnerabilidad para todas las personas; por lo que este impacto se excluirá de este informe a partir del 2026.

Finalizamos este apartado, haciendo un llamado a todos los ciudadanos de proteger y hacer uso consciente de los servicios del Sistema de Salud Nacional garantizando la cobertura universal y solidaria según los principios que la rigen.

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

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

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

El otorgar el 100% de la cobertura en los costos de la carrera técnica, supone, en algunos casos un impacto negativo, al minimizar el compromiso o adhesión al programa de formación, ya que no se percibe por parte del estudiante o del núcleo familiar, como un gasto directo a la economía del hogar. Por el contrario, el ser estudiante a tiempo completo, reduce las posibilidades de generación de ingresos durante el plazo de estudio, minimizando las expectativas de ellos y sus familiares de obtener más recursos para mejorar la condición o calidad de vida, visto desde un enfoque a corto plazo, casi en la inmediatez. En hoga-

res con grandes brechas de desigualdad social (carencias) es difícil que perciban la educación como una inversión a largo plazo, necesitan resolver situaciones que les aquejan día con día. Lo que traduce en la deserción de los programas de estudios, para convertirse en generadores de recursos a los hogares, generalmente de fuentes de empleos informales y poca duración.

- Intensidad o gravedad del impacto

La estadística antes del 2025 mostraba un 10% de deserción en los planes de estudio de técnicos de la salud, entre la población de jóvenes que se encuentran inmersos en comunidades o familias en riesgo social, afectando no sólo la oportunidad de crecimiento profesional de ellos, sino, limitando el acceso a otros jóvenes que están a la espera de una oportunidad similar.

- Duración del impacto

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

- Reversibilidad del impacto

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

Alcance 2025

A partir del desarrollo del plan de seguimiento académico para cada estudiante, se logró mitigar el porcentaje de deserción de los estudiantes, al-

canzando para este 2025 el 100% de éxito en la promoción de los estudiantes becados, los que se graduaron y los que se mantuvieron en sus planes de estudios para el 2026.

Con base a la implementación continua del plan académico con el que se logró la reversibilidad del impacto negativo de la deserción; este indicador se excluirá del informe a partir del próximo año.

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

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

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

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

Siendo el primer paso de este 2025, la elaboración, aplicación y tabulación de la encuesta aplicada a los diferentes públicos de interés, en relación a los planes y programas de sostenibilidad institucionales, insumos que serán la base para el plan de trabajo para los siguientes períodos.

- Intensidad o gravedad del impacto

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

- Duración del impacto

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

- Reversibilidad del impacto

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

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

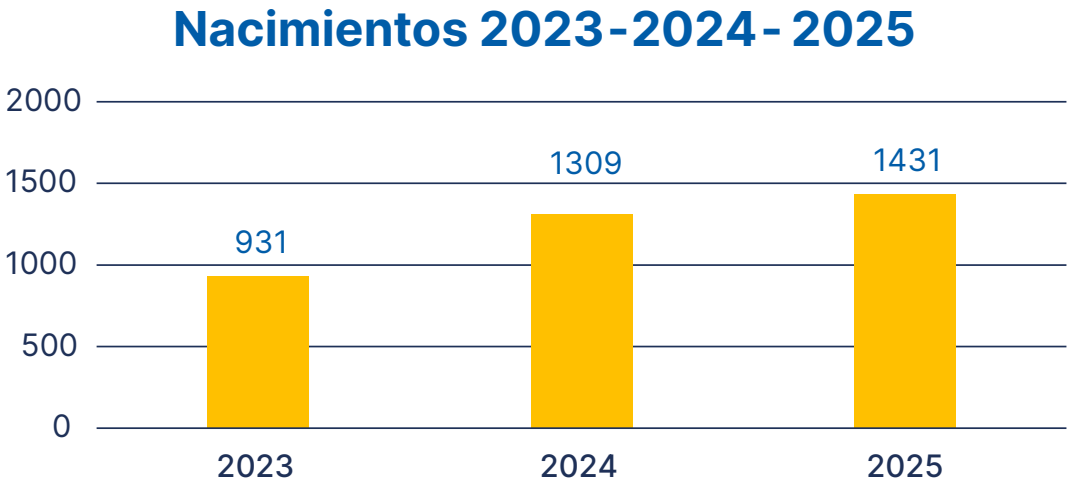
A continuación, se muestra el desarrollo de indicadores que se mantienen en este tercer reporte por parte del Hospital, manteniendo dentro de este reporte una serie de elementos estratégicos que son clave para la Calidad y Seguridad de nuestros Trabajadores, Pacientes y Visitantes.

Implementación del sistema de seguridad de bebés:

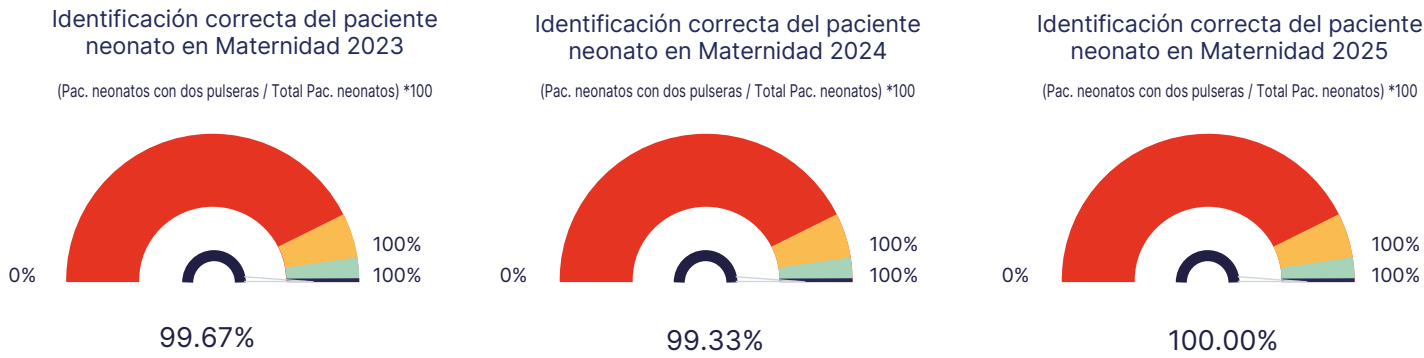
Como ha ocurrido en años anteriores, el sistema de seguridad de bebés en el área de Maternidad en la sede Central del Hospital, mantiene el 100% de la protección en los recién nacidos durante toda la estancia hospitalaria, previniendo cualquier intento de robo o salida sin autorización de esta área, así como su correcta identificación. En 2025, el Hospital amplió sus instalaciones con su nueva sucursal Aleste, lo anterior a partir del 1 de julio del 2025. Esta nueva Sucursal, abrió

de manera progresiva su área de Maternidad, en la cual, para 2025, se proyectaban las mismas condiciones de seguridad citadas que tiene la sede central. Como parte de esta apertura, se trabajó de manera constante en la implementación de un plan alternativo reforzando los protocolos con el personal de Seguridad mientras se culmina esta implementación, la cual se espera culmine en el 2do trimestre del 2026.

En relación con los resultados del área de Maternidad para nuestra Sede Central, en la siguiente gráfica, se muestra la cantidad de nacimientos para los últimos 3 años, evidenciando un incremento del 9.3% en 2025.



A continuación, se observa el comportamiento del indicador asociado al uso de este sistema en nuestra Sede Central, el cual refleja, el porcentaje de cumplimiento de la identificación correcta del paciente neonato. Se puede observar que hay una mejora entre 2023 y 2025, pasando de un porcentaje de cumplimiento del 99.67 a un 100%.



- El mecanismo utilizado mantiene el uso de dos mecanismos, el primero que corresponde con el brazalete que se coloca en la mano del bebé, en donde, viene el nombre del recién nacido y el de su madre; y el segundo que corresponde con un TAG electrónico colocado en el tobillo del recién nacido el cual está integrado a otro brazalete que posee la Mamá, en donde se controlan de manera remota, todos los eventos que suceden durante la estancia hospitalaria por la Seguridad de los bebés. Además, se mantiene el reporte mensual de los TAG, y el número de bebés nacidos, lo que nos da una certeza del 100% de que estos fueron colocados.
- Algunos desafíos para el año 2026, corresponden con mantener una revisión constante de los materiales de las pulseras para asegurar su durabilidad y ajuste. También se mantiene la consideración de redistribuir al personal en meses de alta demanda, como ocurre en los meses de noviembre, así como la implementación de auditorías internas para identificar tendencias antes de impacten el indicador, así como la capacitación de los padres sobre la importancia de no manipular las pulseras.



Estamos comprometidos con la Seguridad de su Bebé

Cada recién nacido y su madre llevan un dispositivo que detecta de inmediato el alejamiento de alguno de los dos.

¡MATERNIDAD PERFECTA!



Cirugías seguras:

Durante el año 2025, el Hospital consolidó el objetivo estratégico orientado a mantener un adecuado control de la tasa de infecciones asociadas a sitio quirúrgico de tipo profundo, mediante el fortalecimiento continuo de los procesos de limpieza, desinfección, reprocesamiento de instrumental y monitoreo ambiental, integrando prácticas seguras con un enfoque de sostenibilidad.

Como resultado de la madurez de estas acciones, se evidenció una disminución sostenida del indicador de infecciones asociadas a sitio quirúrgico profundas, alcanzando en 2025 una tasa de 0,38%, en comparación con 0,47% en 2024 y 0,51% en 2023, manteniéndose de forma consistente muy por debajo de la meta institucional del 3,0%. Esta evolución confirma el impacto positivo de las estrategias implementadas y su capacidad de mantenerse en el tiempo.

En el ámbito de Central de Esterilización, se dio continuidad al uso de productos de reprocesamiento con certificación ambiental, asegurando procesos más eficientes y seguros, al tiempo que

se mantuvo durante 2025 el programa de formación técnica certificada del personal, iniciado en años previos, fortaleciendo la competencia profesional y la estandarización de las prácticas.

En las áreas quirúrgicas, se consolidó el sistema de limpieza y desinfección de superficies mediante soluciones antibacteriales a base de agua con efecto residual, acompañado del monitoreo sistemático con mediciones de ATP, lo que permitió verificar la efectividad de los procesos y realizar ajustes oportunos. Asimismo, se mantuvo la estandarización del uso de paños por código de colores y la aplicación de desinfectantes con las noblezas de cumplimiento de desinfección adecuada y cuidado ambiental, fortaleciendo la prevención de la contaminación cruzada.

Este conjunto de acciones permitió no solo sostener el cumplimiento del objetivo, sino mejorar progresivamente los resultados entre 2023 y 2025, demostrando que la integración entre seguridad del paciente, control de infecciones, capacitación del personal y responsabilidad ambiental constituye un pilar fundamental para una atención quirúrgica segura y de calidad.

Año	Cumplimiento	Meta (3,0%)
2023	0,51%	3,0%
2024	0,47%	3,0%
2025	0,38%	3,0%

Continuidad del proyecto de cambio en el sistema de expediente digital:

Como parte de este proyecto, que había iniciado a finales del 2024, el Hospital continua su proceso de transformación tecnológica a nivel del expediente digital con la firme visión de convertirse en un referente de clase mundial y en línea con las mejores prácticas internacionales. El eje central de este proyecto es la implementación del sistema TrakCare de InterSystems.

Durante el año 2025, el proyecto de implementación del sistema TrakCare de InterSystems alcanzó uno de sus hitos más relevantes con la puesta en producción en el área de Urgencias, consolidando el tránsito desde la planificación y configuración hacia la operación clínica real del nuevo expediente digital.

Luego de un proceso intensivo de validación funcional, recreación de escenarios clínicos y administrativos, y pruebas integrales de los flujos de atención, el 28 de noviembre de 2025 se realizó exitosamente la puesta en vivo del sistema en el servicio de Urgencias, de manera simultánea en las tres sedes del Hospital Clínica Bíblica. Este hito fue posible gracias a un trabajo interdisciplinario altamente coordinado, que involucró a los equipos de medicina, enfermería, tecnologías de información, laboratorio, farmacia, soporte técnico, comunicación, gestión del cambio y liderazgo institucional, entre otros actores clave.

La entrada en operación de TrakCare en Urgencias permitió que el personal clínico iniciara la atención de los pacientes utilizando el nuevo sistema, sin comprometer la calidad del servicio ni la seguridad del paciente, garantizando la continuidad asistencial durante un proceso de alta complejidad operativa. Este resultado evidenció la madurez alcanzada en la gestión del cambio, la preparación de los involucrados en el uso del sistema y la robustez de los flujos clínicos diseñados.

Posterior al Go Live, se estableció un período de estabilización, durante el cual el equipo de InterSystems brindó acompañamiento presencial, trabajando de forma conjunta con los Usuarios Clave del hospital. Este acompañamiento permitió resolver incidencias tempranas, ajustar configuraciones finas del sistema y reforzar la adopción del nuevo modelo de trabajo. Adicionalmente, se mantuvo un soporte directo al servicio, enfocado en asegurar la correcta operación del sistema y fortalecer la confianza de los usuarios finales en la nueva herramienta.

Mientras el módulo de Urgencias se encontraba en fase productiva y de estabilización, durante el último trimestre de 2025 se iniciaron de forma paralela los preparativos para la segunda y tercera fase del proyecto, correspondientes a la implementación de Hospitalización y Cirugía, así como del ámbito Ambulatorio. Estas fases representan un desafío de mayor envergadura, tanto por la complejidad clínica y operativa de los procesos involucrados, como por la cantidad de profesionales de la salud que deberán ser capacitados y acompañados en la adopción del sistema.

En particular, la fase de Hospitalización y Cirugía implica una integración profunda con múltiples sistemas satélite, incluyendo laboratorio clínico, banco de sangre, sistemas de cardiología, hemodinamia, maternidad, unidades de cuidados intensivos (UCI), entre otros, lo que exige una coordinación técnica y clínica aún más estrecha. Asimismo, esta etapa demanda un esfuerzo significativo en estandarización de procesos, definición de roles y responsabilidades, y alineación entre los componentes clínicos y administrativos del expediente digital.

Como parte de esta hoja de ruta, se contempla la implementación del expediente clínico electrónico en los servicios de Hospitalización y Cirugía durante el tercer trimestre de 2026.

Posteriormente, para el cuarto trimestre de 2026, se proyecta la puesta en marcha del sistema en el área de Atención Ambulatoria, completando así el modelo integral de atención que abarca los procesos de urgencias, hospitalización, cirugía y consulta externa, bajo una única plataforma clínica interoperable.

De manera paralela, durante el año 2026 se impulsará la implementación de proyectos estratégicos complementarios, estrechamente integrados con el expediente digital, entre los que destacan el despliegue del sistema de Revenue Cycle Management, orientado a optimizar los procesos de facturación, cobro y sostenibilidad financiera; la configuración de order sets médicos y planes de cuidados de enfermería, con el objetivo de estandarizar prácticas clínicas, mejorar los tiempos de respuesta y elevar la calidad de la atención brindada a los pacientes; así como la integración de nuevos sistemas especializados, como plataformas de laboratorio y endoscopía.

Un componente transversal y prioritario para el 2026 será la gestión del cambio y la capacitación del cuerpo médico. Se proyecta capacitar a más de mil médicos a lo largo del año en el uso del sistema TrakCare, mediante estrategias estructuradas de formación, acompañamiento y adopción, desarrolladas en conjunto con el equipo de InterSystems y los líderes internos del hospital. Este esfuerzo busca no solo asegurar el uso adecuado de la herramienta tecnológica, sino también promover una cultura digital orientada a la seguridad del paciente, la eficiencia operativa y la mejora continua.

En conjunto, los avances alcanzados durante 2025 y las proyecciones definidas para 2026 reflejan una evolución tangible del proyecto desde la planificación estratégica hacia la operación clínica real, reafirmando el compromiso sostenido del Hospital Clínica Bíblica con la innovación, la excelencia clínica y la sostenibilidad institucional. La experiencia adquirida en la implemen-

tación del sistema de expediente digital en Urgencias ha permitido identificar oportunidades de mejora, fortalecer los mecanismos de gobernanza del proyecto y ajustar las estrategias de capacitación y gestión del cambio, consolidando al expediente digital como un pilar fundamental para afrontar con éxito los desafíos presentes y futuros del sistema de salud.

Programa PROA:

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

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 mismo ha tenido relación con la reducción del consumo de antibióticos de alto impacto epidemiológico como ceftriaxona y levofloxacin. 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 (PPS, por sus siglas en inglés) 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 ese proyecto, se planea identificar con mayor especificidad las patologías, especialidades o médicos en los que se requiera un cambio, para implementar nuevas estrategias que permitan una mejora en el uso de antibióticos. Dentro de las posibles estrategias que se podrían implementar con la información recolectada se encuentra:

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

Por lo difícil que resulta dar seguimiento diario a todas las prescripciones en pacientes hospitalizados. Se decidió hacer PPS a través del año con el fin de evaluar el cumplimiento de guías clínicas.

A través del año 2024 se realizaron 10 encuestas de prevalencia puntual, que consistieron en una evaluación mensual entre febrero y noviembre. El mes de enero se usó como preparación y en diciembre se analizaron y socializaron los datos. El cumplimiento de guías clínicas anual alcanzado fue de 80.6%.

Tras una evaluación profunda de los resultados de 2024 por parte del comité PROA, se decidió ajustar los criterios para el cumplimiento de guías clínicas con una tendencia hacia el endurecimiento de los criterios.

En el 2025 se realizaron 10 auditorías adicionales, alcanzando para este año un cumplimiento de guías clínicas de 75.8%.

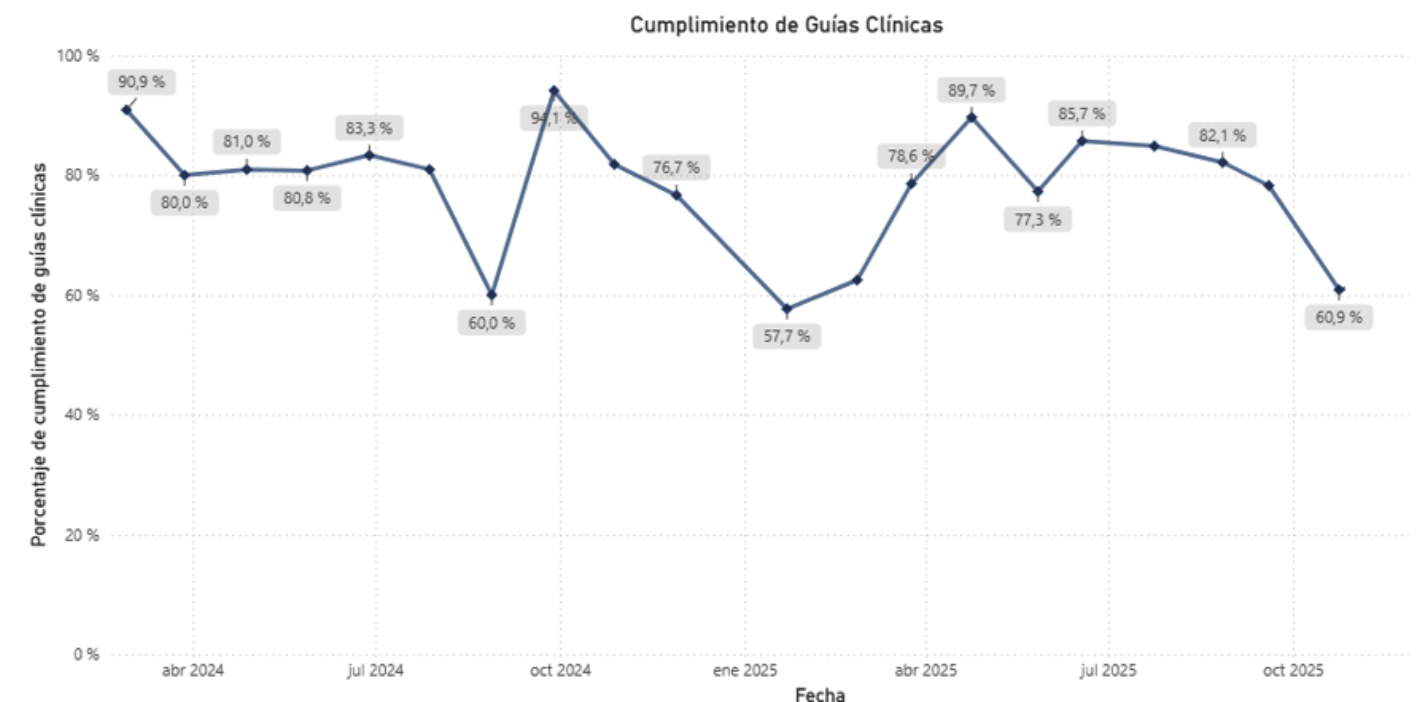


Figura. Resultado de evaluaciones de cumplimiento de guías clínicas por evaluación en el año 2024 -2025.

Es importante considerar que la variación de cumplimiento varía de manera importante, lo cual se puede deber a la complejidad de los casos evaluados, así como que la población que atiende el hospital es diversa.

Además de esta información fue posible identificar por diagnóstico, antimicrobiano, especialidad médica y médico a cargo, donde se está dando incumplimiento de guías clínicas:

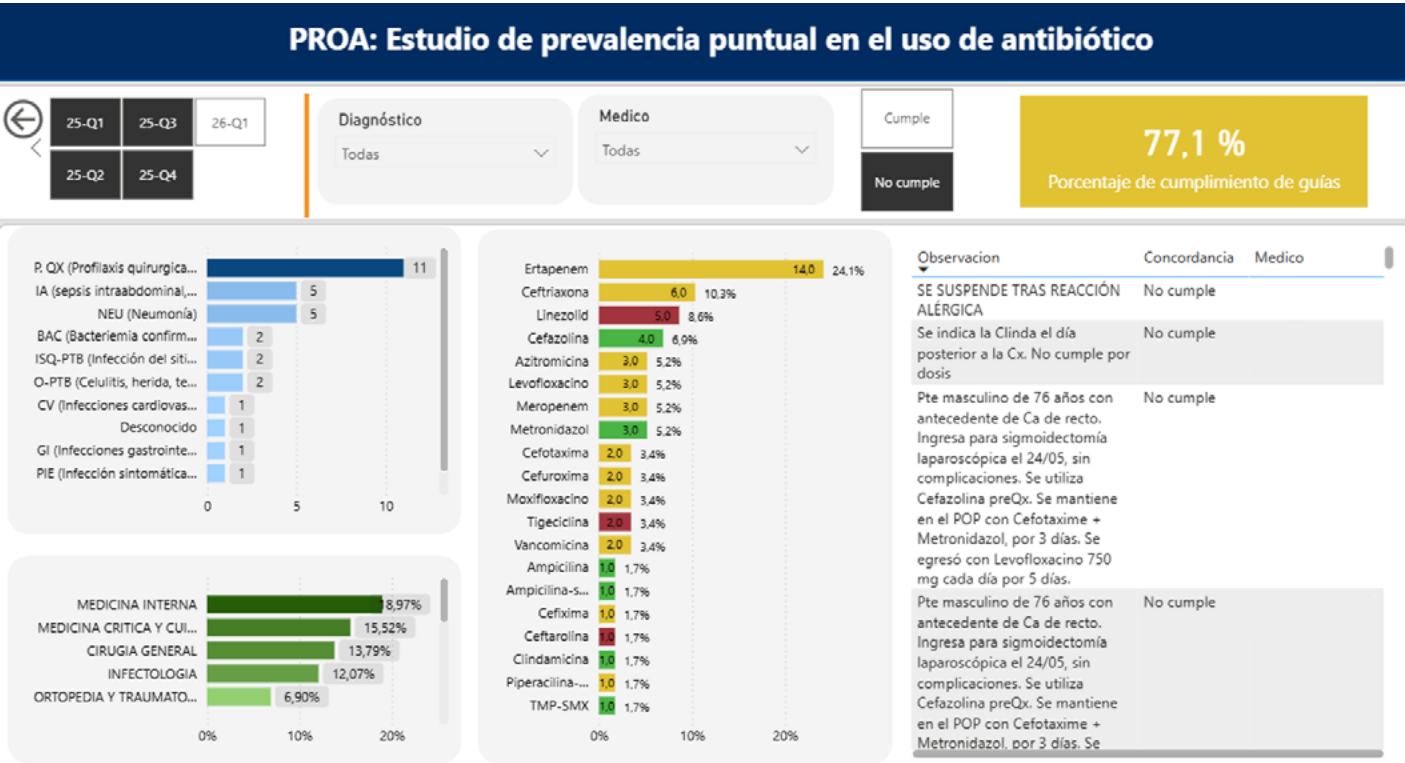


Figura. Incumplimientos a guías de tratamientos identificados por diagnóstico, antimicrobiano, especialidad médica y médico a cargo.

Lo anterior permitirá orientar la estrategia de mejora para el año 2026.

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

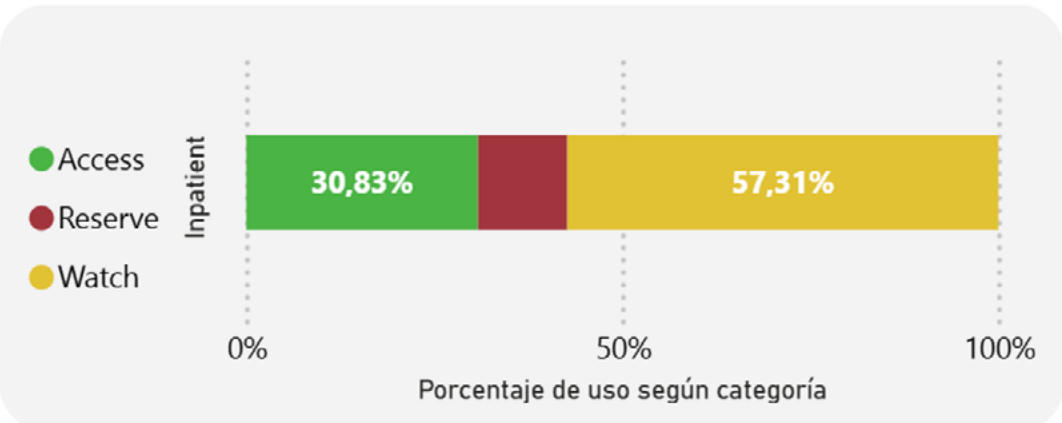


Figura. Prescripción de antibióticos según clasificación AWaRe

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

- Mantener estrategias de PPS como método de evaluación de cumplimiento de guías clínicas.
- Continuar retroalimentación prospectiva diaria por parte del programa.
- Difundir información encontrada a autoridades hospitalarias y a los prescriptores.
- Continuar trabajo de educación con médicos cirujanos, para incentivar la prescripción correcta de antibióticos profilácticos en pacientes quirúrgicos que requieren hospitalización.
- Implementar una guía clínica para el manejo de infecciones intraabdominales en pacientes hospitalizados.
- Crear material educativo que lleve al uso racional del ertapenem.
- Mantener la meta en un 80% de cumplimiento guías para el año 2026.

Experiencia del Paciente:

a. Contexto y evolución de la medición.

Con el fin de fortalecer un modelo centrado en el paciente, en 2023 se inició el proyecto de medición de Net Promoter Score (NPS) para obtener información sobre la experiencia general de los clientes, identificar áreas de mejora y reforzar la relación con la comunidad.

A partir de junio de 2023 se comenzó a calcular el NPS por medio de encuestas, cerrando el año con un puntaje de 79,4. Durante esta primera etapa se contempló la adquisición de software especializado de Experience Management para ampliar y estandarizar la captura de comentarios y experiencias.

Desde marzo de 2024 se implementó gradualmente Qualtrics XM, un software especializado en la gestión de experiencias del cliente, iniciando por poblaciones de Consultorios Médicos, posteriormente Chequeo Médico y Emergencias, y al cierre de 2024 incorporando también Laboratorio Clínico, Imágenes Médicas y Terapia Física. Hasta junio de 2024 se recolectaron respuestas con el software anterior, por lo que existió un periodo de convivencia entre ambos sistemas.

Durante la implementación del nuevo software se observó una variación en el puntaje NPS asociada a la inclusión de servicios y especialidades que no estaban previamente en la muestra. Para asegurar consistencia metodológica, en adelante se utilizará como referencia comparable el indicador obtenido únicamente con Qualtrics XM.

b. Indicador NPS (definición y metodología).

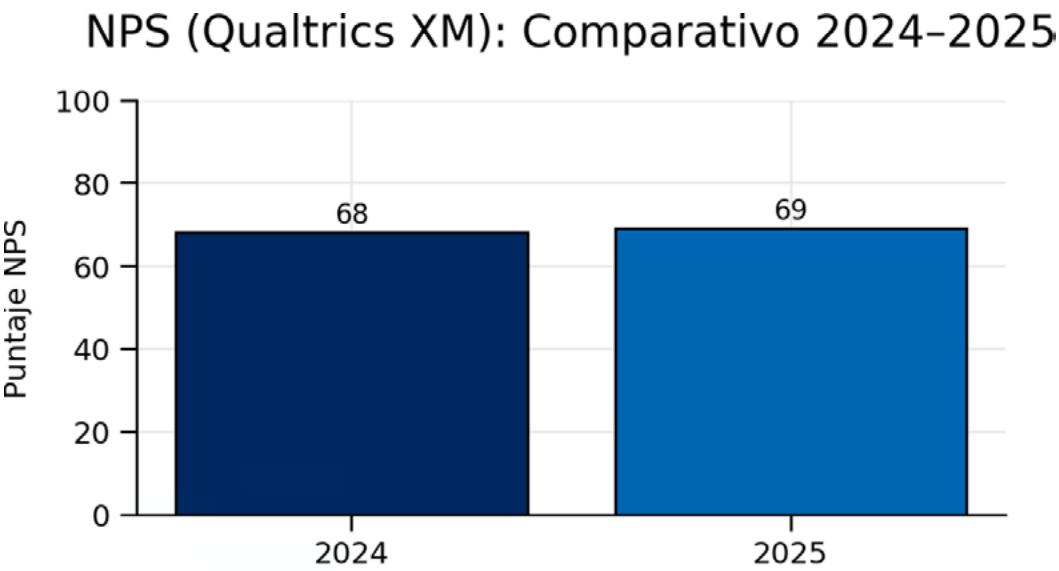
El Net Promoter Score (NPS) es una métrica utilizada para medir satisfacción y lealtad. Se calcula a partir de la pregunta: “En una escala del 0 al 10, ¿cuán probable es que recomiende nuestro servicio a un familiar o amigo?”. Según la respuesta, las personas se clasifican como:

- Promotores (9–10): clientes muy satisfechos y leales que probablemente recomendarán el servicio.
- Pasivos/Neutrales (7–8): satisfechos, pero menos entusiastas; pueden cambiar de proveedor con facilidad.
- Detractores (0–6): insatisfechos; pueden compartir experiencias negativas, afectando la reputación.

El NPS se calcula como: %Promotores – %Detractores, con un resultado entre -100 y 100. Para comparaciones interanuales, este reporte utiliza la serie calculada con Qualtrics XM (metodología homogénea).

c. Resultados del indicador (Datos comparables Qualtrics XM)

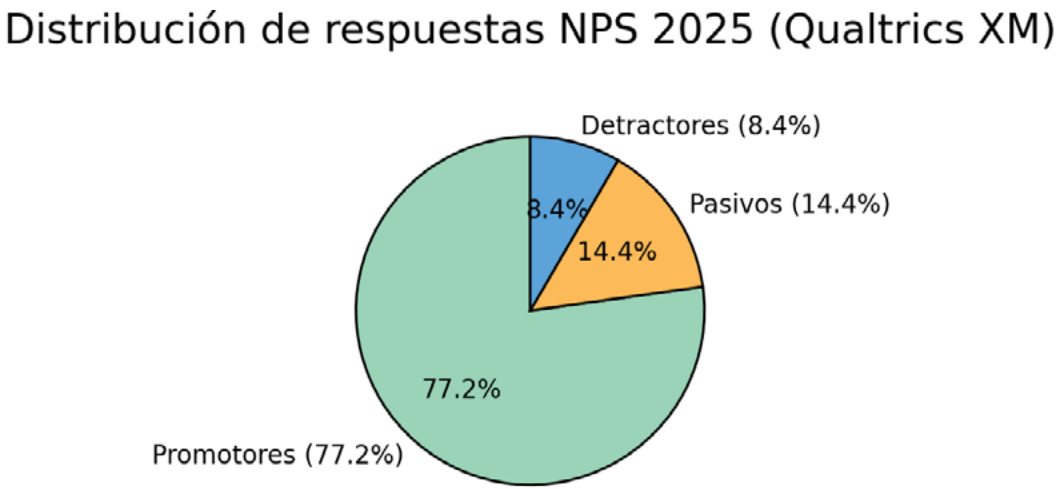
Serie oficial comparable (Qualtrics XM):



En 2024 el NPS calculado únicamente con Qualtrics XM fue de 68 puntos. En 2025, con medición 100% Qualtrics XM, el NPS fue de 69 puntos; esto representa una variación de +1 punto y estabilidad del indicador.

c.1 Detalle 2025 (Qualtrics XM)

Durante 2025 se recolectaron 8,171 opiniones (respuestas) a través de Qualtrics XM. La distribución de categorías fue: 77% promotores, 14% pasivos y 9% detractores.



En 2025 se amplió la cobertura de la medición incorporando nuevas poblaciones y servicios: Endoscopia, Centro de Vacunación, Maternidad, Cirugía, Hospitalización y los servicios de la nueva sede Aleste.

El NPS 2023 (79,4) corresponde a la medición inicial con un sistema previo. Dado el cambio de herramienta, el cambio de poblaciones incluidas y el periodo de convivencia durante 2024, estos valores se presentan como referencia histórica, mientras que el análisis comparativo oficial inicia en 2024 con Qualtrics XM.

d. Principales hallazgos y acciones de mejora (2025)

Durante 2025 se realizó seguimiento sistemático de la experiencia del paciente mediante encuestas regulares de NPS y análisis de comentarios en Qualtrics XM, complementado con revisiones periódicas de indicadores para priorizar acciones de mejora. La Dirección de

Experiencia del Paciente lideró el monitoreo y la coordinación de iniciativas.

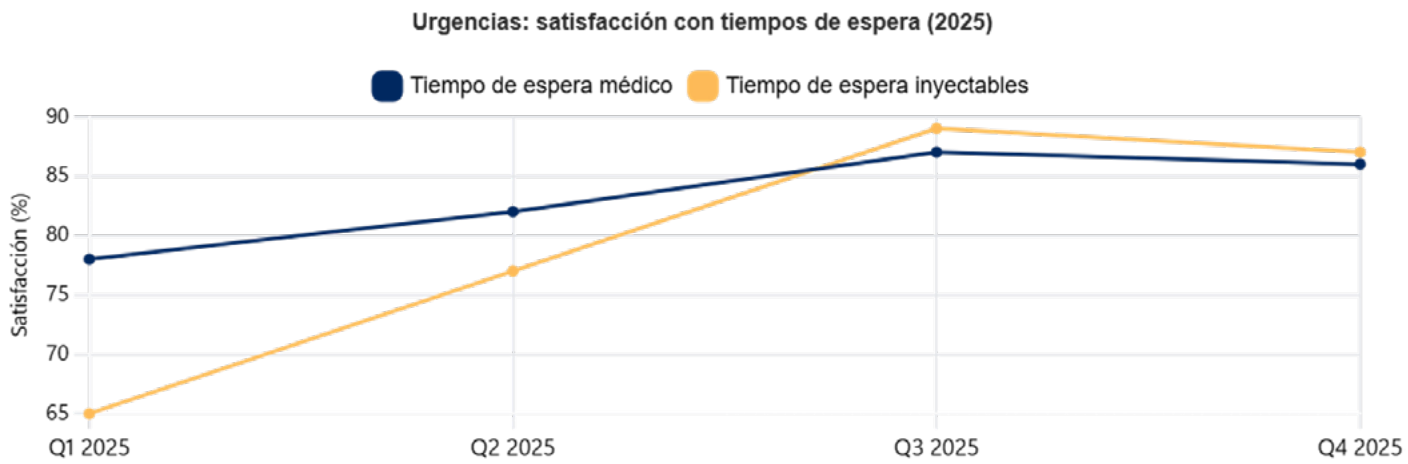
d.1 Iniciativa prioritaria: Urgencias (tiempos de espera)

Hallazgo: Se identificó Urgencias como el principal punto de insatisfacción, con impacto predominante del tiempo de espera para ser atendidos por el médico y del tiempo de espera para la aplicación de inyectables.

Intervenciones 2025: Para atender ambas causas se reforzaron plazas y se optimizó el proceso de farmacia en Urgencias:

- Apertura de 1 plaza médica adicional.
- Apertura de 2 plazas de enfermería adicionales.
- Apertura de 2 plazas de técnicos de farmacia.
- Traslado físico de un Regente Farmacéutico para ubicarlo más cerca de Urgencias y reducir los traslados de recetas.

Resultados 2025 (Qualtrics XM): Se observó mejora sostenida en satisfacción asociada a los tiempos de espera en Urgencias, tanto para atención médica como para inyectables, con avances trimestrales relevantes:



- Satisfacción con el tiempo de espera para médico: 78% (Q1) → 86% (Q4), con máximo de 87% en Q3.
- Satisfacción con el tiempo de espera para inyectables: 65% (Q1) → 87% (Q4), con máximo de 89% en Q3.

e. Desafíos 2026

- Sostener la mejora en un entorno de alta variabilidad, especialmente durante picos de demanda y temporadas de mayor afluencia.
- Fortalecer el “close-the-loop” con pacientes detractores asociados a experiencias en Urgencias, asegurando respuesta, aprendizaje y mejora continua.
- Reducir la variabilidad trimestral en los indicadores de satisfacción, profundizando el análisis de patrones y aprovechando los datos de Qualtrics para anticipar tendencias y orientar acciones preventivas.



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

La creciente dependencia de los sistemas digitales en la atención de salud expone a las organizaciones hospitalarias a riesgos tecnológicos y de ciberseguridad que, de materializarse, podrían generar impactos negativos sobre la continuidad de los servicios clínicos, la protección de la información sensible y la confianza de pacientes, colaboradores y la comunidad. En este contexto, Clínica Bíblica gestiona estos riesgos de forma preventiva, como parte de su compromiso con una atención segura, continua y sostenible.

Durante el año 2025, el hospital dio continuidad a los esfuerzos orientados a mitigar los riesgos asociados a la indisponibilidad de sistemas, accesos no autorizados y pérdida de información crítica, fortaleciendo su resiliencia digital y madurez organizacional. Estas acciones se desarrollan apoyadas institucionalmente en el marco del proceso de certificación HIMSS, que permite evaluar de manera estructurada la capacidad del Hospital para gestionar la

seguridad y disponibilidad de los sistemas de información en salud.

En este proceso, el eje de impacto denominado Gestión de la resiliencia, directamente vinculado al ámbito de Seguridad de la Información e Infraestructura, presenta en el reporte HIMSS el estatus de “stage achieved” para los niveles 1, 2, 3 y 5. Este resultado refleja el trabajo sostenido realizado en años anteriores para reducir la exposición a incidentes tecnológicos y fortalecer la protección de la información y la continuidad operativa. Asimismo, evidencia el cumplimiento del indicador definido en el informe de sostenibilidad previo, que contemplaba como meta alcanzar los niveles 1, 2 y 3 hacia el último trimestre de 2025.

Como parte de la gestión de 2025 se realizaron acciones importantes de Ciberseguridad y resiliencia digital, entre ellas:

- Implementación de arquitecturas tecnológicas más seguras desde el diseño inicial.

- Desarrollo de la nueva sede Aleste bajo principios de segmentación de red y control de accesos.
- Fortalecimiento de las capacidades de respaldo (backups) de los sistemas críticos.
- Mejora de los mecanismos de recuperación ante desastres y continuidad operativa.
- Implementación de herramientas de monitoreo proactivo de infraestructura y aplicaciones.
- Optimización de la detección temprana de eventos e incidentes de seguridad. Para una mejor capacidad de respuesta y gestión de incidentes tecnológicos.

De cara a 2026, el hospital identifica como desafío seguir reduciendo los riesgos tecnológicos asociados al crecimiento institucional y a la mayor digitalización de los servicios. Desde el ámbito de Seguridad e Infraestructura, se proyecta avanzar en:

- Estandarizar los controles de seguridad tecnológica entre todas las sedes, asegurando políticas, configuraciones y niveles de

protección, incluyendo desde ya la sede de Liberia.

- Reforzar la protección de los servicios digitales y sistemas críticos.
- Fortalecer los mecanismos de monitoreo continuo y detección temprana de posibles amenazas y respuesta ante eventos de ciberseguridad.

Estas iniciativas buscan mitigar progresivamente los impactos negativos asociados a incidentes tecnológicos y apoyar la continuidad segura de la atención.

Las acciones previstas para 2026 tienen como propósito contribuir, desde el rol técnico del área, al avance institucional hacia la meta de la Clínica Bíblica de alcanzar el Nivel 6 de certificación HIMSS, reconociendo que este objetivo depende de un esfuerzo coordinado entre áreas clínicas, administrativas y tecnológicas. De esta manera, la ciberseguridad se consolida como un habilitador transversal de la resiliencia organizacional y de la sostenibilidad institucional.



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

# impacto		Tema material	Objetivo	Meta	Indicador	Compromisos de gestión 2026	Fecha para meta	Responsable primario	Actividades y proceso de seguimiento	Políticas o compromisos en tema material / e. Procedimientos de gestión donde incorporar acciones	Como influye la participación de grupos de interés en medidas adoptadas y como se usa su realimentación para mejora	Línea base 2023	Resultados 2024 (justificación)	Resultados 2025 (justificación)	% de avance 2025	Cualitativo (QI) / Cuantitativo (Qt)
GRI 5	Cobertura del personal en capacitaciones relacionadas con temas de derechos humanos.	Gestión laboral	Implementar finalmente de manera estructurada la capacitación del personal de Seguridad y de áreas de atención al cliente o paciente.	Cobertura del 50% del personal clave en relación con la carta de derechos humanos de las Naciones Unidas.	Porcentaje del personal capacitado en estos temas/año.	1	Dec-26	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.	La organización ha brindado de manera inicial capacitaciones relacionadas con temas de derechos humanos, solo resta terminar de estructurar estas capacitaciones al personal de Seguridad y de Atención al Cliente.	Durante el 2024 se logró capacitar a 243 Colaboradores de nuevo ingreso en temas relacionados con los derechos humanos, como punto de partida en esta temática. En 2025 se tiene proyectado iniciar de manera más específica con las áreas de Seguridad y Atención al Cliente que poseen un total de 129 Colaboradores.	Resalta el avance de 460 personas capacitadas en el curso de Orientación para este nuevo año. Por otro lado, a finales del 2025, se inició con el proceso de producción de un video que servirá de apoyo en procesos de capacitación en los temas relacionados con la gestión de los derechos humanos, lo anterior en coordinación con Talento Humano.	100%	Qt
GRI 6	Más de la mitad del personal femenino ocupa puestos de liderazgo.	Gestión laboral	Mantener el porcentaje de Colaboradoras femeninas en al menos un 50% en los próximos años en puesto de liderazgo.	No bajar del 50% planificado.	Porcentaje del personal femenino en puestos de liderazgo/año.	1	Dec-26	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.	El 51% de los colaboradores corresponde a personal femenino en puestos de liderazgo.	En relación con el porcentaje de colaboradoras que corresponde a personal femenino en puestos de liderazgo, el resultado de este indicador fue de un 52%. Durante el 2025, se plantea mantener este resultado.	Se mantiene un porcentaje de participación del 52.76%.	100%	Qt
GRI 7	Impacto relacionado con las tasas de rotación del personal en la gestión hospitalaria.	Gestión laboral	Gestionar la rotación de personal con el fin de reducirla en el Hospital.	A un 12%.	Porcentaje de rotación del personal / año.	1	Dec-26	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.	La tasa de rotación para el 2023 fue de un 12.6% para 138 colaboradores nuevos.	15.75% para 205 colaboradores nuevos en 2024. Dentro de las estrategias para reducir la rotación de personal y fortalecer el compromiso de nuestros colaboradores, se están implementado iniciativas clave como el programa Construyendo Liderazgo, enfocado en el desarrollo de competencias personales y sociales en nuestras Jefaturas, además del fortalecimiento del programa Bienestar, que promueve la salud física, mental y emocional de nuestros equipos. Estas acciones contribuyen a un entorno laboral positivo, alineado con nuestra estrategia y cultura organizacional, y centrado en el desarrollo integral de cada colaborador.	La tasa de rotación final del 2025 es de 14.50% (salen 241 colaboradores de 1662 en total), lo anterior a pesar de la apertura de la nueva sede Aleste. Para 2026, este es uno de los indicadores que requiere un trabajo continuo para lograr la meta establecida y sobre lo cual el área de Talento Humano está realizando importantes esfuerzos para su mejora.	-20,80%	Qt

	# impacto	Tema material	Objetivo	Meta	Indicador	Compromisos de gestión 2026	Fecha para meta	Responsable primario	Actividades y proceso de seguimiento	Políticas o compromisos en tema material / e. Procedimientos de gestión donde incorporar acciones	Como influye la participación de grupos de interés en medidas adoptadas y como se usa su realimentación para mejora	Línea base 2023	Resultados 2024 (justificación)	Resultados 2025 (justificación)	% de avance 2025	Cualitativo (Q) / Cuantitativo (Qt)
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. A su vez, se desea reducir la incidencia de accidentes laborales en el Hospital.	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, así como la seguridad ocupacional de los Colaboradores.	En un lapso de 2 años se proyecta la implementación de mecanismos para el 100% de los contratistas críticos (80 contratistas), agrupándoles en sectores para el desarrollo de este programa. Nuevo indicador en 2026: no superar 70 accidentes por cada 1000 colaboradores	Porcentaje de contratistas críticos por año abordados en esta trazabilidad. Nuevo en 2026: Índice de incidencia de accidentes laborales (accidentes laborales por cada 1000 colaboradores)	2	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.). En materia de accidentes laborales para los colaboradores, implementar un acompañamiento a las áreas críticas por medio de pizarras informativas y seguimiento conjunto con las Jefaturas.	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. En relación con los accidentes laborales del personal, se incorpora a los diferentes grupos a través de la Comisión de Salud Ocupacional y también por medio de las inspecciones del Comité de Seguridad de las Instalaciones.	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. En relación con el índice de incidencia de accidentes laborales, este valor superó los 70 accidentes por cada 1000 colaboradores en el Hospital.	Durante el 2024, se logró implementar con 11 Contratistas una serie de seguimientos que involucran las siguientes acciones: si poseen oficina de Salud Ocupacional y profesional a cargo, aplicación del Formulario de Verificación de Actividad Segura, el cual se aplicó en 2024 en 13 obras que involucraron la participación de Contratistas con trabajos de alto riesgo. En relación con el índice de incidencia de accidentes laborales, este valor superó los 70 accidentes por cada 1000 colaboradores en el Hospital.	Se han evaluado 41 contratistas de 80 proyectados en relación con las medidas de seguridad a través del formulario "Compártanos su Prácticas de Salud Ocupacional, lo que involucra además, la implementación del formulario de verificación de trabajo seguro, lo anterior en las 3 sedes. Adicionalmente, en 2025 se aplicó el Formulario de Verificación de Actividad Segura a 4 Contratistas que involucraron la participación en obras de alto riesgo. En 2026, se va a agregar dentro de esta trazabilidad, el índice de incidencia como parte de estos compromisos de gestión.	51,25%	Qt
GRI 9	Impacto positivo en la salud y seguridad de los Colaboradores a través de una serie de programas como Medicina de Empresa y otras actividades como la Semana de la Salud, Taller de Cuidado Personal, Webinars, Programa de bienestar donde se imparten charlas como Finanzas Saludables, entre otros.	Salud y seguridad del Personal	Incrementar la cantidad de Colaboradores participantes en estos programas.	10% de incremento.	Porcentaje de participación del personal en estos programas/año.	1	Dec-26	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.	Impacto positivo en la salud y seguridad con una participación de 300 Colaboradores a través de una serie de programas como Medicina de Empresa y otras actividades como la Semana de la Salud, Taller de Cuidado Personal, Webinars, Programa de bienestar donde se imparten charlas como Finanzas Saludables, entre otros.	Durante el 2024, participaron 378 Colaboradores superando la meta inicial establecida. En 2025 se plantea mantener la meta y diversificar los diferentes tipos de actividades a realizar.	Se logró una participación de 455 Colaboradores de 416 esperados, lo que representa un éxito para este Programa.	109%	Qt

# impacto		Tema material	Objetivo	Meta	Indicador	Compromisos de gestión 2026	Fecha para meta	Responsable primario	Actividades y proceso de seguimiento	Políticas o compromisos en tema material / e. Procedimientos de gestión donde incorporar acciones	Como influye la participación de grupos de interés en medidas adoptadas y como se usa su realimentación para mejora	Línea base 2023	Resultados 2024 (justificación)	Resultados 2025 (justificación)	% de avance 2025	Cualitativo (QI) / Cuantitativo (Qt)
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 mujeres que viven en condición de vulnerabilidad en zonas rurales y cordón fronterizo.	Bienestar y desarrollo comunitario	Detección temprana del cáncer de mama a través de donación de 6000 mamografías anualmente.	Mantener la cobertura de 12000 mamografías al año.	Cantidad de mujeres atendidas en mamografías/año.	1	Dec-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.	Alianza para la detección temprana del cáncer de mama, siendo este cáncer, el primero en incidencia y mortalidad en la población femenina en CR. Este programa sensibiliza, educa y facilita anualmente el acceso a una mamografía a más de 6.000 mujeres, que viven en condición de vulnerabilidad en zonas rurales y cordón fronterizo.	Durante 2024 se logró realizar un total de 6475 mamografías. En 2025, con la llegada de la nueva móvil, se proyecta incrementar este alcance.	Se realizaron 12394 de 12000 mamografías esperadas, lo anterior, gracias a la incorporación de una segunda móvil de mamografías en 2025.	103,3%	Qt
GRI 13	Brecha existente en la identificación conjunta de las necesidades y expectativas comunitarias versus la oferta de iniciativas sociales de PAS.	Bienestar y desarrollo comunitario	Mayor acercamiento con los públicos de interés en relación con el apoyo comunitario.	Construcción del instrumento que respalde la voz comunitaria.	Desarrollo e implementación del instrumento.	1	Dec-26	Dirección Acción Social.	Capacitación y consulta en la Comunidad. Participación en aceleradora comunitaria para complementar este modelo de aprendizaje.	Plan de Acción Social.	Reuniones con la comunidad y encuestas de seguimiento.	Brecha existente en la identificación conjunta de las necesidades y expectativas comunitarias versus la oferta de iniciativas sociales de PAS.	Finalización del programa con la Alianza Empresarial para el Desarrollo (AED). La construcción del instrumento continua en proceso y también, se integra con las actividades que se están diseñando en materia de debida diligencia.	En 2025 se construyó una herramienta corporativa para temas de sostenibilidad ambiental, social y económica, integrando a PAS dentro de este proceso, que se seguirá fortaleciendo en 2026.	70%	QI
GRI 14	Programa de Cirugías Solidarias dirigido a personas que viven en condición de vulnerabilidad, incluyendo los estudios de pre operatorios y hospitalización requerida en cada caso.	Bienestar y desarrollo comunitario	Facilitar cirugías a pacientes en condición de vulnerabilidad que no tienen acceso al sistema de salud o que se encuentran en larga espera.	200 cirugías solidarias/año	% de participación en las cirugías solidarias.	1	Dec-26	Dirección Acción Social.	Estadística de atención mensual y cumplimiento de agenda.	Plan de Acción Social.	Reuniones con la comunidad y encuestas de seguimiento.	Programa de Cirugías Solidarias dirigido a personas que viven en condición de vulnerabilidad, incluyendo los estudios de pre operatorios y hospitalización requerida en cada caso. Facilitando más de 132 cirugías al año y 150 días de internamiento y 175 estudios radiológicos.	Durante 2024 se logró realizar un total de 158 cirugías solidarias superando la meta inicial anual.	Se lograron 195 cirugías solidarias de 174 esperadas, lo que representa un resultado muy positivo frente a la meta inicial.	112%	Qt
GRI 15	Programa de jornadas de medicina preventiva el cual incluye los exámenes de detección de cáncer de cérvix y partir del año 2026, la inclusión de dos nuevos exámenes que corresponden con la realización del examen del antígeno prostático y agudeza visual incorporando el enfoque de género, con igualdad de oportunidad para hombres y mujeres.	Bienestar y desarrollo comunitario	Detección temprana de cáncer de cérvix y de próstata, integrando además el diagnóstico de agudeza visual a través de la ejecución de los exámenes correspondientes.	4000 estudios/año	Estudios/año	1	Dec-26	Dirección Acción Social.	Estadística de atención mensual y cumplimiento de agenda.	Plan de Acción Social.	Reuniones con la comunidad y encuestas de seguimiento.	Programa de detección de cáncer de cérvix a través de la donación anual de +1.000 estudios de monocapa. En 2023 se realizaron 2260 estudios. Este cáncer cual ocupa el cuarto lugar en mortalidad a nivel nacional.	Durante 2024 se logró realizar un total de 900 exámenes. La meta fue modificada en 2024 por la aplicación de la nueva norma de VPH, considerando que los estudios poseen una mayor especialización.	Se lograron 1483 exámenes realizados de 900 esperados (meta cambia a 1000 en último trimestre del 2025). Lo anterior se considera muy positivo dentro de la meta inicial establecida. Para 2026 se incorporarán 2 nuevos indicadores, como se ha descrito en este detalle.	148,3%	Qt

# impacto		Tema material	Objetivo	Meta	Indicador	Compromisos de gestión 2026	Fecha para meta	Responsable primario	Actividades y proceso de seguimiento	Políticas o compromisos en tema material / e. Procedimientos de gestión donde incorporar acciones	Como influye la participación de grupos de interés en medidas adoptadas y como se usa su realimentación para mejora	Línea base 2023	Resultados 2024 (justificación)	Resultados 2025 (justificación)	% de avance 2025	Cualitativo (QI) / Cuantitativo (Qt)
GRI 16	Implementación de sistema de seguridad de bebés que garantiza el resguardo y la seguridad del paciente.	Seguridad y Experiencia del Paciente	Lograr el 100% de protección en los recién nacidos durante toda la estancia hospitalaria, previniendo cualquier intento de robo o salida sin autorización del área de maternidad.	Mantener un adecuado seguimiento del sistema de seguridad de bebés en el área de Maternidad potenciando la educación y su uso continuo en el área.	(Total de Pacientes Neonatos con dos pulseras / Total de Pacientes Neonatos) x 100.	1	Dec-26	Maternidad / Dirección de Enfermería	Sistema de seguridad de bebés. Como parte de los controles que se realizan para el uso del sistema, semanalmente el proveedor de la tecnología realiza revisiones que garanticen su adecuado funcionamiento. Algunos ajustes normales de este proceso corresponden con el uso de los sensores en los accesos.	PR.SE-007 Código Rosado.	Entrevistas con las pacientes	Implementación de sistema de seguridad de bebés que garantiza el resguardo y la seguridad del paciente (indicador con resultado 99.7%).	El resultado del indicador es de 99.3%. Se están proyectando algunas actividades para lograr la meta del 100% como por ejemplo la posible redistribución del personal en los meses de alta demanda como ocurrió en noviembre, o también implementar entrenamientos periódicos para recordar la importancia del uso de los dos brazaletes (el de la mano y el del tobillo), entre otros detalles.	Se logra una meta del 100%. En 2026 se estará culminando la ampliación de este sistema en la nueva sede de Aleste.	100,0%	Qt
GRI 17	Mejoras en las herramientas de monitoreo y supervisión relacionas con la limpieza ambiental, de instrumental, cirugía segura y educación continua para el control y prevención de infecciones.	Seguridad y Experiencia del Paciente	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.	1	Dec-26	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	Mejoras en las herramientas de monitoreo y supervisión relacionas con la limpieza ambiental, de instrumental, cirugía segura y educación continua para el control y prevención de infecciones (indicador con resultado 0.64%).	El resultado del indicador es de 0.56%	El resultado del indicador fue de un 0.38%, que resulta muy exitoso dentro de la meta de seguridad establecida.	100%	Qt
GRI 18	La lentitud en el proceso de registro de la atención clínica puede causar interrupciones innecesarias en el flujo de trabajo del personal clínico, generando tensiones adicionales y restando eficiencia al sistema en general. Se proyecta la implementación de un nuevo sistema de expediente electrónico hospitalario, con proyección al año 2026 para su desarrollo final.	Seguridad y Experiencia del Paciente	Mejorar la herramienta tecnológica del expediente electrónico para que sea de apoyo para la atención de los pacientes.	Implementar para el 2026 el expediente electrónico con un uso del 100% (consulta externa y hospital) para así mejorar la eficiencia y calidad en la atención de los pacientes.	Consultas usando la herramienta / total de consultas realizadas	1	Dec-26	Dirección Médica	Migración de datos del sistema antiguamente usado al nuevo, capacitaciones al personal de salud y administrativo, acompañamiento en la ejecución y puesta en marcha del sistema en los diferentes departamentos.	RE.CEC-001 Reglamento Interno del Expediente Clínico.	Es muy importante para asegurar la adopción de todos los usuarios así como pequeñas mejoras en los expedientes dependiendo de la especialidad.	La lentitud en el proceso de registro de la atención clínica puede causar interrupciones innecesarias en el flujo de trabajo del personal clínico, generando tensiones adicionales y restando eficiencia al sistema en general. Se proyecta la implementación de un nuevo sistema de expediente electrónico hospitalario, con proyección al año 2026 para su desarrollo final.	Hacia finales del 2024, se inició con las gestiones contractuales para iniciar la implementación del nuevo expediente electrónico hospitalario, incorporando además, las experiencias en la implementación del nuevo sistema ERP (Sistema de Planificación de Recursos).	Durante el año 2025, el proyecto de implementación del sistema TrakCare de InterSystems alcanzó uno de sus hitos más relevantes con la puesta en producción en el área de Urgencias, consolidando el tránsito desde la planificación y configuración hacia la operación clínica real del nuevo expediente digital.	50%	QI

# impacto		Tema material	Objetivo	Meta	Indicador	Compromisos de gestión 2026	Fecha para meta	Responsable primario	Actividades y proceso de seguimiento	Políticas o compromisos en tema material / e. Procedimientos de gestión donde incorporar acciones	Como influye la participación de grupos de interés en medidas adoptadas y como se usa su realimentación para mejora	Línea base 2023	Resultados 2024 (justificación)	Resultados 2025 (justificación)	% de avance 2025	Cualitativo (QI) / Cuantitativo (Qt)
GRI 19	Impacto positivo a nuestros Pacientes a través del programa PROA que permite vigilar el correcto uso de antibióticos con la finalidad de mitigar la posibilidad de desarrollar una bacteria multirresistente, siendo un programa costo efectivo y multidisciplinario por el uso racional de los antibióticos, con una rápida recuperación de la salud de los pacientes.	Seguridad y Experiencia del Paciente	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.	1	Dec-29	Gerencia Médica	Para alcanzar esta meta se pretende evaluar diariamente las prescripciones de antibióticos realizadas en el hospital y determinar si las mismas cumplen las recomendaciones de guías clínicas o bases de datos consideradas relevantes para los pacientes del Hospital Clínica Bíblica.	PR.FA-042 Procedimiento del programa de optimización de uso de antibióticos.	Los médicos que son parte fundamental son el grupo de interés más importante (prescriptores) y al no ser planilla del hospital ha sido un reto incorporarlos, sin embargo la retroalimentación de ellos es importante para mejorar el programa cada día.	Impacto positivo a nuestros Pacientes a través del programa PROA que permite vigilar el correcto uso de antibióticos con la finalidad de mitigar la posibilidad de desarrollar una bacteria 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.	El resultado del indicador es de 80.6%. A pesar de haberse cumplido con la meta, se continúan los esfuerzos relacionados con este programa.	El resultado final para el 2025 fue de 75.8%, continuando los esfuerzos en este tema. Para 2026, se proyecta mantener las estrategias que se han implementado como método de evaluación de cumplimiento de guías clínicas, a través de una retroalimentación prospectiva diaria por parte del programa. También, reforzar el trabajo de educación con médicos cirujanos, para incentivar la prescripción correcta de antibióticos profilácticos en pacientes quirúrgicos que requieren hospitalización, entre otros detalles.	75,8%	Qt
GRI 20	A partir de evaluaciones del Net Promoter Score (NPS), se ha identificado la necesidad de fortalecer la experiencia del paciente buscando canales de información más automatizados y robustos.	Seguridad y Experiencia del Paciente	Mejorar la comunicación con los pacientes y redefinir y fortalecer los protocolos de manejo de quejas y sugerencias.	Aumentar el NPS en un 5% en los próximos 12 meses.	Net Promoter Score	1	Dec-26	La Dirección de Experiencia y el Coordinador de Experiencia del Paciente.	Se llevarán a cabo encuestas regulares de NPS, implementación de feedback en tiempo real, sesiones de capacitación para el personal en contacto directo con clientes, y actualización de políticas internas para priorizar la experiencia del cliente.	PL.CSC Plan de gestión de experiencia al paciente.	Los datos recolectados producto de la realimentación de los pacientes se usarán para hacer análisis detallados de sus opiniones para identificar patrones y tendencias. Así mismo, estas opiniones serán clasificadas en categorías para abordar áreas específicas de mejora priorizando las acciones correspondientes. Luego se comunicará a los pacientes las acciones tomadas como resultado de su participación.	A partir de evaluaciones del Net Promoter Score (NPS), se ha identificado la necesidad de fortalecer la experiencia del paciente buscando canales de información más automatizados y robustos. El impacto actual ubica este indicador en un valor de 79,4.	NPS: 71.64 como parte del uso de la nueva herramienta Qualtrics XM. Los 2 indicadores relacionados con las quejas de los pacientes se ha decidido eliminarlos, y en su lugar dar mayor énfasis al NPS considerando la importancia que posee al medir este nivel de recomendación de nuestros Pacientes hacia otros potenciales clientes. La meta para 2025 es subir este valor a 75.22 (5% del valor del 2024)	El indicador del 2025 fue de 69. En 2025 se amplió la cobertura de la medición incorporando nuevas poblaciones y servicios: Endoscopia, Centro de Vacunación, Maternidad, Cirugía, Hospitalización y los servicios de la nueva sede Aleste. Se identificó Urgencias como el principal punto de insatisfacción, con impacto predominante del tiempo de espera para ser atendidos por el médico y del tiempo de espera para la aplicación de inyectables, ante lo cual se reforzaron plazas y se optimizó el proceso de farmacia en Urgencias. Se continuarán los esfuerzos asociados.	69,00%	Qt
GRI 21	La seguridad de la información y los servicios médicos de los pacientes son robustos asegurando no solo la calidad de la atención sino también la disponibilidad y confidencialidad de los datos.	Seguridad de la Información	La capacidad de conocer nuestra postura de seguridad tanto interna como externa.	Implementar nuevas medidas de ciberseguridad para mejorar la postura de seguridad de la información del Hospital (análisis de postura de seguridad interno y externo).	Informes de postura de seguridad interno y externo e iniciativas y planes de remediación cuando apliquen	1	Dec-26	Tecnologías de la Información	Planes de trabajo y seguimiento: interno (semanal) y externo (semanal), cortes trimestrales en Sostenibilidad	Política de Seguridad de la Información (PO.IN-001) / PR.IN-035 Monitoreo de servidores de sistemas informáticos, PR.IN-008 Procedimiento de monitoreo del servicio de red.	Proveedores: informes y recomendaciones / Pacientes: reporte de incidentes y en la propia atención desde el punto de vista de información	La seguridad de la información y los servicios médicos de los pacientes son robustos asegurando no solo la calidad de la atención sino también la disponibilidad y confidencialidad de los datos.	Para el año 2025 el Hospital seguirá trabajando en mejorar sus estándares y postura de seguridad de la información, impulsados principalmente en las fortalezas, hallazgos y oportunidades de mejora que muestre el proceso de certificación HIMSS en el cumplimiento de los requisitos necesarios en materia de ciberseguridad. El proceso de certificación HIMSS EMRAM inició recientemente a finales del 2024 y la meta del Hospital es lograr la certificación nivel 5 en el segundo semestre del 2026.	Como parte de la gestión de 2025 se realizaron acciones importantes de Ciberseguridad y resiliencia digital, como la implementación de arquitecturas tecnológicas más seguras desde el diseño inicial, el desarrollo de la nueva sede Aleste bajo principios de segmentación de red y control de accesos, el fortalecimiento de las capacidades de respaldo (backups) de los sistemas críticos, la mejora de los mecanismos de recuperación ante desastres y continuidad operativa, entre otros.	100%	QI
* Los impactos GRI 11 y GRI 12 fueron eliminados de la lista, luego del análisis de materialidad realizado en 2025. Estos números quedarán disponibles para ser usados luego en caso de serra necesario.																

Gobernanza

Tema material: Cambio Climático (impacto GRI 22)

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

Miembros Junta Directiva ASEMECO



Sr. Esteban R. Brenes Castro.
Presidente



Dra. Natalie Naranjo Galloni.
Vicepresidente



Sr. Tomás Monterroso A.
Secretario



Sr. Rafael Ramírez G.
Tesorero



Sr. Marco Cercone C.
Vocal



Sr. Marco Pérez Bonilla.
Fiscal

En 2025, el Hospital documentó un primer plan de adaptación al cambio climático, relacionado con riesgos físicos por un incremento de las lluvias y eventos climáticos, que supone un nivel importante de preparación de nuestro Hospital. Como parte del análisis, se han proyectado mejoras para los próximos años, superiores a los 2 millones de dólares, con el fin de reforzar las condiciones de nuestras plantas eléctricas. Finalmente, logramos implementar con nuestros grupos de interés una encuesta por medio de

la herramienta Qualtrics, a través de la cual reafirmamos la identificación de los impactos ambientales, sociales y económicos de nuestro Hospital, consolidando con ello, los compromisos de sostenibilidad que seguimos desarrollando hacia el año 2030. En las siguientes imágenes se pueden observar la herramienta que fue utilizada con los grupos de interés y la invitación generada, para reforzar el análisis de materialidad que fue actualizado en 2025.

Estimados grupos de interés:

En el marco de **nuestros compromisos con la Sostenibilidad hacia el año 2030**, les invitamos a participar en una encuesta que les tomará aproximadamente **3 minutos**.

Nuestro objetivo es conocer su opinión acerca de los posibles impactos que puede generar nuestra operación en los **entornos ambiental, social y económico**.

Esta información será clave para seguir construyendo juntos un futuro más sostenible.



We thank you for your time spent taking this survey.
Your response has been recorded.

Queremos conocer su opinión sobre nuestra gestión sostenible en los siguientes ejes: ambiente, social, economía y gobernanza. Cualquier consulta adicional se puede comunicar al correo aalvarado@clinicabiblica.com. Muchas gracias.

¿Cuál es su relación con la Clínica Bíblica?

☐ Médico

☐ Proveedor

☐ Aseguradora

☐ Farmacéutica

☐ Paciente

☒ Colaborador

¿Cuánto tiempo lleva relacionado con nuestra organización?

☐ Menos de 1 año

☐ 1 - 2 años

☒ Más de 2 años

¿Conoce la política de sostenibilidad y compromisos de gestión que hemos asumido en Clínica Bíblica hacia el año 2030?

☐ Si

☒ No

¿Su organización posee una política de sostenibilidad?

☒ Si

☐ No

Si tiene esta política, ¿ha incluido objetivos y metas relacionados?

☒ Si

☐ No

204-1 Proporción de gasto en proveedores locales

La proporción de gastos con compradores locales en el Hospital Clínica Bíblica ha sido de un 99% tanto para 2023 como para 2024 y de un 100% en 2025, ya que no se realizaron compras con proveedores internacionales en este último año.

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



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



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

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

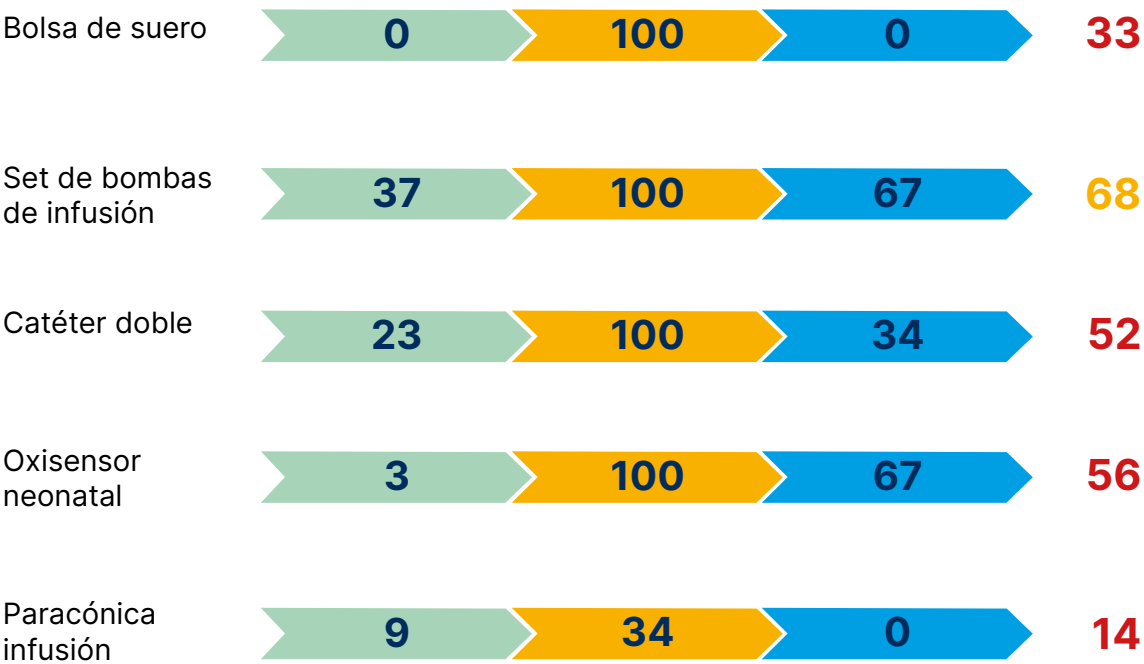
414-1 Nuevos proveedores que han pasado filtros de selección de acuerdo con criterios sociales

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

En 2025 se logró desarrollar un primer plan piloto de compras sostenibles, proyectando lo que será la futura implementación de este programa en los próximos años. Por su parte, se han reforzado con miembros del Gobierno Corporativo, ejercicios de sensibilización y capacitación en materia de sostenibilidad. En las siguientes figuras, se muestran las preguntas que fueron usadas en este análisis y también los resultados del plan piloto de Compras Sostenibles donde se puede visualizar como en las aristas ambiental y económica, bajo una serie de consultas específicas para estos insumos, se realizó su evaluación preliminar.

Categoría	Criterio	Evidencia
Económico	El oferente corresponde a un proveedor local (nacional)	Evidencia: adjuntar documento autorizado por Alta Dirección que demuestre ubicación de las instalaciones del oferente y sus operaciones.
	El oferente es un consorcio PYME según lo establece la Ley N°9576	Evidencia: aportar licencia vigente de constitución emitida por el MEIC.
	El oferente ha contribuido en la creación de empleo y trabajo decente en el país	Evidencia: adjuntar documento firmado por Alta Dirección que demuestre aumento de cantidad de personal contratado en los últimos dos años completos.
Ambiental	El oferente utiliza recursos sin comprometer entornos ecológicos	Evidencia: adjuntar evidencia general de productos que ofrecen con certificaciones como por ejemplo: Uso de papel Forest Stewardship Council (FSC), PEFC, Ecolabel (EU Ecolabel, Ángel Azul, Cisne Nórdico, tipo I o el MINAE).
	El oferente o producto utiliza materiales reciclados, reciclables, biodegradables o compostables (en el bien o servicio ofertado)	Evidencia: adjuntar evidencia general de productos que ofrece con certificaciones como por ejemplo, que demuestren biodegradabilidad o compostabilidad de productos (TUV Austria OK biobased, OK compost), certificado emitido por el ECA según norma ISO IEC 17025, RCM111. En caso de que el producto consignado en el título del formulario sea líquido, se verificará el parámetro de Sustancias Activas al Azul de Metileno en aguas residuales (presentación de análisis de laboratorio a coordinar con el Hospital).
	El oferente ha identificado los posibles eventos climáticos que pueden afectar su organización y sus estrategias para reducir el riesgo de desabastecimiento ante estos eventos, con el fin de no afectar la entrega de insumos a nuestro Hospital?	Evidencia: incluir información relacionada con la ubicación de sus almacenes, centros de distribución y rutas de transporte, por ejemplo posibles inundaciones en estas áreas, o en las propias rutas de entrega, así como su plan de contingencia, incluyendo además sus estrategias de diversificación para afrontar estos eventos (reducción de dependencia de un solo proveedor) o por ejemplo la implementación de estrategias de Nearshoring como mecanismo de regionalización de sus procesos de abastecimiento para reducir su dependencia de las cadenas de suministro globales que pueden ser vulnerables a los impactos del cambio climático.
	El oferente mantiene implementado algún reconocimiento ambiental o certificación, sea nacional o internacional (PAE, Carbono Neutralidad (cualquier categoría), ISO 14001, ISO 50001, Declaración Ambiental de Producto (DAP), entre otros)	Evidencia: para el caso de los fabricantes, adjuntar documento que demuestre la certificación o vigencia del reconocimiento ante los distribuidores, además de adjuntar su evidencia, solicitar al fabricante la documentación equivalente (en caso de que la misma).
	El producto específico que se solicita evaluar en este formulario, no contiene sustancias que sean tóxicas o esté en formulación, con concentraciones superiores a 50 ppm. Estos están de ácido fénico son plastificantes que se usan para dar flexibilidad a los plásticos y que son tóxicos	Evidencia: presentar ficha técnica de fabricación del insumo consignado en el título del formulario.
	El producto específico que se solicita evaluar en este formulario, no cuenta con plásticos alternativos para envases o accesorios para que sean innecesarios	Evidencia: presentar ficha técnica de fabricación del insumo consignado en el título del formulario. Preferiblemente no aceptan materiales 'OXO'.
	El producto específico que se solicita evaluar en este formulario, no utiliza embalajes secundarios y terciarios (en caso de aplicar) son de material reciclado	Evidencia: presentar lista de materiales de embalaje y sus fichas técnicas para el insumo consignado en el título del formulario. Preferiblemente no aceptan materiales 'OXO'.
Social	El oferente cuenta con una política documentada en implementación en cuanto a la igualdad de género, no discriminación, prohibición de trabajo infantil, contra el acoso, entre otros temas de relevancia social	Evidencia: aportar política documentada, firmada por Alta Dirección.
	El oferente cuenta con una política de promoción de la salud física y mental, bienestar y seguridad laboral	Evidencia: aportar política documentada, firmada por Alta Dirección.
	El oferente se encuentra al día en sus obligaciones tributarias	Evidencia: adjuntar evidencia de estar al día en el Ministerio de Hacienda, Municipalidad y cargas sociales (CCSS).

Compras sostenibles A → S → E Nota (1 a 100)



Tema material: Gobernanza y ética (impacto GRI 24)

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

- Evaluaciones de riesgo de corrupción:

PERÍODO	ACTIVIDAD O ÁREA	DELIMITACIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
2023	PROVEEDORES	Evaluación de riesgo inherente de contratos	87	100%
	ASOCIADOS	Todos los Asociados Activos de ASEMECO	15	100%
2024	PROVEEDORES	Evaluación de riesgo inherente de contratos	86	100%
	ASOCIADOS	Todos los Asociados Activos de ASEMECO	15	100%
2025	PROVEEDORES	Evaluación de riesgo inherente de contratos	92	100%
	ASOCIADOS	Todos los Asociados Activos de ASEMECO	15	100%

- Riesgos de corrupción:

TOTAL DE RIESGOS REPORTADOS	PERÍODO
0	2023
0	2024
0	2025

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

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

PERÍODO	CATEGORÍA DE MIEMBRO	CANTIDAD	PORCENTAJE	REGIÓN
2023	Todos los Asociados Activos y Asociados de Honor de ASEMECO.	17	100%	Gran Área Metropolitana
2024	Todos los Asociados Activos y Asociados de Honor de ASEMECO.	17	100%	Gran Área Metropolitana
2025	Todos los Asociados Activos y Asociados de Honor de ASEMECO.	17	100%	Gran Área Metropolitana

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

EMPLEADOS	COMPAÑÍA
1098	ASEMECO y ANVECO S.A.
1301	ASEMECO y ANVECO S.A.
1662	ASEMECO y ANVECO S.A.

CATEGORÍA LABORAL	Cantidad 2023	Cantidad 2024	Cantidad 2025
Directores y Gerentes	11	16	20
Personal Médico	116	112	116
Personal de Enfermería	315	238	302
Personal de Farmacia	82	82	90
Personal de Contabilidad y Tesorería	40	20	25
Cajeros	102	149	133
Personal Administrativo	135	214	384
Personal Técnico Altamente Capacitado (Tecnologías de la información, Ingenierías)	25	27	27
Personal Operativo	272	443	565
Total	1098	1301	1662

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

PERÍODO	SOCIOS	CANTIDAD	PORCENTAJE	REGIÓN
2023	Proveedores	47	100%	Gran Área Metropolitana
2024	Proveedores	130	100%	Gran Área Metropolitana
2025	Proveedores	111	100%	Gran Área Metropolitana

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

CATEGORÍA DE MIEMBRO	CANTIDAD	PERÍODO	PORCENTAJE	REGIÓN
Todos los Asociados Activos y Asociados de Honor de ASEMECO.	17	2023	100%	Gran Área Metropolitana
Todos los Asociados Activos y Asociados de Honor de ASEMECO.	17	2024	100%	Gran Área Metropolitana
Todos los Asociados Activos y Asociados de Honor de ASEMECO.	17	2025	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
0	2024
0	2025

CATEGORÍA	INCIDENTES	TIPO DE SANCIONES APLICADAS	PERÍODOS
EMPLEADOS	0	Despidos (0) Otras sanciones (0)	2023,2024 y 2025
ASOCIADOS	0	Suspensión de la condición (0)	2023,2024 y 2025
PROVEEDORES	0	Recisiones a contratos (0)	2023,2024 y 2025
CASOS JURÍDICOS	0	Procesos en contra de la institución (0) Procesos en contra de algún empleado (0)	2023,2024 y 2025

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

# impacto		Tema material	Objetivo	Meta	Indicador	Compromisos de gestión 2026	Fecha para meta	Responsable primario	Actividades y proceso de seguimiento	Políticas o compromisos en tema material / e. Procedimientos de gestión donde incorporar acciones	Como influye la participación de grupos de interés en medidas adoptadas y como se usa su realimentación para mejora	Línea base 2023	Resultados 2024 (justificación)	Resultados 2025 (justificación)	% de avance 2025	Cualitativo (QI) / Cuantitativo (Qt)
GRI 22	Riesgos para equipamiento, suministros e infraestructura que podría requerir reparaciones costosas o incluso reconstrucción de instalaciones dañadas debido a eventos climáticos como sequías, inundaciones, olas de calor, y huracanes.	Cambio Climático	Reducción del riesgo relacionado con impactos reales y potenciales ESG y de clima en función de la materialidad financiera y no financiera con respecto al Hospital.	Definición de un plan de gestión de riesgos ASG y de clima asociado a los temas materiales financieros y no financieros.	Materialidad financiera y no financiera para determinar los temas a reportar tanto en GRI como en S1 y S2 y sus respectivos planes de mejora.	1	Dec-27	Gerencia de Calidad y Ambiente / Dirección Financiera	Análisis de riesgos de cambio climático por realizar finalmente en 2025 y, luego, por medio de acciones que sean derivadas de dicho análisis en el mediano plazo (2030). Además, se estarán incorporando procesos de Debida Diligencia por parte de la Gerencia de Calidad y Ambiente que incluyan el diseño proyectado de los grupos de interés para futuros ejercicios de materialidad. De igual forma, el proceso de debida diligencia se integra en todos los temas materiales, lo anterior entre 2026 y 2027.	Política ambiental / El procedimiento se estará desarrollando en esta temática.	Por medio de los estados financieros auditados para mostrar los resultados en S1 y S2 y también el reporte de Sostenibilidad GRI.	Riesgos para equipamiento, suministros e infraestructura que podría requerir reparaciones costosas o incluso reconstrucción de instalaciones dañadas debido a eventos climáticos como sequías, inundaciones, olas de calor, y huracanes.	Análisis de brecha EY / adquisición de herramienta de proyecciones climáticas y procedimientos de gestión de riesgos climáticos. Todo lo anterior como parte de los requisitos del capítulo GHI de la acreditación por parte de Joint Commission y también el cumplimiento proyectado de las normas NIIF S1 y S2 que entrarán a regir en 2027, con la primera publicación de los estados financieros considerando los riesgos ASG en 2028, en integración con los estados financieros.	Se documentó un primer plan de adaptación al cambio climático, relacionado con riesgos físicos por un incremento de las lluvias y eventos climáticos, que supone un nivel importante de preparación de nuestro Hospital queriendo para ello reforzar las condiciones de nuestras plantas eléctricas, con una inversión aprobada superior a los 2 millones de dólares para los próximos años.	75%	QI
GRI 23	Ausencia de criterios estandarizados para las actividades de compras, lo anterior relacionado con la gestión ambiental y social para los insumos más críticos.	Cadena de valor	Generar una estructura estandarizada para las actividades de compras, lo anterior relacionado con la gestión ambiental y social para los insumos más críticos.	En un lapso de 3 años se proyecta la implementación de mecanismos para ejecutar el 100% de compras sostenibles para los contratistas críticos, agrupándoles en sectores para el desarrollo de este programa (17 proveedores de Medicamentos e Insumos Médicos).	Porcentaje de contratistas críticos por año abordados en esta trazabilidad.	1	Dec-27	Proveeduría / Gerencia de Calidad y Ambiente	Ordenes de compra / Contando con el apoyo de la Gerencia de Calidad y Ambiente junto con la Proveeduría para la trazabilidad de las compras. Participación en aceleradora de cadena de valor para complementar este modelo de aprendizaje.	RG-PR-001 Reglamentos de compras.	Reuniones periódicas con los proveedores (y solicitud de documentos). La organización busca establecer criterios estandarizados para las compras, especialmente para insumos críticos, con un enfoque en aspectos ambientales y sociales. El área de Proveeduría desempeña un papel crucial en la aplicación y seguimiento de estas medidas.	Ausencia de criterios estandarizados para las actividades de compras, lo anterior relacionado con la gestión ambiental y social para los insumos más críticos.	A finales del 2024 se adquirió el nuevo ERP del Hospital (Sistema de Planificación de Recursos). Como parte de esta nueva herramienta, se proyecta en 2025, la integración de la nueva herramienta de Compras Sostenibles, que será desarrollada a través de este portal con los proveedores críticos definidos en este plan de sostenibilidad. El esquema de esta herramienta fue diseñado finalmente en 2024 y solo resta aplicarlo en la nueva herramienta ERP en 2025.	Se logró desarrollar un primer plan piloto de compras sostenibles, proyectando lo que será la futura implementación de este programa en los próximos años. Como parte de este plan piloto se evaluaron 5 insumos que son adquiridos por el Hospital al evaluar las bolsas de suero, el set de bombas de infusión, el catéter doble, el oxisensor neonatal y la paracónica infusión. En esta revisión se evaluaron criterios ambientales, sociales y económicos, con resultados positivos en materia social y con algunas brechas en las áreas ambiental y económica que servirá como punto de partida para su implementación posteriormente en el ERP. El plan piloto consideró el uso de esta nueva plataforma, generando un ejercicio muy positivo en este primer acercamiento.	50%	QI
GRI 24	Vigilancia y procesos de mejora continua en materia de ética, gobernanza y gestión anticorrupción, que la Junta Directiva realiza sobre los órganos colegiados (diversidad de comisiones, por ejemplo en Auditoría y Riesgos, Ética, Acción Social, Educación e Investigación, Asuntos Jurídicos, Gestiones de Talento y nuevos negocios) que son clave para el impacto general en la Institución.	Gobernanza y ética	Establecer estrategias para maximizar los esfuerzos existentes en materia de vigilancia y procesos de mejora continua en materia de ética, gobernanza y gestión anticorrupción.	Reforzar los procedimientos para el monitoreo de todos estos esfuerzos de mejora continua.	Actualización de los principales documentos vigentes dentro de la organización, relativos a las materias de gobernanza, ética, y procesos anticorrupción.	1	Dec-26	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.	Vigilancia y procesos de mejora continua en materia de ética, gobernanza y gestión anticorrupción, que la Junta Directiva realiza sobre los órganos colegiados (diversidad de comisiones, por ejemplo en Auditoría y Riesgos, Ética, Acción Social, Educación e Investigación, Asuntos Jurídicos, Gestiones de Talento y nuevos negocios) que son clave para el impacto general en la Institución.	Automatización de evaluaciones a miembros de JD, así como la implementación de la declaración de conflictos de interés para miembros de JD. Además, se actualizó y aprobó la política de sostenibilidad.	Por su parte, hemos venido reforzando con miembros del Gobierno Corporativo, ejercicios de sensibilización y capacitación en materia de sostenibilidad. Finalmente, logramos implementar con nuestros grupos de interés una encuesta por medio de la herramienta Qualtrics, a través de la cual reafirmamos la identificación de los impactos ambientales, sociales y económicos de nuestro Hospital, consolidando con ello, los compromisos de sostenibilidad que seguimos desarrollando hacia el año 2030.	100%	QI

4. Sección 4: Índice de referencia GRI

Índice de Contenidos GRI

Declaración de uso: el Hospital Clínica Bíblica ha presentado la información citada en este índice de contenidos GRI para el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2025 utilizando como referencia los Estándares GRI.

GRI 1 usado GRI 1: Fundamentos 2021

Estándar GRI	Contenido	Página
	Mensaje Institucional de la Dirección General	4
	Alcance	6
	Sección 1: Contenidos generales	7
	2.1 Detalles organizacionales	8
	2.2 Entidades incluidas en la presentación de este informe	9
	2.3 Periodo del informe, frecuencia y punto de contacto	10
	2.4 Actualización de la información	10
	2-5 Verificación externa	10
	2-6 Actividades, cadena de valor y otras relaciones comerciales	10
	2-7 Empleados	12
	2-9 Estructura de Gobernanza	16
	2-10 Designación y selección del máximo órgano de Gobierno	20
	2-11 Presidente del máximo órgano de Gobierno	21
	2-12 Función del máximo órgano de Gobierno en la supervisión de la gestión de los impactos	21
	2-13 Delegación de la responsabilidad de gestión de los impactos	21
	2-14 Función del máximo órgano de Gobierno en la presentación de informes de sostenibilidad	21
	2-16 Comunicación de inquietudes críticas	21
	2-17 Conocimientos colectivos del máximo órgano de gobierno	21
	2-24 Incorporación de los compromisos y políticas	21
	2-25 Procesos para remediar los impactos negativos	21
	2-26 Mecanismos para solicitar asesoramiento y plantear inquietudes	21
	2-29 Enfoque para la participación de los grupos de interés	21
	2-15 Conflictos de interés	22
	2-18 Evaluación del desempeño del máximo órgano de gobierno	23

2-22 Declaración sobre la estrategia de desarrollo sostenible	23
2-23 Compromisos y políticas	24
2-27 Cumplimiento de la legislación y las normativas	24
2-28 Afiliación a asociaciones	26
2-30 Convenios de negociación colectiva	26
Sección 2: Acreditaciones y Objetivos de Desarrollo Sostenible	27
Sección 3.1: determinación de los temas materiales GRI 3-1 y 3-2	30
GRI 3: Temas Materiales 2021	
3-1 Proceso de determinación de los temas materiales	31
3-2 Lista de temas materiales	32
3-3 Gestión de los temas materiales (cuadro resumen)	36
Sección 3.2: Temas materiales y compromisos de gestión GRI 3-3	38
Dimensión Ambiental	
Tema material: Gestión de la Energía (impacto GRI 1)	39
GRI 302: Energía 2016	
302-1 Consumo de energía dentro de la organización	39
302-3 Intensidad energética	39
302-4 Reducción del consumo energético	39
Tema material: Gestión de las aguas residuales (impacto GRI 2)	46
GRI 303: Agua y efluentes 2018	
303-2 Gestión de los impactos relacionados con el vertido de agua	46
Tema material: Emisiones (impacto GRI 3)	47
GRI 305: Emisiones 2016	
305-1 Emisiones directas de GEI (alcance 1)	48
305-2 Emisiones indirectas de GEI asociadas a la energía (alcance 2)	48
305-3 Otras emisiones indirectas de GEI (alcance 3)	48
305-4 Intensidad de las emisiones de GEI	48
305-5 Reducción de las emisiones de GEI	48
Tema material: Residuos (impacto GRI 4)	57
GRI 306: Residuos 2020	
306-1 Generación de residuos e impactos significativos relacionados con los residuos	57
306-2 Gestión de impactos significativos relacionados con los residuos	57

306-3 Residuos generados	57
306-4 Residuos no destinados a eliminación	57
306-5 Residuos destinados a eliminación	57
GRI 413: Comunidades locales 2016	
413-1 a-iii. Operaciones con programas de participación de la comunidad local, evaluaciones del impacto y desarrollo	64
GRI 3: Temas Materiales 2021	
3-3 Gestión de los temas materiales (dimensión Ambiental)	66
Dimensión Social	
Tema material: Gestión laboral (impactos GRI 5, 6 y 7)	68
GRI 401: Empleo 2016	
401-1 Contrataciones de nuevos empleados y rotación del personal	68
GRI 405: Diversidad e igualdad de oportunidades 2016	
405-1 Diversidad de empleados	77
GRI 410: Prácticas en materia de seguridad 2016	
410-1 Personal de seguridad capacitado en políticas o procedimientos de derechos humanos.	79
Tema material: Seguridad de Contratistas (impactos GRI 8)	79
GRI 403: Salud y seguridad en el trabajo 2018	
403-2 Identificación de peligros, evaluación de riesgos e investigación de incidentes	79
403-4 Participación de los trabajadores, consultas y comunicación sobre salud y seguridad en el trabajo	81
403-8 Cobertura del sistema de gestión de la salud y la seguridad en el trabajo	82
403-9 Lesiones por accidente laboral	82
403-10 Las dolencias y enfermedades laborales	83
Tema material: Salud y Seguridad del Personal (impactos GRI 9)	83
GRI 403: Salud y seguridad en el trabajo 2018	
403-1 Sistema de gestión de la salud y la seguridad en el trabajo	83
403-2 Identificación de peligros, evaluación de riesgos e investigación de incidentes	84
403-3 Servicios de Salud en el Trabajo	85
403-4 Participación de los trabajadores, consultas y comunicación sobre salud y seguridad en el trabajo	86
403-9 Lesiones por accidente laboral	87
403-10 Las dolencias y enfermedades laborales	92

Tema material: Bienestar y desarrollo comunitario (impactos GRI 10, 13, 14 y 15)	93
GRI 413: Comunidades locales 2016	
413-1 Operaciones con programas de participación de la comunidad local, evaluaciones del impacto y desarrollo	93
413-2 Operaciones con impactos negativos significativos –reales o potenciales– en las comunidades locales	105
Tema material: Seguridad y Experiencia del Paciente (impactos GRI 16, 17, 18, 19 y 20)	108
Implementación del sistema de seguridad de bebés	108
Cirugías seguras	108
Cambio en el sistema de expediente digital	112
Programa PROA	113
Experiencia del Paciente	117
Tema material: Seguridad de la Información (impacto GRI 21)	120
GRI 3: Temas Materiales 2021	
3-3 Gestión de los temas materiales (dimensión Social)	122
Dimensión Gobernanza	
Tema material: Cambio Climático (impacto GRI 22)	132
GRI 201: Desempeño económico 2016	
201-2 Implicaciones Financieras y otros riesgos y oportunidades derivados del cambio climático	132
Tema material: Cadena de Valor (impacto GRI 23)	134
GRI 204: Prácticas de abastecimiento 2016	
204-1 Proporción de gasto en proveedores locales	134
GRI 308: Evaluación ambiental de proveedores 2016	
308-1 Nuevos proveedores que han pasado filtros de selección de acuerdo con criterios ambientales	134
308-2 Impactos ambientales negativos en la cadena de suministro y medidas tomadas	134
GRI 414: Evaluación social de los proveedores 2016	
414-1 Nuevos proveedores que han pasado filtros de selección de acuerdo con criterios sociales	134
414-2 Impactos sociales negativos en la cadena de suministro y medidas tomadas	134

Tema material: Gobernanza y ética (impacto GRI 24)	137
GRI 205: Anticorrupción 2016	
205-1: Operaciones evaluadas en función de los riesgos relacionados con la corrupción	137
205-2: Comunicación y formación sobre políticas y procedimientos anti-corrupción	137
205-3: Incidentes de corrupción confirmados y medidas tomadas	137
GRI 3: Temas Materiales 2021	
3-3 Gestión de los temas materiales (dimensión Gobernanza)	140
Sección 4: Índice de referencia	142





Hospital Clínica Bíblica Sede San José
Hospital Clínica Bíblica Sede Santa Ana
Hospital Clínica Bíblica Sede Aleste

Central Telefónica: +506 2522 1000
Whatsapp: +506 8595 7000
www.clinicabiblica.com