



Universidad de Valladolid



ESCUELA DE INGENIERÍAS INDUSTRIALES

PROYECTO FIN DE MASTER EN LOGÍSTICA

ACTUALIZACIÓN DE LA MEMORIA DE RSC PARA EL ÁREA DE SALUD VALLADOLID OESTE



Autor: Héctor Redondo Pérez

Tutor: Manuel Gento Muncio

Valladolid, Septiembre 2016

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 MOTIVO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.....	1
1.2 OBJETIVOS DEL PROYECTO	3
1.3 ALCANCE	3
1.4 ESTRUCTURA DEL PROYECTO	3
2. ÁREA DE SALUD VALLADOLID OESTE.....	5
3. ¿QUÉ ES LA RSC?.....	15
3.1 DEFINICIÓN	15
3.2 NORMATIVA EN MATERIA DE RSC.....	16
3.2.1 NORMA SA 8.000	16
3.2.2 NORMA AA1000	19
3.2.3 NORMA ISO 26000.....	22
3.2.4 NORMA SGE 21	25
3.2.5 NORMA UNE 165010EX.....	27
3.2.6 NORMA SR 10	28
3.2 GRI (GLOBAL REPORTING INITIATIVE)	29
3.3 FORÉTICA	31
3.4 AENOR.....	32
4. PRINCIPALES CAMBIOS ENTRE LA NORMATIVA GRI 3.1 Y GRI 4.0.....	35
1. ESTRATEGIA Y ANÁLISIS	36
2. PERFIL DE LA ORGANIZACIÓN.....	36
CONTENIDO G10.....	36
CONTENIDO G11.....	37
CONTENIDO G12.....	37
CONTENIDO G14.....	37
CONTENIDO G15.....	37
3. ASPECTOS MATERIALES Y COBERTURA	37
CONTENIDO G17.....	38
CONTENIDO G19.....	38
CONTENIDO G20.....	38
CONTENIDO G21.....	38
CONTENIDO G23.....	39
4. PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS	39

5. PERFIL DE LA MEMORIA	39
6. GOBIERNO.....	40
CONTENIDO G35.....	41
CONTENIDO G36.....	41
CONTENIDO G37.....	41
CONTENIDO G38.....	41
CONTENIDO G41.....	42
CONTENIDO G43.....	42
CONTENIDO G44.....	42
CONTENIDO G45.....	42
CONTENIDO G46.....	42
CONTENIDO G47.....	42
CONTENIDO G48.....	42
CONTENIDO G49.....	42
CONTENIDO G50.....	43
CONTENIDO G51.....	43
CONTENIDO G52.....	43
CONTENIDO G53.....	43
CONTENIDO G54.....	43
CONTENIDO G55.....	43
7. ÉTICA E INTEGRIDAD.....	44
CONTENIDO G56.....	44
CONTENIDO G57.....	44
CONTENIDO G58.....	44
5. ESTUDIO ECONÓMICO.....	49
5.1 INTRODUCCIÓN	49
5.2 JERARQUÍA EN EL PROYECTO	49
5.3 FASES DE DESARROLLO.....	50
5.4 ESTUDIO ECONÓMICO.....	52
5.4.1 HORAS EFECTIVAS SEMESTRALES Y TASAS HORARIAS DE PERSONAL	52
5.4.2 CÁLCULO DE LAS AMORTIZACIONES PARA EL EQUIPO INFORMÁTICO	53
5.4.3 COSTE DEL MATERIAL CONSUMIBLE	54
5.4.4 COSTES INDIRECTOS	54
5.4.5 HORAS DE PERSONAL DEDICADAS A CADA FASE DEL PROYECTOS.....	55

5.4.6 COSTES ASIGNADOS A CADA FASE DEL PROYECTO.....	55
5.4.6.1 FASE 1: ANÁLISIS DE LA MEMORIA EXISTENTE	55
5.4.6.2 FASE 2: RECOPIACIÓN Y BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN	56
5.4.6.3 FASE 3: REDACTAR LOS CAMBIOS DE LA GRI 4.0	56
5.4.6.4 FASE 4: ELABORAR UNA GUÍA ESPECÍFICA ADAPTADA.....	57
5.4.6.5 FASE 5: OBTENCIÓN DE DATOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y AMBIENTALES	57
5.4.6.5 FASE 6: REDACCIÓN DE LA MEMORIA.....	58
5.4.7 CÁLCULO DEL COSTE TOTAL	59
6. CONCLUSIONES Y FUTUROS DESARROLLOS	61
6.1 CONCLUSIONES.....	61
6.2 FUTUROS DESARROLLOS	62
7. BIBLIOGRAFIA	65
8. ANEXOS.....	69

1. INTRODUCCIÓN

1.1 MOTIVO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

La importancia que está adquiriendo la Responsabilidad Social en las empresas y lo amparada que está mediante organismos de promoción y difusión, así como normas estandarizadas hacen pensar que no va a ser una moda pasajera, y que realmente aunque no reporte un valor económico a la empresa como tal, si permitirá posicionar a la empresa como una institución responsable, que contribuye a la sociedad, al medio ambiente y que respeta los derechos humanos y las condiciones laborales de trabajo dignas.

Diversos organismos como Global Initiative Reporting (GRI) dedican esfuerzos a diseñar normas con contenidos estandarizados y claros para las empresas, que permitan comprobar y mejorar su situación actual con el objetivo de elaborar una memoria de sostenibilidad que muestre sus avances en la materia. GRI en su última actualización de la norma ha obtenido una mejora muy grande, donde la guía de elaboración de la memoria ha ganado en precisión y en estructuramiento de la información.

Otros organismos como Forética actúan de forma diferente, trazando alianzas internacionales y agrupando conocimientos por medio de foros de profesionales en los que siempre se produce un aprendizaje. Además establecen relaciones con las empresas implicadas y Forética a su vez difunde el listado de empresas que mejores prácticas han tomado en el tema a fin de que sirvan de ejemplo a las nuevas instituciones que deseen incorporar el término y todo lo que ello supone a su organización.

Por último, AENOR es una entidad española, que no está tan especializada como las anteriores pero que permite certificarse a las empresas en una gran variedad de áreas. AENOR trata la responsabilidad social en su norma ISO 26000, sin embargo, esta no es certificable, como sí lo son el resto de normas de la familia ISO.

Multitud de expertos coinciden en que éste será un proceso diferenciador que permita a las empresas exponer su credibilidad, que tan en duda ha estado en los tiempos de crisis. Responsabilidad social engloba términos como: transparencia, ética, rigor financiero, sostenibilidad, contribución a la sociedad, respeto a los derechos humanos y laborales, así como preocupación por reducir el número de impactos, y por reducir aspectos como la contaminación, lluvia ácida o deforestación.

Las empresas muchas veces son vistas como las culpables de la situación medioambiental, pero esto puede cambiar si se demuestra que día a día se lucha por reducir el número de impactos a la atmósfera o suelos.

Actualmente se trata de disposiciones voluntarias, pese a que la mayoría ve como indispensable y como necesario que las empresas incorporen las medidas que implica la Responsabilidad Social. Por ello, los gobiernos son quien tienen la clave para demostrar su preocupación por el tema y por proponer una legislación que regule qué buenas prácticas deben incorporar las empresas y qué procedimientos sancionadores se aplicarán en caso de que no se cumpla la norma.

El peligro reside en gran parte en que muchas empresas emplean el hecho de difundir una memoria y de asociarse con el término de responsabilidad social corporativa como un mero proceso de marketing o publicidad, sin entender que esto debe ser un proceso que vaya mucho más allá y en el que se vigile la cadena de suministro entera para asegurar la total credibilidad de la empresa.

En muchos casos se confunde con la filantropía. Es decir con ayudas humanitarias, proyectos de rehabilitación de selvas o múltiples ejemplos de ayuda desinteresada.

Por ello es muy necesario documentarse bien y apoyarse en instituciones de confianza para entender el concepto.

Dicho concepto fue definido precisamente por la Comisión Europea en su [Libro Verde \(2001\)](#), como:

“La RSC es la integración voluntaria por parte de las empresas de las preocupaciones sociales y ambientales en sus operaciones comerciales y en sus relaciones con sus interlocutores”.

Por otra parte como ya decía Winston Churchill "Toma 20 años construir una reputación y cinco minutos arruinarla. Si pensaras en eso, harías las cosas de forma distinta”

Pero no fue el único al que sus palabras pueden asociársele al término de RSC, William Clay Ford ya expuso algo que sin duda no es muy diferente a lo que lleva dentro de sí el término: “Crear un negocio fuerte y construir un mundo mejor no son metas contradictorias: ambas son ingredientes indispensables para el éxito a largo plazo”.

En cuanto al estudio en sí, y a al proceso de colaboración con el Hospital, hay que defender que el Hospital Río Hortega de Valladolid, desde su cambio de localización y su modernización en las instalaciones no ha dejado de intentar crecer y mejorar no sólo en los servicios médicos sino que también en otros proyectos, como el de la elaboración de una memoria de Responsabilidad Social Corporativa, que lo acompaña de jornadas de puertas abiertas sobre la difusión sobre su importancia y sobre cómo elaborar dichas memorias.

Además otro proyecto como el Smart Hospital que más adelante mencionaremos va muy relacionado con el tipo de actividades que deben pensar las empresas para disminuir su huella ambiental.

Pero si retrocedemos a como el Hospital mostró su interés por desarrollar su memoria habría que remontarse a hace dos años, ya que fue en el año 2014 cuando el Hospital pudo difundir en su página web la memoria de responsabilidad social.

Sin embargo, dicho año fue el último que estaba vigente la versión de la norma GRI 3.1, lo que obliga de nuevo al Hospital a replantearse redactar la memoria conforme a la nueva versión y sus numerosos cambios.

Por ello en adelante se hablará de cada uno de los cambios que supone esta actualización de la norma, del organismo en sí y de si existen más normas u organismos de certificación.

Pero por supuesto se hablará de cómo está estructurado el Área de salud Valladolid Oeste, sus coberturas, sus diferentes servicios, el equipo de profesionales que lo

forman e incluso también habrá un apartado final en el que se calculen los costes que supone el proyecto y las conclusiones que se han podido extraer del mismo.

1.2 OBJETIVOS DEL PROYECTO

Se persiguen los siguientes objetivos con la elaboración de este estudio:

- Actualizar la memoria de RSC del Área Valladolid Oeste
- Conocer el nuevo marco normativo proporcionado por GRI en su versión 4.0
- Analizar los cambios existentes entre el GRI 4.0 y su disposición normativa anterior GRI 3.1
- Establecer un documento guía que ayude al Hospital Rio Hortega a comprender los cambios más relevantes que supone esta nueva actualización de la norma.
- Proporcionar unagúa al Hospital, en la que se detallen las modificaciones, contenidos nuevos o información que deben ampliar con respecto a su memoria anterior.
- Conocer el concepto de RSC y su importancia para las empresas.
- Conocer los organismos de difusión y promoción de la RSC más importantes.
- Saber qué requisitos y contenidos tratan las diferentes normas
- Conocer las diferencias existentes entre cada una de las normas.
- Analizar los servicios médicos y asistenciales del Área de Salud Valladolid Oeste.
- Comprender la estructura del Área de Salud Valladolid Oeste.
- Diferenciar entre los servicios que ofrece la atención primaria y la atención hospitalaria.
- Conocer mejor los cambios que se han implementado en el Hospital Rio Hortega desde su cambio de localización.
- Conocer los costes que conllevaría llevar a cabo este proyecto.

1.3 ALCANCE

Este estudio tendrá una duración de 6 meses y con él se pretende comprender cada uno de los cambios que se han producido entre la versión actual 4.0 del GRI y la versión 3.1 anterior. El objetivo es elaborar la memoria de sostenibilidad para el Hospital Rio Hortega a partir de la memoria anterior, siendo capaces de distinguir el contenido que se debe incluir, modificar, ampliar y actualizar.

1.4 ESTRUCTURA DEL PROYECTO

El primer capítulo ayudará a conocer la estructura del Área de Salud Valladolid Oeste, los servicios médicos que presta, así como hasta dónde llega la cobertura de dicho área, después de su reciente modificación en 2009 para incluir la nueva localización del Hospital Rio Hortega.

El segundo capítulo explicará con detalle la composición y diferencias existentes entre las normas que tratan contenidos de RSC. Además, explicará las funciones principales de los organismos encargados de difundir y promover la RSC entre las empresas.

El tercer capítulo analizará cada uno de los cambios existentes entre las dos versiones normativas del organismo GRI.

El cuarto capítulo analizará los costes que supondría llevar a cabo este proyecto y el quinto extraerá las conclusiones y futuros campos de desarrollo.

2. ÁREA DE SALUD VALLADOLID OESTE

En BOCYL, el 24 de octubre de 2008, según el acuerdo 111/2008 del 23 de octubre de la Junta de Castilla y León, se reestructura el Área de Salud Valladolid Oeste y el Área de Salud Valladolid Este.

La apertura del nuevo Hospital Universitario Río Hortega que cambió de ubicación hizo necesaria la adaptación del mapa sanitario del área de Salud Valladolid Oeste, pasando las Z.B.S Centro Gamazo, Z.B.S la Victoria, Z.B.S Rural I, Z.B.S Cigales a pertenecer al área de salud Este de Valladolid y las Z.B.S Delicias I y Z.B.S Delicias II pasan a pertenecer al área oeste de Valladolid.

La Gerencia del Área de Salud Valladolid Oeste presta asistencia sanitaria en dos niveles:

- **Atención Primaria:** Es la atención que se les da a los pacientes en el centro de salud más cercano. Debe garantizarse al menos uno por municipio en el ámbito rural, y en el ámbito urbano tantos como se precise para abastecer a la población residente. La atención primaria es el nivel de asistencia y atención más básico, que garantiza la globalidad y continuidad de esta a lo largo de la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Este servicio promueve la accesibilidad, la coordinación de esfuerzos, la integralidad (la mayoría de los problemas son resueltos en el ámbito de atención primaria, si no se pudiera otorgar al paciente la atención que necesita, este servicio se complementa con la asistencia hospitalaria).

Este nivel, también desempeña las funciones de:

- Educación Sanitaria
- Prevención de Enfermedades
- Promoción de la Salud
- Asistencia Sanitaria
- Rehabilitación Física
- Trabajo Social
- Mantenimiento y Recuperación de la Salud

El siguiente mapa muestra la distribución de los centros de salud municipales que se encuentran bajo la tutela del área de salud Valladolid oeste. Las localidades de Villalón de Campos y Mayorga de Campos son las áreas más lejanas a las que presta atención sanitaria esta área. Ambas dos, se encuentran equidistantes entre las provincias de Valladolid y León. Por el contrario, Laguna de Duero, es la localidad más cercana, situada apenas a unos 6 kilómetros de la ciudad Vallisoletana.



Ilustración 1. Localidades que cuentan con un centro de salud perteneciente al área de salud Valladolid Oeste

La descentralización de las áreas asistenciales se aprecia en la siguiente tabla, que relaciona los centros de salud con la población potencial a la que puede dar asistencia dicha zona:

Centros de Salud	Dirección
C.S. Arturo Eyries	C/ Puerto Rico, S/N 47004 Valladolid
C.S. Campo Grande	Pº. Filipinos, 15 47007 Valladolid
C.S. Plaza del Ejército	Pza. El Ejército 47007 Valladolid
C.S. Huerta del Rey	C/ Rastrojo, S/N 47014 Valladolid
C.S. Parquesol	C/ Ciudad de la Habana, 17 47014 Valladolid
C.S. Parque Alameda - Sur	Avda. De Castilla y León, 137 47007 Valladolid
C.S. Delicias	Juan Carlos I Nº 28. 47012 Valladolid
C.S. Delicias	Juan Carlos I Nº 28. 47012 Valladolid
C.S. Laguna de Duero	Avda. De La Laguna, 1 47140 Laguna de Duero
C.S. Tordesillas	Ctra. De Valladolid, S/N 47100 Tordesillas
C.S. Mayorga	C/ San Juan, 21 47680 Mayorga
C.S. Medina de Rioseco	Pza. De La Constitución, S/N 47800 Medina De Rioseco
C.S. Mota del Marqués	C/ San Sebastián, 10 47120 Mota Del Marques
C.S. Pisuerga	Pza. España, 5. 47195 Arroyo De La Encomienda
C.S. Zaratán	C/ Eusebio González S/N 47610 Zaratán
C.S. Villafrechos	Ctra. Villalpando-Medina de Rioseco 47810 Villafrechós
C.S. Villalón	Avda. Del Parque, 14 47600 Villalón De Campos

Tabla 1. Centros de Salud Valladolid Oeste

En el área urbano de Valladolid, los siguientes 7 centros de Salud asistenciales que se pueden ver en la Ilustración 2. Distribución de los centros de Salud que ofrecen Asistencia Primaria en la ciudad de Valladolid, son los encargados de velar por la asistencia primaria. El barrio de Delicias es el más extenso por número de habitantes

en Valladolid, seguido de cerca por Parquesol y en menor medida Covaresa. Al albergar tanta población en su núcleo residencial, Delicias descompone su centro de salud en 2 edificios con el fin de absorber toda la demanda potencial que sobre él se deposita.



Ilustración 2. Distribución de los centros de Salud que ofrecen Asistencia Primaria en la ciudad de Valladolid

El área de atención primaria ofrece además los siguientes servicios a sus pacientes en los centros de salud:

- Medicina Familiar y Comunitaria
- Pediatría
- Enfermería
- Unidad de Salud Bucodental
- Unidad de Atención a la mujer
- Fisioterapia
- Extracciones (Laboratorio)
- Radiología en AP
- Urgencias en AP
- Cirugía menor en AP
- Diagnóstico ecográfico en AP
- Farmacia en AP (uso racional del medicamento)
- Asistencia social
- U. Administrativas de citas y atención al cliente

El capítulo II del Decreto 24/2003 estableció la estructura de gerencia, y cómo cada uno de los miembros de esta, debía participar en la supervisión de la organización. Para ello se delimitaron que cargos componían cada una de las siguientes comisiones:

- Consejo de gestión del área: Se reúnen trimestralmente: el Director gerente, los tres directores y los coordinadores de los equipos de atención primaria y responsables de unidades de área con el fin de revisar el plan anual de gestión y proponer medidas correctoras si se percibe la existencia de desviaciones respecto a las líneas y objetivos estratégicos trazados.

- Consejo de salud de zona: Es un órgano consultivo, en el que estarán representados el equipo de atención primaria, el equipo de salud pública y los ayuntamientos de la zona básica de salud y las organizaciones sindicales más representativas. Promoverán una mejora continua en el ámbito de la salud, y ayudarán con la promoción y protección de la salud.
 - Otras comisiones: Comisión de farmacia, comisión de docencia y comisión de calidad
- **Atención hospitalaria:** es aquella que mantendrá una atención integral al paciente con el fin de que éste pueda recuperarse plenamente, o acudir de nuevo a atención primaria. Entre las actividades propias de este tipo de asistencia se encuentran:
 - Educación Sanitaria
 - Actividades asistenciales
 - Actividades diagnósticas
 - Actividades terapéuticas
 - Actividades de rehabilitación
 - Cuidados
 - Prevención de la enfermedad
 - Promoción de la salud
 - Régimen de internamiento
 - Hospital de día (médico y quirúrgico)
 - Atención paliativa a enfermos mentales
 - Asistencia especializada en consultas
 - Atención paliativa a enfermos terminales
 - Salud mental
 - Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable

Dentro de este tipo de atención, una de las prestaciones sanitarias más funcionales y reconocidas por su labor es la atención socio sanitaria que aprovecha las sinergias y conocimientos médicos para ofrecer a pacientes crónicos soluciones que les permitan llevar a cabo una vida normal, ayudando al paciente en los periodos de convalecencia, rehabilitación y en los cuidados socio sanitarios.

La atención hospitalaria se presta en varias zonas básicas de salud, siendo necesario al menos un hospital por cada área. Los siguientes centros de atención hospitalaria forman parte del área oeste de Valladolid:

- El Hospital universitario Río Hortega (calle Dulzaina 2, 47012- Valladolid)
- El centro de especialidades Arturo Eyries (calle Puerto Rico , S/N 47004 Valladolid)
- Los Centros de salud Mental

Nombre	Dirección
Unidad de rehabilitación psiquiátrica Dr Villacián	C/Orion, 2 47014 -Valladolid
Centro de salud mental Parquesol	C/ Ciudad de la Habana, 17. 47014 Valladolid
Centro de salud mental Esperanto	C/ Esperanto, 5- 47007- Valladolid
Centro de salud mental Campo Grande Casa del Barco	Paseo de Filipinos. Hospital militar. 47007 Valladolid
Centro de salud mental Infanto- Juvenil	Avda/ Ramón y Cajal, 6. 4011 Valladolid

Tabla 2. Centros de atención psiquiátrica del área oeste de Valladolid.

En el área de atención hospitalaria se tratan las siguientes especialidades:

ÁREA	ESPECIALIDAD
S. MÉDICOS	ALERGOLOGÍA
	APARATO DIGESTIVO
	CARDIOLOGÍA
	ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN
	GERIATRÍA
	HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA
	MEDICINA INTENSIVA
	MEDICINA INTERNA
	NEFROLOGÍA
	NEUMOLOGÍA
	NEUROLOGÍA
	ONCOLOGÍA MÉDICA
	PEDIATRÍA
	PSIQUIATRÍA
	REUMATOLOGÍA
REHABILITACIÓN	
	ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN
	CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA
	CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL
	CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

S. QUIRÚRGICOS	CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA
	DERMATOLOGÍA MEDICOQUIRÚRGICA
	NEUROCIRUGÍA
	OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
	OFTALMOLOGÍA
	TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPEDICA
	UROLOGÍA
S. CENTRALES DIAGNÓSTICOS	BIOQUIMICA CLINICA
	HEMATOLOGÍA
	CITOGÉNÉTICA Y BIOLOGÍA MOLECULAR
	MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA
	ANATOMÍA PATOLÓGICA
	RADIODIAGNÓSTICO
	NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA
S. CENTRALES GENERALES	URGENCIAS
	ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
	FARMACIA HOSPITALARIA
	FARMACOLOGÍA CLÍNICA
	MEDICINA DEL TRABAJO
	MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
	RADIOFÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
S. ESPECIALES	CUIDADOS PALIATIVOS
	ATENCIÓN A DOMICILIO
	UNIDAD DEL DOLOR
	TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA AUTÓLOGO
	TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA ALOGÉNICO
	HEPATOLOGÍA
	TRANSPLANTE HEPÁTICO Y HEPATORRENAL
	UNIDAD DE CALIDAD
	UNIDAD DE DOCENCIA

S. TÉCNICOS	UNIDAD DE FORMACIÓN CONTINUADA
	UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN
	UNIDAD DE COMUNICACIÓN INTERNA

Tabla 3. Cartera de servicios de la Atención Hospitalaria

Al no existir una legislación autonómica específica, el Real decreto 521/1987, marca lo que debe ser la estructura que deben tener los hospitales gestionados por el instituto INSALUD. El cuál crea una estructura basada en dos tipos de órganos:

- **Órganos de Dirección y Gestión:**
 - Unipersonales: Director gerente, Directores y subdirectores de las tres divisiones existentes: Médica, enfermería y de gestión.
 - Colegiados: Comisión de dirección.
- **Órganos de participación y asesoramiento:**
 - Junta técnico asistencial
 - Comisión mixta
 - Comisión central de garantía de la calidad
 - Comisiones clínicas

El director gerente desempeña las siguientes tareas:

- Estudio de objetivos sanitarios
- Los planes económicos del hospital
- La instrumentación de programas de dirección por objetivos (PDO)

La comisión de dirección: Es el órgano colegiado de dirección, supervisión y coordinación. Se encuentra presidida por el director gerente, al que acompañan los directores y subdirectores de las tres divisiones (médica, de enfermería, y de servicios generales). Realiza las siguientes actividades:

- Realiza las 3 tareas mencionadas anteriormente en el estudio del puesto del director gerente.
- A mayores se encarga también de:
 - Realizar seguimientos los servicios realizados en el hospital
 - Elabora proposiciones sobre la partida presupuestaria anual
 - En esta comisión se encuentran incluidos todos los órganos de dirección y gestión denominados unipersonales.

La junta técnico asistencial: Es un órgano de asesoramiento que realiza las siguientes funciones:

- Informar y asesorar a la comisión de dirección en materias asistenciales
- Informar sobre los planes anuales de necesidades
- Elaboración de propuestas de mejora de la calidad del hospital y sus servicios

La comisión mixta: Compuesta únicamente por facultativos. Actúa como órgano de asesoramiento de la comisión de dirección pero más directamente con los profesionales de la dirección médica.

La comisión central de garantía de Calidad: Es el organismo de trabajo que se preocupa por conformidad asistencial y por el correcto mantenimiento y adecuación de los materiales tecnológicos de trabajo.

Las comisiones clínicas: Son órganos de asesoramiento a la dirección en materias de su competencia incluyendo por ejemplo, infecciones, farmacia, seguridad del paciente y tecnología.

Retomando lo anteriormente comentado del INSALUD, me dispongo a realizar el siguiente apunte:

" El Instituto Nacional de la Salud (por sus siglas, INSALUD) fue la entidad pública encargada de la provisión y gestión sanitaria de España hasta la configuración del actual Sistema Nacional de Salud que en 2002, fue abolido como consecuencia del proceso de creación de las consejerías de salud de las comunidades autónomas"

En nuestra comunidad autónoma, Castilla y León **Sacyl** es el servicio público que gestiona las prestaciones sanitarias públicas en la comunidad autónoma española de Castilla y León, heredero del INSALUD.

La gerencia de cada una de las áreas de salud deberá de rendir cuentas a Sacyl y a la vez, mostrar sus necesidades y peticiones, estableciéndose siempre un flujo bidireccional entre ambas partes.

La gerencia de asistencia sanitaria del Área de Salud Valladolid Oeste forma parte del sistema público de salud de Castilla y León, el cuál comprende el conjunto de actuaciones y recursos públicos de la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma y de las Corporaciones Locales, cuya finalidad es la promoción y protección de la salud en todos sus ámbitos, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria y rehabilitación, todo ello bajo una perspectiva de asistencia sanitaria integral (Ley de 8/2010, de 30 de Agosto de ordenación del sistema de salud de Castilla y León).

La gerencia de Asistencia sanitaria presta atención en sus 2 niveles asistenciales a la parte Valladolid Oeste de la población, esto incluye: 17 zonas básicas de atención primaria y las zonas del Hospital Río Hortega y Centros de especialidades de Arturo Eyries vinculadas con la atención hospitalaria.

Mención de estudio merece la evolución del principal hospital de Valladolid, que desde su traslado se ha convertido en un centro referencia para la comunidad, que aprende de las iniciativas de otros hospitales y busca siempre desde el enfoque de gestión el camino hacia la excelencia y la mejora continua.

El Hospital Río Hortega fue inaugurado como centro Hospitalario el 24 de Julio de 1953. En ese momento disponía de 310 camas y 72 cunas. Tras más de 50 años ubicado en pleno centro de la ciudad de Valladolid, (cerca de la plaza de San Pablo), se trasladó a un nuevo edificio en el año 2008, esta vez situado a las afueras de Valladolid, en el barrio de las Delicias.

En estos momentos cuenta con 640 camas instaladas y se configura como un hospital general universitario de tercer nivel. Esto quiere decir, que puede dar atención a cualquier padecimiento del paciente, ya que cuenta con todas las áreas de

especialidad existentes. Regularmente funciona como escuela y centro de investigación.

Desde el 16 de enero de 2009 disfrutamos del nuevo Hospital Universitario Río Hortega. La Consejería de Salud de Castilla y León, a través de la Gerencia de Salud y dentro de la estrategia de modernización y actualización de sus centros hospitalarios y asistenciales de la región ha trabajado para que los ciudadanos de Castilla y León cuenten con un Hospital moderno, que esté dotado con los adelantos tecnológicos y las comodidades que demandan tanto los usuarios como los profesionales que allí trabajan.

Para ello se ha llevado a cabo una inversión por parte de la Junta de Castilla y León de casi 200 millones de euros en la construcción y en la dotación del material y la tecnología más avanzada tanto en el aspecto diagnóstico y terapéutico, como en el aspecto logístico o de gestión de información.

El hospital fue diseñado con un diseño arquitectónico innovador, pionero en España y con un nivel organizativo y funcional de calidad.

Se ha optado por una edificabilidad horizontal, con espacios que se puede adaptar a la flexibilidad del sector. Se ha pasado de los 35.000 metros cuadrados del anterior hospital a los 128.000 del actual, lo que ha supuesto un cambio en los procesos.

En el diseño del hospital se priorizaron el confort, la seguridad, la accesibilidad a personas de movilidad reducida y la calidad de las instalaciones, en las que se cuidó especialmente la circulación, de los pacientes, proveedores y profesionales que lo transitan diariamente.

Los centros de salud, las consultas especializadas, los facultativos de planta o el área de urgencias de los hospitales pueden realizar peticiones al laboratorio del hospital de una forma homogénea y única desde cualquier punto.

El sistema de gestión de laboratorio modular, está provisto con una conexión con el sistema informático de gestión del hospital en todas las fases del proceso, lo que permite la entrada de peticiones desde el sistema de información corporativo. El laboratorio modular, permite un control absoluto de la extracción, registro del extractor y control de incidencias, al tiempo que imprime etiquetas y el resguardo necesario para la completa trazabilidad del proceso.

Las muestras se envían mediante un sistema de transporte neumático al área de recepción de muestras desde donde se gestionan y se distribuyen a los diferentes destinos.

Los modelos de automatización presentes en el laboratorio de análisis clínico, obedecen a los siguientes objetivos:

- Mejorar los tiempos de respuesta
- Optimizar los espacios
- Reducir espacios analíticos optimizando tecnologías
- Optimizar el flujo de muestras
- Disminuir el número de tubos de extracción
- Reducir tareas manuales
- Reducir equipos analíticos empleando tecnologías

La automatización de las fases pre analítica, analítica y archivo mediante sistemas de máxima productividad ha permitido optimizar los recursos humanos, incrementar la seguridad y calidad en la manipulación de las muestras, disminuir los errores extra analíticos y aumentar el volumen de trabajo reduciendo el tiempo de respuesta con un mayor control del gasto.

La consolidación e integración de tecnologías ha permitido simplificar el stock de reactivos y consumibles. La automatización ha permitido incorporar una unidad de citogenética, nuevas técnicas de biología molecular, ampliar la cartera de servicios y lograr una mayor optimización.

La automatización, la estandarización, el control de calidad y la gestión de la información se han convertido en los pilares del laboratorio del siglo XXI.

Además el laboratorio envía mediante sistema informático una notificación de cuando su proceso de estudio ha concluido, con el fin de facilitar un diagnóstico médico posterior rápido y eficiente.

También se ha producido avances pioneros en el proceso logístico que supone el reparto de comidas a los pacientes internos del hospital, en la que varios robots detectan cuando tienen que acudir a por los carros de comida que han dejado las cocineras, gracias a unos sensores en las ruedas de los carros, que avisan al robot que el carro ya está preparado. Finalizado el proceso de reparto, en la que los robots se han desplazado a lo largo de varios pasillos y subiendo plantas por medio del ascensor, éstos irán a la sala habilitada para cargar sus baterías hasta esperar el próximo proceso de distribución de comidas.

Además desde 2014 este hospital ha participado en el proyecto Smart Hospital, en el que por medio de 164 placas solares, paneles que a través de un sistema de goteo permiten que el aire entre ya frío en verano, calderas que producen sólo lo que se demanda, vinilos que permitan el paso de la luz, pero no de la energía solar calorífica, se ha conseguido ahorrar más de un 30% en la factura de luz y agua desde que se implantó.

Las próximas medidas que se pretenden para el futuro son las siguientes: Instalar quemadores de alta eficiencia, Ventilación en los quirófanos y Tratamiento de aguas residuales. Para ello el hospital seguirá guiado por la Fundación CARTIF en su proceso por realizar actividades innovadoras y que aporten valor añadido o reducción de costes, siempre en concordancia con la legislación medioambiental y la calidad en los procesos de atención al paciente.

El Hospital, además de prestar atención sanitaria al Área de Salud Valladolid Oeste, para determinadas prestaciones actúa como servicio de referencia, ampliando su cobertura a toda la provincia de Valladolid o incluso a varias provincias limítrofes. En algunos casos presta servicios a toda la comunidad autónoma.

3. ¿QUÉ ES LA RSC?

3.1 DEFINICIÓN

Como en todas las ciencias no exactas, la responsabilidad social corporativa no dispone de una definición concreta al uso, sino un fondo común de ideas que todos relacionamos al hablar de este concepto.

La definición más conocida es la que da la Comisión Europea en el [libro verde \(2001\)](#):

“La RSC es la integración voluntaria por parte de las empresas de las preocupaciones sociales y ambientales en sus operaciones comerciales y en sus relaciones con sus interlocutores”.

En otras definiciones del mismo término, se relaciona también con los conceptos de ética en los negocios, conciliación de la vida personal, desarrollo económico sostenible, transparencia, derechos humanos, formación de los trabajadores, buen gobierno corporativo, así como las exigencias a los proveedores y demás intervinientes en la empresa.

En definitiva, este concepto de RSC engloba las dimensiones sociales, políticas y económicas de las empresas con el objetivo de mejorar su situación competitiva, valorativa y su valor añadido. Estas 3 situaciones de mejora, son conocidas como el triple resultado.

La RSC puede ser aplicable a cualquier empresa, ya sea pública o privada, pequeña o grande, nacional o internacional, aunque es cierto que las grandes corporaciones cuentan con más recursos y más facilidades para desarrollar este concepto empresarial.

La RSC ha sido objeto de múltiples investigaciones y tuvo su origen en Estados Unidos en los años 50 y 60 con la Guerra de Vietnam y el Apartheid según la fuente [abc.com \(2013\)](#). Los ciudadanos tomaron conciencia, de que en su acto de compra favorecían determinadas políticas o económicas éticamente censurables. Fue, a raíz de esto como se empezaron a demandar profundos cambios en la filosofía empresarial, así como actos sociales en los negocios.

En España tiene su origen a finales de la década de los años 90, en los cuales la asociación de instituciones de inversión colectiva y fondos de pensiones (INVERCO) introduce el concepto de Inversión Social Responsable según Carlos Herrera ([blog 2012](#)). La globalización supuso que si las empresas españolas querían adscribirse a las carteras de fondos de inversión internacionales debieran revisar la ética con la que se desarrollaban sus negocios.

De esta forma al final, ha sido el propio mercado y la sociedad junto con los grupos de interés, los que han estado germinando la responsabilidad corporativa de nuestros días.

En los últimos años se ha constituido como una tendencia sólida en el mercado y en las empresas, el hecho de ser visiblemente reconocidas por sus actos y su contribución a la sociedad, como complemento a un know how bien desarrollado y a un fondo de comercio amplio que garantice unos buenos resultados económicos.

Dicho boom de RSC envuelve no sólo a empresas sino también a agentes sociales, instituciones y otras organizaciones.

Como consecuencia de esta globalización y repercusión que ha adquirido el término, son numerosas las instituciones y agentes sociales que intentan difundir y promover los beneficios de la ética y la RSC proporcionando a las empresas herramientas y conocimientos para desarrollar con éxito un modelo de negocio competitivo y sostenible. Algunas de ellas son, Forética, comunicaRSE y AccionaRSE.

Por otra parte, existen numerosas iniciativas de organizaciones internacionales de reconocido prestigio que abanderan la misión de informar y asesorar sobre cuestiones relativas a la RSC. Este es el caso del Banco Mundial, la Organización Internacional del Trabajo, la Organización de las Naciones Unidas, la Comisión Europea, Business Europe, European Trade Union Confederation (ETUC), CSR Europe, Global Reporting Initiative (GRI), Organización Internacional para la normalización (ISO), Social Accountability International (SAI) entre otras.

Según el organismo [Pacto mundial \(2016\)](#), 2600 empresas ya se encuentran adheridas al mismo, de las cuales 312 son grandes empresas, 1872 son Pymes y 416 son otro tipo de entidades.

3.2 NORMATIVA EN MATERIA DE RSC

3.2.1 NORMA SA 8.000

Como indica el [Centro Nacional de Información de la Calidad](#), La norma SA 8000 nació en octubre de 1997 en Estados Unidos. El Social Accountability International (SAI, antigua CEPAA), con la participación de organizaciones no gubernamentales, empresas privadas y sindicatos, publicó la norma.

Posteriormente en 2001, se lanza la publicación de una segunda edición de la norma.

El propósito de la norma SA 8000 es el de asegurar a terceros el comportamiento ético de las empresas que lo aplican, confirmando a sus clientes que sus productos serán producidos bajo condiciones de trabajo humanitarias. Es por ello que la norma SA 8000, que se publicó junto con el documento guía para su aplicación, está basada en los principios establecidos por los siguientes organismos internacionales:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del niño.
- Las siguientes convenciones y recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT):
 - - Convenciones 29 y 105 sobre Trabajos Forzados y Esclavitud. - Convención 87 sobre Libertad de Asociación.
 - - Convención 98 sobre Derecho de Negociación Colectiva.
 - - Convenciones 100 y 111 sobre la Igualdad en la Remuneración para Trabajadores y Trabajadoras, por Trabajo de Igual Valor y Discriminación.
 - - Convención 135 sobre los Representantes de los trabajadores.
 - - Convención 138 y Recomendación 146 sobre Edad Mínima.
 - - Convención 155 y Recomendación 164 sobre Salud y Seguridad en el Trabajo.

- - Convención 159 sobre Rehabilitación Vocacional y Empleo de Personas Discapacitadas.
- - Convención 177 sobre Trabajo en el Hogar.
- - Convención 182. Peores formas de trabajo infantil

SA 8000 es un estándar de certificación internacional que promueve en las empresas el desarrollo, el mantenimiento y la aplicación de prácticas socialmente aceptables en el puesto de trabajo.

La certificación que otorga la norma SA 8000 hace referencia a temas como el trabajo infantil y el trabajo forzado, la salud y la seguridad en el trabajo, libertad de asociación y negociación colectiva, discriminación, medidas disciplinarias, horario de trabajo, remuneración y sistemas de gestión.

En definitiva establece estándares sobre el puesto de trabajo en todo el mundo, y además incluye acuerdos internacionales, convenios de la Organización Internacional del Trabajo, la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño.

Adoptar la norma SA 8000 implica que la empresa tiene en cuenta el impacto social de sus operaciones, además de las condiciones en que trabajan sus empleados, socios y proveedores. Se puede aplicar a cualquier empresa, de cualquier tamaño, en todo el mundo.

Se trata de una norma de carácter voluntario, es decir, un acuerdo de estandarización a los que se acogen no obligatoriamente las empresas.

Social Accountability International es la propietaria de la norma SA 8000, siendo este, el estándar de gestión más extendido en los países emergentes, con especial atención al área del sudeste asiático. Sin embargo, como indica Bureau Veritas en su página web, el país líder en número de certificaciones es Italia.

Aunque la SA8000 es de aplicación universal, y en principio la certificación está disponible para cualquier país o industria, existen excepciones para la certificación en SA8000. La Junta de Consejo de SAI considera que existen algunos sectores donde el cumplir con todos los requerimientos de la Norma representan una dificultad especial debido a las normas industriales y las necesidades técnicas.

La SA8000 es revisada de manera periódica de acuerdo a cambios en las condiciones. Estas revisiones incluyen además correcciones y mejoras que han sido recibidas de partes interesadas.

Las siguientes empresas y organismos son las encargadas de otorgar las certificaciones para esta norma, que son revisadas cada 3 años:

- Det Norske Veritas
- SGS-ICS
- Bureau Veritas Quality International
- ITS
- UL

Dicha norma es perfectamente complementaria a las normas medioambientales, de calidad o de seguridad y salud laboral, dando la empresa un paso adelante en mejora continua.

Podemos decir por tanto que es una norma muy vinculada con el cumplimiento del derecho laboral, dentro del cual se encuentran principios que todo trabajador debe tener, como:

- No discriminación, por raza, minusvalía o religión.
- Derechos sindicales y de asociación.
- Se debe respetar la edad mínima de trabajo (14 años, en países en desarrollo).
- No se empleen castigos corporales o deducciones de salarios.
- No más de 48 horas semanales incluyendo horas extras, remuneradas estas a un mayor precio y sólo ligadas a estacionalidades o picos de producción.

El contenido de la norma recogido de la fuente [Asesoría empresarial Cavala](#), se estructura en los siguientes 4 capítulos:

- **1-INTRODUCCIÓN**
 - Propósito y alcance
 - Sistema de Gestión
- **2- ELEMENTOS NORMATIVOS Y SU INTERPRETACIÓN**
- **3- DEFINICIONES**
 - Debe
 - Puede
 - Niño
 - Trabajo Infantil
 - Contrato colectivo
 - Acción correctiva
 - Acción preventiva
 - Trabajo forzoso u obligatorio
 - Trabajador desde casa
 - Trata de personas
 - Partes interesadas
 - Salario mínimo para la supervivencia
 - No conformidad
 - Organización
 - Personal
 - Trabajador
 - Agencia privada de empleo
 - Remediación de niños trabajadores
 - Evaluación de riesgos
 - Representante (s) de los trabajadores para SA 8000
 - Desempeño social
 - Compromiso de las partes interesadas
 - Proveedor/contratista
- **4-REQUISITOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL**
 - Trabajo infantil
 - Trabajo forzoso u obligatorio
 - Salud y Seguridad
 - Libertad sindical y derecho de negociación colectiva
 - Discriminación
 - Medidas disciplinarias

- Horario de trabajo
- Remuneración
- Sistema de gestión

3.2.2 NORMA [AA1000](#)

La norma AA1000 AccountAbility es una norma internacional voluntaria creada en 1999 por la organización inglesa Institute for Social and Ethical Accountability, con el fin de ayudar a las las organizaciones a realizar una auditoría y elaborar informes en el tema de la Responsabilidad Social Empresarial o corporativa, teniendo en cuenta a los stakeholders en sus operaciones y actividades.

Esta norma mejora la calidad de la rendición de cuentas (accountability), así como la difusión de aspectos sociales y éticos de la gestión empresarial, estableciendo una efectiva comunicación con sus stakeholders. Un aspecto importante a considerar es la retroalimentación o feedback que se obtiene del proceso de evaluación y elaboración de los informes de Responsabilidad Social Empresarial.

Sin embargo esta norma no otorga ninguna certificación de distinción.

Esta norma no obstante, se encuentra compuesta por 3 normas:

- **AA 1000APS:** Definida por la fuente [Accountability \(2008\)](#), propietaria de la norma.

Proporciona los principios generales de la rendición de cuentas. Dichos principios son 3: Inclusividad, siendo este indispensable para alcanzar los otros dos, (Relevancia y Capacidad de respuesta).

El principio de inclusividad hace indicación al grado en que participan los grupos de interés en las estrategias y respuestas responsables que da la organización en materia de sostenibilidad. De la acción conjunta de los grupos de interés y la organización saldrán adelante planes e iniciativas que luchen contra los impactos desde una perspectiva responsable. La organización deberá tener en cuenta también las necesidades de los grupos de interés.

El principio de relevancia viene a decir, que la organización debe consensuar con sus grupos de interés que temas o asuntos son de alta relevancia o importancia. Los criterios para determinar si un tema es relevante no serán exclusivamente económicos, será muy útil analizar el uso de factores que potencien la sostenibilidad en relación con las necesidades de las partes interesadas. El periodo a tratar será el corto, medio y largo plazo.

El principio de capacidad de respuesta explica que se debe responder a asuntos que influyan en el desempeño de los grupos de interés en materia de sostenibilidad. Las respuestas deberán estar priorizadas en función de los recursos disponibles y la importancia que las otorguen a cada una de ellas las partes interesadas.

- **AA 1000AS:**Elaborada por [Accountability\(2008\)](#). Proporciona los requisitos para llevar a cabo el control de la sostenibilidad. El proveedor de aseguramiento controla si cumplen los 3 principios descritos en el

punto anterior. La AA1000AS (2008) contempla dos tipos de encargos de aseguramiento de sostenibilidad:

- Tipos de encargos de aseguramiento de sostenibilidad aplicando la AA1000AS (2008): El proveedor de aseguramiento evalúa la información divulgada, los sistemas y procedimientos que la organización tiene para conseguir el cumplimiento de los principios y la información de desempeño que demuestra el cumplimiento.
- Principios de AccountAbility e Información sobre el Desempeño: Además de analizar la información divulgada y los procedimientos de control, como en el primer tipo de aseguramiento, debe verificar la fiabilidad del desempeño en materia de sostenibilidad.

El alcance del encargo se deberá manifestar por escrito, y en el caso del segundo tipo, será necesario tener en cuenta los temas relevantes para que la información específica sobre el desempeño que se cubre con el encargo de aseguramiento resulte significativa para los destinatarios del informe de aseguramiento.

El proveedor asegurador al realizar este manifiesto pone en conocimiento que actuará de buena fe y que dispone de los conocimientos y competencias profesionales que se le exigen.

Será preciso que exista una estrategia para alcanzar la evidencia y evaluar el alcance.

La planificación del encargo por parte del proveedor de aseguramiento requiere una estructuración de las tareas que se le demandan, los requisitos necesarios para encontrar evidencias, los métodos de muestreo y los riesgos asociados, las necesidades de recursos, y el programa del encargo.

El proveedor de aseguramiento deberá documentar los aspectos anteriores en la planificación del encargo que, como mínimo, deberá incluir:

- Objetivos del encargo.
- Norma(s) de aseguramiento para ser utilizada(s).
- Roles y relaciones.
- Alcance del encargo.
- Criterios a utilizar.
- Nivel de aseguramiento.
- Estrategia de aseguramiento, incluyendo: evaluación del riesgo, y requisitos de la evidencia.
- Tareas y actividades, incluyendo: métodos de obtención, recursos necesarios, y programa

Durante el encargo de aseguramiento el proveedor de aseguramiento deberá evaluar, extraer conclusiones y determinar el alcance del cumplimiento, por parte de la organización, de los Principios de AccountAbility (Inclusividad, Relevancia y Capacidad de Respuesta).

El proveedor de aseguramiento debe recoger en un informe cualquier limitación relativa a la información o al encargo de aseguramiento, las conclusiones, resultados de estudio y las recomendaciones.

Como mínimo un informe de aseguramiento deberá incluir la siguiente información:

- Destinatarios del informe de aseguramiento.
- Responsabilidad de la organización y del proveedor de aseguramiento.
- Norma(s) de aseguramiento utilizada(s), incluyendo una referencia a la AA1000AS (2008).
- Descripción del alcance, incluyendo el Tipo de aseguramiento facilitado.
- Descripción de la información cubierta.
- Descripción de la metodología.
- Cualquier limitación encontrada.
- Referencia al criterio utilizado.
- Declaración del nivel de aseguramiento.
- Resultados y conclusiones relativos al cumplimiento de los Principios de AccountAbility AA1000 sobre Inclusividad, Relevancia y Capacidad de respuesta.
- Resultados y conclusiones referentes a la fiabilidad de la información específica sobre desempeño (solamente para el aseguramiento de Tipo 2).
- Observaciones y/o recomendaciones.
- Notas sobre la independencia y la competencia del proveedor de aseguramiento.
- Nombre del proveedor de aseguramiento y Fecha y lugar.

El proveedor de aseguramiento elaborará un informe para la dirección si así se ha acordado. Este informe debe ser coherente con el informe de asesoramiento, no pudiendo haber en ningún caso confusión con la información relevante si se compararan ambos informes.

AA 1000SES: Realizada por Accountability y traducida por [Mas Business \(2011\)](#).

Proporciona un marco de referencia para el involucramiento de los grupos de interés.

La relación de la organización con los grupos de interés debe cumplir las siguientes premisas:

- Basarse en un compromiso con los principios AA1000APS.
- Definir claramente el alcance.
- Disponer de un proceso acordado de toma de decisiones.
- Centrarse en las cuestiones relevantes para la organización y/o sus grupos de interés.
- Crear oportunidades para el diálogo.
- Ser parte integrante del gobierno de la organización.
- Ser transparente.
- Disponer de un proceso adecuado para los grupos de interés implicados.
- Disponer de recursos adecuados.
- Ser oportuno, ser flexible y receptivo.

Se trata de una norma que aunque vaya dirigida hacia profesionales y propietarios, puede ser bastante útil para el resto de personas que tienen una relación con la organización.

La participación de los grupos de interés deberá estar presente en la toma de decisiones, el gobierno corporativo, estrategias, operaciones e incluso en la misión, visión y valores que difunda y exponga la empresa a la sociedad.

Los grupos de interés deberán fijarse propósitos. Lo primero es pensar qué se va a realizar, antes de intentar llevarlo a cabo. El compromiso con los grupos de interés será una acción estratégica que pretende ayudar el plano operativo de la organización, generando confianza en todos los entes que mantengan una relación con la empresa. Dicho propósito deberá ser revisado en función del feed- back recibido con las partes interesadas.

El mandato y la propiedad deben estar establecidos. Puede ser responsable de ejecutar el mandato una asociación, una organización o una colaboración. Sin embargo, esta propiedad podrá cambiar si se cree esta decisión como la más beneficiosa.

La identificación de los grupos de interés permitirá determinar el propósito y el alcance de su participación, así como posibles intereses contrapuestos que pudieran existir entre ellos.

Los grupos de interés son aquellos entes relacionado con los productos, servicios u operativa de la organización directa o indirectamente.

Una identificación inicial de los grupos de interés puede sustentarse por ejemplo en:

- Estudios de investigación.
- Análisis DAFO.
- Conocimientos del personal interno.
- Cuestiones relacionadas con el propósito y el alcance del compromiso.
- En función de sus aportaciones.

Los propietarios deberán documentar y registrar el compromiso de participación de los stakeholders. Posteriormente, en función de los resultados se debe desarrollar un plan de acción que indique cómo va a dar respuesta la organización a los resultados del proceso.

Es importante seguir creciendo, por ello dicha norma aconseja seguir el ciclo PDCA de mejora continua en la que se controlan los resultados por medio de indicadores que nos mostrarán si existe progreso o necesidad de un nuevo plan de acciones correctoras frente a lo anteriormente llevado a cabo.

Los resultados de compromiso, cambios sustanciales y el plan de acción han de ser comunicados de manera apropiada y antes del plazo previsto.

Las reglas básicas deben ser consensuadas con todos los participantes.

3.2.3 NORMA ISO 26000

Esta norma proviene de un consenso internacional entre expertos representantes, y proporcionará una guía a las organizaciones tanto privadas como públicas. Esta guía

explica los asuntos en los que deben fijar su atención las empresas para mejorar su RSC.

Explica principios que sirven de partida a las organizaciones para emprender acciones en la materia. Las mejores prácticas se difunden y se exponen por todo el mundo. La [visión general del proyecto](#), así como los folletos explicativos de la ISO 26000 fue difundida por la [Secretaría Central de ISO](#) (año 2010). Esta norma publicada por el organismo AENOR, a diferencia de las conocidas ISO 9001 e ISO 14000 que otorgaban certificaciones, es una mera guía voluntaria carente de requisitos. ISO 26000 no es una norma de sistema de gestión.

De ISO 26000 se desprende todo el conocimiento que debe tener una empresa en su mente para actuar en su operativa diaria de un modo responsable y sostenible.

La guía que proporciona la ISO 26000 consta de:

- Conceptos, términos y definiciones de RSC
- Características, antecedentes y tendencias
- Principios y prácticas de RSC
- Materias fundamentales y asuntos de RSC
- Integración, puesta en marcha y promoción de un comportamiento socialmente responsable en toda la organización siendo intrínseco a las políticas de empresa.
- Identificación y compromiso con los grupos de interés
- Comunicación de compromisos, desempeño y otra información relacionada con la responsabilidad social

El índice de contenido de la ISO 26000 está compuesto de la siguiente manera:

Prólogo

Introducción

1 Objeto y campo de aplicación

2 Términos y definiciones

3 Comprender la responsabilidad social

4 Principios de la responsabilidad social

5 Reconocer la responsabilidad social e involucrarse con las partes interesadas

6 Orientación sobre materias fundamentales de responsabilidad social

7 Orientación sobre la integración de la responsabilidad social en toda la organización.

Anexo A – Ejemplos de iniciativas voluntarias y herramientas para la responsabilidad social

Anexo B – Abreviaturas

La información que se da en la norma es clara y comprensible pensando en los no especialistas interesados. Esta información es objetiva y válida para todo tipo de organizaciones, incluyendo las grandes, pequeñas y medianas empresas, administraciones públicas y organizaciones gubernamentales.

La guía ISO 26000 se apoya en las mejores prácticas de RSE en los sectores público y privado. Complementa y es coherente con las declaraciones y convenciones de la OIT. A su vez dispone de acuerdos de colaboración con Naciones Unidas (UNGCO) y con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con el fin de mejorar su cooperación en el desarrollo de ISO 26000.

La [ISO 2600](#) (año 2012) contiene 7 materias fundamentales:

1. **Gobernanza de la organización:** Es el sistema que tiene la organización para lograr sus objetivos en materia de responsabilidad social dirigido por una persona o grupo de personas a fin de que se supervisen los impactos, actividades y decisiones.
2. **Derechos humanos:** Son aquellos que tiene toda persona por el hecho de existir. Entre ellos se encuentran los siguientes: derecho a la vida, a la libertad de expresión, a la igualdad ante la ley, derecho al trabajo, derecho a la seguridad social, derecho a la libre asociación, derecho a la educación, entre muchos otros.
3. **Prácticas laborales:** Está compuesto por todas las políticas y actividades relacionadas con el trabajo, incluyendo el trabajo subcontratado. La declaración de Filadelfia en 1994 de la OIT dejó claro que el trabajo no debe tratarse como una mercancía, y por ello se debe proteger el derecho de sus trabajadores. Las prácticas laborales incluyen reclutamiento, selección y promoción de trabajadores; actos disciplinarios, transferencia y traslado de trabajadores; despidos procedentes e improcedentes; programas de formación; salud; seguridad e higiene industrial, y cualquier política o práctica que afecte a las condiciones de trabajo, en particular la jornada laboral y al salario que se percibe.
4. **Medioambiente:** Las organizaciones emiten impactos al medioambiente, pero no deben conformarse, sino tratar de reducir sus impactos por medio de una gestión integrada, sistemática y colectiva empleando procedimientos que supervisen que se produce una mejora continua en este aspecto, que empieza a ser preocupante en la sociedad. En definitiva hay que luchar por retrasar el cambio climático, el agotamiento de recursos naturales, disminuir niveles de CO2 y otras partículas emitidas a la atmósfera, y también preocuparse por los ecosistemas, los hábitats que se destruyen y la flora y la fauna en general.
5. **Prácticas justas de operación:** Se refiere a la necesidad de conductas éticas en las transacciones con proveedores, contratistas, clientes, competidores entre otros. Las organizaciones deben comportarse de manera honesta, equitativa e íntegra.
6. **Asuntos de consumidores:** En la actualidad el deber de la organización no termina con la oferta de productos y servicios, sino que debe de ir acompañado de educación, información justa, consumo sostenible, satisfacción de las necesidades de los colectivos más desfavorecidos, etc. El concepto de consumidor alude a aquellos individuos o grupos que emplean el resultado de las decisiones y actividades de las Organizaciones, sin que implique necesariamente que tengan que pagar dinero por los productos o servicios.
7. **Participación activa y desarrollo de la comunidad:** La participación activa individual o por medio de asociaciones ayuda a fortalecer la sociedad y

potencia los valores democráticos y cívicos. Algunas acciones se las asocia a la filantropía, es decir, por tender a querer el bien de las personas de forma desinteresada. Pese a todo, las actividades filantrópicas por sí mismas no consiguen el objetivo de integrar la responsabilidad social en la Organización.

Al poner en práctica la responsabilidad social, las organizaciones deberán respetar los siguientes principios:

1. **Rendición de cuentas:** Explicar a las autoridades pertinentes sus impactos a la sociedad, economía y medio ambiente y cómo va a tratar de reducirlos.
2. **Transparencia:** Las organizaciones no deben mentir ni ocultar datos sobre la información, políticas, decisiones y actividades de las que son responsables. Esto incluye, que la información deberá estar fácilmente accesible para los usuarios.
3. **Comportamiento ético:** honestidad, equidad e integridad deben ser los valores que exponga toda organización en sus actos.
4. **Respeto a los intereses de las partes interesadas:** La organización ha de considerar, respetar y responder a sus grupos de interés, abandonando los antiguos pensamientos en los que sólo había que satisfacer al propietario u accionistas de la organización. Pueden tener necesidades contrapuestas, en las que la organización debe intentar lograr un equilibrio entre las dos partes.
5. **Respeto al principio de legalidad:** Ningún individuo, organización o gobierno está por encima de la ley.
6. **Respeto a la norma internacional de comportamiento:** La organización tiene que respetar las normas internacionales aún y cuando la ley o su implementación no salvaguarden los aspectos ambientales y sociales.
7. **Respeto a los derechos humanos:** La organización debe reconocer la universalidad e importancia de los derechos humanos. Debe promover el respeto de los mismos, aún y cuando en alguna situación no se encuentren amparados por la ley.

3.2.4 NORMA SGE 21

Dicha norma realizada por [Forética \(año 2008\)](#), tuvo su primera aparición en octubre del año 2000 para la cual participaron más de 100 expertos, y la actual versión es la tercera edición del año 2008. Este sistema de gestión es voluntario para las empresas y aquellas que se ajusten a la norma las permitirá obtener una certificación.

Esta norma ejerce de guía para que las organizaciones tengan en cuenta los criterios que permiten establecer, implantar y evaluar el Sistema de Gestión Ética y Socialmente Responsable de Forética.

La implantación de este sistema quiere resaltar tanto internamente como de cara a la sociedad principios tan importantes como la honradez, la buena fe, la lealtad, la transparencia y cómo estos han penetrado dentro de la cultura organizativa. Para ello las empresas deberán adquirir responsabilidades voluntarias en materia económica, ambiental y social acompañados de un comportamiento ético adecuado.

La norma consta de 6 capítulos. Los 5 primeros tratan los antecedentes y puntos generales del documento, mientras que el último capítulo es el que desarrolla los

requisitos de la norma. Por lo tanto, será el que sirva de referencia a las auditorias y evaluaciones. Dicha norma está siempre en proceso de revisión y mejora continua.

Los requisitos de dicho capítulo se desglosan en las nueve áreas de gestión siguientes sobre las que deben mostrar conformidad las empresas:

1. **Alta dirección:** Debe realizar un seguimiento y control de los requisitos legales tanto generales, como específicos del sector en el que opere la empresa. Definirá la política de gestión ética y responsabilidad social, puesta a disposición pública, firmada por el máximo responsable de la organización e integrada dentro de las estrategias de la empresa. Elaborará un código de conducta que establecerá medidas sancionadoras, otorgará información sobre los canales para resolver dudas y estará a disposición pública. Creará un Comité de gestión ética y Responsabilidad social de carácter consultivo. Nombrará a un responsable de gestión ética y responsabilidad social. Fijará objetivos, e indicadores medibles que serán como mínimo revisados anualmente. Explorará los diferentes entes que conforman los grupos de interés y propondrá la comunicación con ellos, los planes de acción y anotará sus necesidades para tratar de satisfacerlas. Desarrollará una política de lucha contra la corrupción. Impulsarán la realización de auditorías internas con el fin de asegurarse que se estén cumpliendo los requisitos y de que el sistema de gestión ético y social este bien adaptado a la organización, para lo cual se definen responsabilidades, criterios de auditoría, se documentarán las desviaciones detectadas y todo ello se plasmará en un informe que recoja la lista de conclusiones. Por último, la alta dirección presentará cada dos años una memoria de la situación de la organización en el contexto de Responsabilidad Social.
2. **Clientes:** La organización debe adquirir un compromiso de I+D+I con sus clientes sujeto a criterios ambientales, sociales, éticos y laborales acordes a la norma. Se ha de procurar su máxima satisfacción, por lo que en las organizaciones deberá existir evaluaciones de desempeño en temas como la calidad del servicio o del producto que se ofrezca. Posteriormente a las evaluaciones, han de acompañarlas una hoja de acciones o posibles mejoras. La organización se compromete también a ofrecer información clara, honesta, fiable, fácilmente accesible y de fácil entendimiento. Siempre se seguirá por parte de las empresas los procedimientos pertinentes asociados en materia de calidad, salud, peligrosidad ambiental y seguridad, informando al cliente si existieran problemas con su producto. Asimismo también la norma aboga por una publicidad responsable, competente y no desleal.
3. **Proveedores:** La organización ha de informarse sobre sus proveedores y su nivel de riesgo y establecerá evaluaciones basadas en criterios de compra responsables. La organización debe contribuir a la mejora continua de la calidad de sus proveedores y la mejora de su responsabilidad social.
4. **Personas que integran la organización:** Se ha de constatar que todos los componentes de la organización respetan los derechos humanos del resto de empleados. Además, las oportunidades laborales han de ser iguales para todos, desligándose de la discriminación psíquica, por discapacidad, por

raza, sexo o religión. La prevención de riesgos en cada puesto de trabajo ha de cumplirse en cualquier circunstancia.

La empresa deberá procurar la conciliación de la vida laboral y familiar de sus empleados así como procurar programas de formación para aquellos empleados que les falte experiencia o conocimiento en un ámbito específico ligado a su trabajo.

Será de especial relevancia tener delimitado claramente las acciones o procesos que componen el día a día de un trabajador en su puesto de trabajo. Es obligatorio que exista un canal de resolución de conflictos relacionados con la gestión ética y socialmente responsable de la organización.

5. **Entorno social:** Las organizaciones deben identificar los impactos sociales de sus actividades y sus repercusiones. Por otra parte, si emprende acciones sociales o solidarias deberá exponerlas en un informe anual específico.
6. **Entorno ambiental:** Se implantará un sistema de gestión ambiental que contenga objetivos y metas cuantificables para reducir el nº de impactos. Se impulsará un plan de riesgos de tal manera, que se tomen medidas proactivas y no reactivas. El plan incluirá el almacenamiento de información sobre casos de accidentes, incidentes y situaciones de emergencia, así como las medidas empleadas para su corrección y prevención. Las empresas se han de comprometer a reducir los niveles de contaminación ambiental, incluyendo estrategias contra el cambio climático dentro de sus políticas empresariales.
7. **Inversores:** La relación con los inversores ha de respetar los principios de transparencia (deben hacerse públicas sus cuentas anuales), lealtad y creación de valor de manera sostenible. Para ello ha de formalizar un código de buen gobierno que incluirá los siguientes puntos:
 - Las relaciones entre propietarios y encargados de la gestión de la organización.
 - El contenido de la información periódica que se difundirá a los inversores.
 - Periodicidad con la que se publica dicha información.
 - Deben existir canales de comunicación a disposición de los inversores para que puedan demandar información en cualquier momento.
8. **Competencia:** Se han de respetar siempre las reglas de competencia leal y procedimientos de arbitraje y evitar casos de espionaje a competidores. En ningún caso además se podrá difamar o difundir información falsa de los competidores.
9. **Administraciones públicas:** Habrá comunicación siempre que sea preciso con la administración con el propósito de cooperar y promover una cultura de Gestión Ética y Socialmente Responsable.

3.2.5 NORMA [UNE 165010EX](#)

La información tomada por el [Centro Nacional de la Calidad](#) muestra que esta norma desarrollada por la Asociación Española de Normalización (AENOR) en 2009, como respuesta a la preocupación de las empresas por disminuir el número de impactos

ambientales y comportamientos sociales, laborales y humanitarios desafortunados. Como las normas anteriormente vistas, fija los criterios para mejorar la Responsabilidad Social Empresarial.

Al igual que los anteriores estándares cualquier organización puede implementarla sea cual sea su tamaño o volumen de negocio.

El contenido de esta guía cita y toma referencias de organizaciones como la OIT, o diversos convenios y declaraciones de derechos humanos, entre otras. Siendo la propia legislación la que delimite el marco de lo correcto e incorrecto en las relaciones laborales.

La Norma se extiende a lo largo de una serie de capítulos. Los cinco primeros explican los antecedentes y los aspectos generales del documento, así como los principios generales y los derechos básicos que deben estar presentes en todas las actuaciones dentro de la gestión de RSE de una empresa.

El capítulo cinco explica recomendaciones que la empresa debería tener en cuenta si quiere implantar y mantener un Sistema de Gestión de RSE, así como realizar mediciones y controles del proceso que ayuden a la mejora continua.

El capítulo seis proporciona un modelo de sistema de gestión para la RSE, de aplicación flexible, y que sirve como guía pudiendo existir otros modelos que posibiliten también el desarrollo de la RSE.

3.2.6 NORMA SR 10

El artículo publicado por la revista [Forum Calidad](#) pretende analizar cada uno de los requisitos que muestra la norma para implantar un Sistema de Gestión de Responsabilidad Social.

La norma SR 10 es un documento que indica los requisitos a seguir para implementar en las empresas las otras dos normas elaboradas por AENOR en materia de RSC. (ISO 2600 y UNE 165010). Hará una clasificación de los distintos tipos de requisitos. En los requisitos generales tratará de determinar los grupos de interés y sus expectativas, analizar los impactos y crear un sistema que permita, medir, evaluar y controlar el desempeño de responsabilidad social de esa organización. En los requisitos de cada uno de los grupos de interés se deberá realizar un análisis minucioso de cada uno de ellos y la organización deberá tratar de lograr un equilibrio en sus expectativas tratando de satisfacer a todos, y no únicamente al accionista o propietario. Algunas ventajas de la implantación de este sistema de gestión son:

- Aborda detalladamente cada uno de los requisitos que se debe cumplir antes los grupos de interés.
- Es complementaria a otros sistemas de gestión.
- Permite obtener una certificación.

Sin embargo, hay que resaltar también algunos de sus inconvenientes más significativos:

- Orientada a grandes empresas.
- Modelo de alcance estatal, es necesario que se convierta en una disposición reconocida internacionalmente.

- Existe una dificultad para cumplir con todos los requisitos tanto internos como en la cadena de suministro.

3.2 GRI (GLOBAL REPORTING INITIATIVE)

El [GRI](#) es un organismo internacional que se encarga de fomentar y promover el empleo de la Responsabilidad Social Corporativa en las empresas. Para ello, se ha estandarizado un modelo de memoria de sostenibilidad en el que se incluyen las pautas a seguir por las empresas con el fin de que sea fácilmente entendible entre particulares y profesionales y que cualquier empresa pueda incorporarla. En 1997 se iniciaron los trabajos, que dieron sus frutos con la publicación de la primera versión de la guía en el año 2000, y que sigue revisándose y mejorando como así lo indica la última versión GRI 4.0, que cuenta con muchas novedades y una estructura más completa y mejor organizada que la anterior versión GRI 3.1.

La guía otorga su visión del desarrollo sostenible basado en 4 aspectos:

- Vincular la Responsabilidad Social con la estrategia empresarial.
- Fomentar la participación de los grupos de interés.
- La sostenibilidad debe incluirse entre los aspectos de gestión.
- La verificación proporcionada por el organismo GRI otorgará mayor confianza y credibilidad a las partes interesadas.

Los beneficios que se esperan son los siguientes:

- Fijar indicadores como los proporcionados por la guía facilitará la obtención de datos.
- Mejora las relaciones con los grupos de interés.
- Favorece la comunicación interna.
- Mejora la imagen empresarial.
- Contar con canales de comunicación de calidad.

También presenta inconvenientes, como los siguientes, aunque no son realmente duros como para no optar por implantar una memoria de sostenibilidad:

- La organización se autocalifica en un determinado nivel de implicación.
- La verificación externa es opcional, así como la revisión por parte de GRI y no todas las empresas recurren a ella.

El propósito del organismo crear un marco fiable de normalización con la misión de informar acerca de la sostenibilidad de una forma clara, abierta y con un lenguaje de fácil comprensión.

El Marco GRI para la elaboración de memorias de sostenibilidad describe el contenido general, así como contenidos sectoriales específicos, consensuados por grupos de interés consultados a nivel mundial.

Las memorias de sostenibilidad publicadas por el organismo GRI como guía, presentan los resultados, los compromisos adquiridos con sus stakeholders, la estrategia y el enfoque directivo adoptado por la organización. Una memoria de sostenibilidad deberá mostrar una imagen equilibrada del desempeño en materia de sostenibilidad incluyendo indicadores y aspectos positivos, como los negativos, que deberá tratar de mejorar con la ayuda de la memoria.

Para ayudar en la elaboración de las memorias de sostenibilidad, GRI ha elaborado una guía que consta de dos partes:

- **Principios de elaboración de memorias y contenidos básicos:** criterios que deben tener en cuenta las organizaciones al redactar su memoria de sostenibilidad.
- **Manual de aplicación:** Explica el modo de aplicar los principios de elaboración de memorias. También ayudan a adecuar la información existente disponible sobre la empresa a lo que las organizaciones van a incluir en la memoria y a interpretar los conceptos que nombra la guía y son explicados en los anexos por medio de un glosario y notas aclaratorias debajo del contenido.

[Los principios de elaboración de memorias de sostenibilidad](#) son los siguientes, que se encuentran divididos en dos categorías:

- **PRINCIPIOS PARA DETERMINAR EL CONTENIDO DE LA MEMORIA:** Describen el proceso que decide qué incluir en la memoria teniendo en cuenta las actividades, la repercusión y las expectativas e intereses de los grupos de interés.
 - Participación de los grupos de interés
 - Contexto de sostenibilidad
 - Materialidad
 - Exhaustividad
- **PRINCIPIOS PARA DETERMINAR LA CALIDAD DE LA MEMORIA:** Para una mejor calidad de la información y formato de presentación en los informes, que capte la atención de los grupos de interés y les permita efectuar valoraciones y evaluaciones acerca del desempeño.
 - Equilibrio
 - Comparabilidad
 - Precisión
 - Puntualidad
 - Claridad
 - Fiabilidad

Por otro lado hay que distinguir 4 definiciones clave que aparecen en el manual de aplicación y que será de gran ayuda recordar aquí, dado que entender bien cada una de ellas será vital para desarrollar una memoria conforme a la guía.

- **Categoría de indicadores:** Gran grupo de aspectos de sostenibilidad. En concreto trata los ámbitos económico, ambiental y social. Dentro de ellas se pueden incluir por ejemplo, en el ámbito social las categorías siguientes: prácticas laborales, derechos humanos, sociedad y responsabilidad de producto. Una categoría puede englobar diversos aspectos.
- **Los aspectos:** Información relacionada con una categoría específica de indicadores. Por ejemplo, en el ámbito ambiental podemos encontrar aspectos como: materiales, agua, residuos, etc.
- **Indicador de desempeño:** nos proporciona información cuantitativa y cualitativa acerca de un aspecto concreto y que podrá ser evaluado con el fin de ser posteriormente analizado y mejorado.

- **Aspecto material:** Aquellos que reflejan los efectos económicos, ambientales y sociales significativos o relevantes de la organización.

Aunque no es necesario seguir un proceso lineal si es conveniente seguir los pasos indicados por la guía para elaborar la memoria:

1. Obtener una visión global, leyendo palabras clave y los principios de elaboración de memorias.
2. Elegir una de las dos opciones de conformidad de la guía, sabiendo que cada opción implica la inclusión en la memoria de una serie de contenidos. Las dos opciones que hay son: la opción esencial, trata todas las categorías de indicadores aunque de manera menos profunda que la exhaustiva, que tratará todos y cada uno de los indicadores que vienen en los índices visibles en el siguiente apartado. Tanto las organizaciones que elaboran su primera memoria como aquellas que han realizado alguna anteriormente han de elegir la opción de conformidad que cumpla con sus necesidades y refleje la información que sus grupos de interés demandan.
3. Preparar la exposición de los contenidos básicos generales leyendo los principios y comprobando si existen contenidos sectoriales pertenecientes a su sector. Posteriormente habrá que dedicar tiempo a la planificación y a la clasificación de los aspectos materiales más relevantes a incluir dentro del contenido general.
4. Preparar la exposición de los contenidos básicos específicos: se reduce a realizar lo mismo que en el apartado anterior pero para contenidos propios del sector. Si en la lista de contenidos sectoriales proporcionada por el GRI no incluye algún aspecto considerado material por la organización, ésta será libre de incluirlo en su memoria sin perjuicio alguno.
5. Elaborar una memoria de sostenibilidad. Las memorias pueden presentarse en formato electrónico, a través de internet o impresas. En caso de no existir coherencia entre la primera parte: principios de elaboración de memorias y contenidos básicos y la segunda: Manual de aplicación de la guía se determinará que la primera es la versión auténtica.

La publicación de la memoria deberá ser notificada a GRI junto con la opción de conformidad adquirida y el contenido básico descrito en la guía aunque no cumpla todos los requisitos de las opciones de conformidad.

Al notificar una publicación al organismo GRI se puede elegir una de las siguientes opciones o ambas:

- Notificar a GRI la publicación de la memoria y facilitar una copia impresa o en formato electrónico.
- Registrar la memoria en la base de datos de divulgación sobre Sostenibilidad de GRI.

3.3 FORÉTICA

Como indican ellos mismos en su página web, [Forética](#) es una asociación de empresas y profesionales de la responsabilidad social empresarial y sostenibilidad líder en España y Latinoamérica, que tiene como objetivo la promoción y la integración de los aspectos sociales, ambientales y de buen gobierno en la estrategia y gestión de

empresas y organizaciones. En la actualidad está compuesta por más de 200 socios y cuenta con una red compuesta por más de 140 organizaciones.

La Norma SGE 21, es propiedad de Forética, y es el primer sistema de gestión de la responsabilidad social que permite, de manera voluntaria, alcanzar una certificación. En la actualidad, más de un centenar de empresas y organizaciones están certificadas con la Norma en España y Latinoamérica.

Forética fue nombrada por el World Business Council for Sustainable Development como su único representante en España y por tanto nombrada Consejo Empresarial Español para el Desarrollo Sostenible. Además es miembro del Consejo de Administración de CSR Europe.

Forética, como indica Luis Pareja Sedano en su [blog Minería y Responsabilidad Social \(2013\)](#), participa en foros de decisión nacionales e internacionales, aportando soluciones innovadoras en Responsabilidad Social adaptada tanto a pymes como a grandes empresas.

Forética es una organización multistakeholder, basado en la participación de todos sus grupos de interés. Es la referencia en el uso de herramientas de gestión de RSE integrales, que engloban los procesos de implantación, medición y evaluación de conductas de la empresa en sus operaciones y con el entorno. Aglutina conocimientos en esta materia fruto de una extensa red de empresas, académicos y expertos en RSE. Es una plataforma de comunicación, benchmarking y fomento de la transparencia.

Algunas de las alianzas o acuerdos a nivel mundial que ha llevado a cabo Forética son las siguientes:

- Publica desde 2006 el Informe de Progreso como organización firmante de la red del Pacto Mundial de las Naciones Unidas.
- Posee una alianza estratégica con Social Accountability International y ayuda, promueve e incluso realiza formación a profesionales en materia de Responsabilidad Social.
- Forma parte de Global Reporting Initiative (GRI) como miembro Organisational Stakeholder (OS).
- Es socio representante europeo de la red CSR360, Global Partner Network de Business in the Community (BITC).
- Es miembro afiliado a la Red Fórum empresa de Latinoamérica desde 2010.
- Firmó en 2009 un convenio con el Instituto de Responsabilidad Social Empresarial de Ecuador (IRSE) con el fin de realizar proyectos comunes que fomenten el empleo de la RSE en Ecuador.
- Firmó un convenio con SGS para la certificación de la norma SGE 21 en 17 países de Latinoamérica.
- Mantiene relaciones de colaboración con los posgrados de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile y Facultad de Comunicación, Turismo y Psicología de la Universidad San Martín de Porres (Lima, Perú).

3.4 AENOR

Como bien indica en su perfil de su [página web](#), AENOR es la asociación española de normalización y certificación. Es una entidad privada, que ayuda a las empresas a

mejorar su competitividad, difundiendo normas estandarizadas que actúen como generadoras de confianza entre los consumidores.

AENOR dispone de casi 29.00 documentos de normalización que ayudan a las empresas a desarrollar productos y servicios conforme a unos requisitos que garanticen la seguridad y cumplimiento de expectativas del consumidor.

AENOR, no certifica únicamente en España, sino que lo hace a nivel mundial, habiendo proporcionado certificados ya en más de 60 países y situándose ya, entre las 10 entidades más certificadoras del mundo.

Tiene presencia en todas las comunidades autónomas, ya que cuenta con 20 sedes y cuenta con presencia permanente en 12 países, principalmente de Europa e Iberoamérica.

Entre los servicios que realiza AENOR a la sociedad, se encuentran los de la actualización y revisiones normativas, desarrollo de software, realización de cursos o suministro de información a interesados.

La variedad de normas de la que dispone AENOR, es amplísima, abarcando temas de RSC, calidad, prevención de riesgos, o regulación medioambiental, entre muchos otros.

En concreto las normas AENOR relacionadas con nuestro estudio son las normas SR 10, y la ISO 2600.

4. PRINCIPALES CAMBIOS ENTRE LA NORMATIVA GRI 3.1 Y GRI 4.0

Pese a que la tercera actualización de la norma GRI de sostenibilidad fue publicada en 2006, no sería hasta 2014, cuando el Hospital Río Hortega Valladolid elaboró con la ayuda del profesorado de la Universidad de Valladolid la memoria de Responsabilidad Corporativa G3.

Dado que era la primera ocasión en la que se realizaba una memoria de este alcance, fue necesario un estudio previo de la norma y una planificación con el fin de ir reuniendo información acerca de todos aquellos aspectos requeridos por el organismo GRI en la disposición de su normativa.

A mediados de 2013 la normativa G3 evolucionó en muchos de sus aspectos y proporcionó un índice claramente mejor estructurado y más completo en ambos niveles de aplicación, tanto en la opción esencial, como en la exhaustiva.

El tema referente a los indicadores, es decir, el contenido específico de la organización es lo que menos ha variado entre dichas normas. Por el contrario, el contenido general ha sufrido una gran transformación en la nueva actualización. Se pasan de 4 capítulos con información no plenamente delimitada en cada uno de ellos a 7 bien estructurados, en los que se han incorporado nuevos criterios como el de la ética y la integridad. Además, se han ampliado los contenidos de los aspectos materiales que propone el GRI, con el fin de que las organizaciones muestren más datos y cada vez más relevantes, eliminando aquellos que no aportan nada a sus grupos de interés.

Por otro lado, el GRI ha incluido en su índice nuevos aspectos materiales que ayuden a completar la información útil para el lector de estas memorias de sostenibilidad.

El índice conceptual que disponían las organizaciones en la anterior normativa es el siguiente:

1. ESTRATEGÍA Y ANÁLISIS
2. PERFIL DE LA ORGANIZACIÓN
3. PARÁMETROS DE LA MEMORIA
4. GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS
5. ENFOQUE DE GESTIÓN E INDICADORES DE DESEMPEÑO

Tabla 4. Capítulos del contenido general GRI 3

A continuación muestro el índice conceptual de la actual G4:

1. ESTRATEGÍA Y ANÁLISIS
2. PERFIL DE LA ORGANIZACIÓN
3. ASPECTOS MATERIALES Y COBERTURA
4. PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS
5. PERFIL DE LA MEMORIA

6. GOBIERNO

7. ÉTICA E INTEGRIDAD

Tabla 5. Capítulos del contenido general GRI 4

Si profundizamos en el contenido podremos comprobar que esta actualización es una evolución mucho mayor que lo que parece a simple vista, por ello iré comentando las principales novedades que deben incorporarse y aspectos que ya no son necesarios incluir en esta nueva memoria, en un estudio capítulo por capítulo.

1. ESTRATEGIA Y ANÁLISIS

En esta categoría, la organización deberá presentar una declaración o una carta escrita por un alto directivo de la organización en la que alegue su implicación por la sostenibilidad y los planes de futuro que la organización tiene a corto, medio y largo plazo en sus acciones para reducir el número de impactos económicos, sociales y ambientales.

Esto, debe de ir acompañado de una correcta descripción de los principales impactos, riesgos y oportunidades que se tratan en dos apartados:

- El Apartado 1 que tendrá como núcleo de interés los impactos que se produzcan en la organización en materia de sostenibilidad y sus efectos sobre los grupos de interés.
- El Apartado 2 que considerará como más importante el impacto de las tendencias, riesgos y oportunidades de sostenibilidad en las perspectivas a largo plazo y en el desempeño de la organización.

Dicho capítulo no ha variado con la inclusión de la nueva norma.

2. PERFIL DE LA ORGANIZACIÓN

El perfil de la organización es el contenido general, que quizás proporciona más datos sobre la organización, siendo todos ellos de carácter genérico y sin entrar a valorar ningún indicador.

Este capítulo mantiene la estructura importante de la norma GRI 3, en la que se indicaban, por ejemplo: El nombre de la organización, sus marcas o productos más importantes, el lugar dónde se encuentra la sede, los países en los que opera la organización, su forma jurídica, los mercados internacionales en los que opera, así como el tamaño de la organización considerado en función del número de empleados, número de operaciones, ventas, y cantidad de referencias distintas que dispone la empresa.

A este ámbito se han incorporado como necesarios en ambos niveles de aplicación los siguientes contenidos si se quiere obtener la conformidad y verificación por el organismo GRI.

CONTENIDO G10

Dicho aspecto requiere la siguiente información:

- Número de empleados por contrato laboral y sexo.

- Número de empleados fijos por tipo de contrato y sexo.
- Tamaño de la plantilla por empleados, trabajadores externos y sexo.
- Tamaño de la plantilla por región y sexo.
- Indique si una parte sustancial de la organización es realizada por autónomos o subcontratas.
- Comunique los cambios significativos en el número de trabajadores.

CONTENIDO G11

- Porcentaje de empleados cubiertos por convenio colectivo

CONTENIDO G12

Describa la cadena de suministro de la organización. Debe incluir:

- Secuencia de actividades por las que la organización se aprovisiona de productos.
- Número de proveedores con los que trabaja.
- Ubicación de los proveedores por país o región.
- Tipo de proveedores (contratistas, intermediarios, mayoristas, concesionarios, etc.).
- Valor monetario de los pagos realizados a los proveedores.
- Características específicas que requiera la cadena de suministro.

CONTENIDO G14

- Indique como aplica la organización el principio de precaución. Entendiendo como precaución, el hecho de mitigar la posibilidad de que se den impactos ambientales, independientemente de su coste.

CONTENIDO G15

- Confeccionar una lista con los principios u iniciativas externas de carácter económico, ambiental y social que la organización suscribe o ha adoptado y en las que informa sobre países, grupos de interés y el gobierno de estas iniciativas. Será preciso distinguir entre aquellas que son voluntarias y las que la vienen impuestas a la organización de forma obligada.

Del capítulo denominado " PERFIL DE LA ORGANIZACIÓN" desaparecen en la nueva memoria aspectos que trataban, la estructura operativa de la organización, es decir si la organización disponía en el grupo de empresas filiales o divisiones, o acuerdos de colaboración conjunta entre empresas como las joint ventures. También desaparecen todos aquellos premios y distinciones de reconocimiento que la organización o sus miembros han recibido en el periodo de alcance de la memoria.

3. ASPECTOS MATERIALES Y COBERTURA

Este capítulo es novedoso, con respecto a la anterior versión de la norma. En él se aborda toda la estructura de contenidos, es decir, trata de organizar los aspectos materiales para la organización de modo que se traduzcan posteriormente en indicadores de desempeños actualizados y acordes tanto con la norma GRI como con la propia organización.

Por otro lado, la elaboración de la memoria deberá partir de principios como la materialidad, la exhaustividad, la transparencia o la participación de los grupos de

interés, que deberán estar presentes en el contenido de la memoria sin necesidad de hacer referencia a los mismos.

La guía de la norma G4 incluso marca un proceso de cobertura y determinación de aspectos materiales basados en los 4 pasos correlativos que a continuación se indican:

1. IDENTIFICACIÓN
2. PRIORIZACIÓN
3. VALIDACIÓN
4. REVISIÓN

Estas 4 etapas comprenden, desde la identificación de los aspectos relevantes de la organización y cuando se prioriza a aquellos significativos en materia de sostenibilidad hasta el momento en que la organización externa de verificación aprueba que la memoria es conforme a lo establecido, y la organización comienza a revisarla para actualizarla a la nueva versión normativa.

La organización debe valorar los impactos relacionados con cada asunto que se considere relevante y determinar su cobertura. La cobertura de un aspecto delimita su ámbito de impacto y es necesaria para determinar en qué elementos internos y externos se produce el impacto.

En cuanto a los contenidos que han sido añadidos y consecuentemente deberán incorporar todas las memorias de sostenibilidad son:

CONTENIDO G17

Elabore una lista de las entidades que figuran en los estados financieros consolidados y otros documentos equivalentes y señale si algunas de estas entidades o documentos no figuran en la memoria.

CONTENIDO G19

Realizar una lista de los aspectos materiales que se identificaron al determinar el contenido que se iba a incluir en la memoria.

CONTENIDO G20

Indique si el aspecto es material en la organización, si no lo es tiene dos alternativas.

- Facilitar una lista de las entidades o grupos de entidades incluidos en el contenido G17 que no consideran material dicho aspecto.
- Facilitar una lista de las entidades o grupos de entidades incluidos en el contenido G17 que sí consideran material dicho aspecto.

Hay que señalar cualquier limitación concreta que afecte a la cobertura de cada aspecto dentro de la organización.

CONTENIDO G21

Indique si el aspecto es material fuera de la organización. En caso afirmativo, señalar las entidades que así lo defienden. Adicionalmente, señale cualquier limitación concreta que afecte a la cobertura de cada aspecto fuera de la organización.

CONTENIDO G23

Señale todo cambio significativo en el alcance y en la cobertura de cada aspecto con respecto a memorias anteriores.

En la anterior actualización de la norma, este tercer capítulo lo constituían " LOS PARÁMETROS DE LA MEMORIA", que aglutinaba información sobre la participación de los grupos de interés, el alcance y cobertura de la memoria y el perfil de la memoria.

Esto indica que algunos aspectos que este apartado incluía han caído en detrimento de nuevos contenidos más específicos de cada bloque, que complementen a aquellos que se mantuvieron después de realizar la actualización. Algunos de los aspectos que ya no son necesarios incluirlos en la nueva memoria son:

- La base para incluir información en el caso de negocios conjuntos, joint ventures, filiales, instalaciones arrendadas, actividades subcontratadas y otras entidades que puedan afectar de manera relevante a la comparabilidad entre periodos y/ o entre organizaciones.
- Técnicas de medición de datos y bases para realizar los cálculos, incluidas las hipótesis y técnicas subyacentes a las estimaciones aplicadas en la recopilación de indicadores y demás información de memoria.
- Política y práctica actual en relación con la solicitud de verificación externa de la memoria.

4. PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS

En dicho capítulo, el contenido que se demanda sigue siendo el mismo que era necesario cumplimentar anteriormente para realizar una memoria de sostenibilidad acorde a cualquiera de los dos niveles de aplicación. Por otra parte, la participación de los grupos de interés es un principio que debe respetar toda memoria de sostenibilidad.

En definitiva, si se trabaja para satisfacer a los grupos de interés, es necesario escuchar sus críticas u opiniones de manera que permitan crecer a la organización y seguir mejorando cada día.

Los criterios que la normativa demanda son:

- Una lista de los grupos de interés vinculados a la organización
- El motivo por el que se dio el vínculo entre los grupos de interés y la organización
- Indicar si un grupo se ha implicado más en la elaboración de la memoria, así como la frecuencia con la que la organización se relaciona con todos ellos
- Explicar aquellos problemas y cuestiones clave que han sido identificados por la organización gracias a la participación de los grupos de interés

5. PERFIL DE LA MEMORIA

Los contenidos de este capítulo recogen información básica sobre la memoria incluyendo aspectos como la periodicidad con la que se publican las memorias, el alcance o fecha de la misma, el punto de contacto con la persona que ha sido la encargada de realizar dicha memoria de sostenibilidad e incluso el índice completo en el que se muestra el nivel de aplicación escogido por la organización y en el que se

pueden ver de forma simplificada todos los contenidos que incluye la memoria y si todos ellos siguen el criterio de conformidad que rige el organismo GRI.

Habrà de indicarse en el índice si la memoria ha sido sometida a verificación externa. En caso afirmativo bastaría con referenciar un enlace en el que se pueda comprobar el informe de verificación externa.

Por otro lado, hay que comentar que dicho capítulo es prácticamente idéntico al que incorporaba la GRI 3, si bien, amplía en dos puntos su visión sobre este apartado.

- **En el contenido G32**, antes era recomendable especificar el nivel de aplicación, ahora con la actualización es obligatorio indicarlo. Se debe facilitar tanto la opción de conformidad escogida, como el índice y el informe de verificación si lo hubiera.
- **En el contenido G4 33**, que se adhiere a la nueva memoria se pide que se describa la política y prácticas vigentes de la organización en materia de verificación. Impone que si en el informe de verificación adjunto a la memoria, no se mencionan el alcance y fundamento de la verificación externa, debe indicarse. Además, es necesario proporcionar información sobre los proveedores de verificación y la relación que la organización mantiene con los mismos. Inclusive, es necesario aportar si fue un órgano ejecutivo el que inició los trámites para la solicitud de la verificación externa.

Como último apunte, decir que la verificación debe realizarse por personas competentes y profesionales ajenas a la organización que apliquen una serie de procesos sistemáticos documentados que se sustenten por razones coherentes.

La norma GRI 4 recomienda a las organizaciones sobre sus proveedores de servicios externos, que se sigan las siguientes indicaciones:

- Que los proveedores sean independientes de la organización, y por tanto tengan voz propia para publicar opiniones imparciales sobre la memoria.
- Que sean profesionales que puedan probar sus habilidades y competencias en materia de verificación.
- Que su trabajo se rija por la aplicación de ciertos parámetros de calidad.
- Que su trabajo siga las líneas rutinarias de protocolo indicadas y documentadas.
- Que realicen una evaluación sobre si los criterios que la organización propone obedecen al principio de equilibrio en el cuál, hay total transparencia en los indicadores positivos y negativos que ofrece la empresa.
- Que manifiesten en qué medida las conclusiones de la memoria han seguido la guía.
- Que elaboren un informe público en el que se comente las conclusiones sobre el análisis de la memoria así como una descripción de los responsables de la memoria y del personal encargado de realizar la verificación.

6. GOBIERNO

Este epígrafe, es quizás el que más cambios muestra respecto a la anterior versión de la norma. La G4, pone mucho énfasis en conseguir una estructura transparente en la rendición de cuentas en todas las organizaciones. En estos contenidos se establece la

posición de la estructura de gobierno frente a las dimensiones económica, ambiental y social y si las acciones de estos se encuentran comprometidas con el propósito de sostenibilidad que difunde la organización.

Estos contenidos básicos aportan información sobre:

- La estructura del gobierno y su composición.
- El papel de los órganos superiores al establecer propósitos, valores y estrategias de la organización.
- La evaluación de competencias y el desempeño del órgano superior.
- Aportar una visión acerca de las funciones de este órgano en el ámbito de la gestión de riesgos la elaboración de memorias de sostenibilidad y en la evaluación de desempeños económicos, ambientales y sociales.
- Salarios e incentivos.

Algunos de los contenidos que no aparecen en la versión GRI 3 y son obligatorios únicamente para aquellas organizaciones que se decanten por realizar la opción exhaustiva de conformidad son los siguientes:

CONTENIDO G35

Describa cómo delega el órgano de gobierno su autoridad en la alta dirección y en determinados empleados en cuestiones de fundamento económico, social y ambiental.

CONTENIDO G36

Indicar los cargos ejecutivos o con responsabilidad económica, ambiental, social y si éstos rinden cuentas directamente al órgano superior.

CONTENIDO G37

Describa los procesos de consulta entre el órgano superior de gobierno y los grupos de interés con respecto a cuestiones económicas, sociales, ambientales. En caso de que se delegue esta tarea, indicar a quién y cómo es el flujo de información entre esta persona y el órgano superior.

CONTENIDO G38

Describa la composición del órgano superior de gobierno y sus comités. Para ello es preciso desglosarlo en la siguiente información:

- Ejecutivos y no ejecutivos.
- Independencia.
- Antigüedad en el ejercicio en el órgano de gobierno.
- Número de otros puestos y actividades significativas, así como la naturaleza de tales actividades.
- Sexo.
- Miembros de grupos sociales con representación insuficiente.
- Competencias relacionadas con los efectos económicos, ambientales y sociales.
- Representación de grupos de interés.

CONTENIDO G41

Dicho contenido se encuentra disponible en el G3, con salvedad de ciertos aspectos que serán necesarios aportar en la actualización a la G4. Estos aspectos son los siguientes:

- Número de miembros de las distintas juntas.
- Tenencia de acciones de proveedores y otros grupos de interés.
- Existencia de un accionista de control.
- Información que revelar sobre partes relacionadas.

CONTENIDO G43

Informe acerca de las medidas que se han tomado para mejorar y desarrollar el conocimiento colectivo del órgano superior de gobierno con relación a los asuntos económicos, ambientales y sociales.

CONTENIDO G44

Dicho contenido se amplía en la actual versión de la norma del organismo GRI, que demanda adicionalmente a lo anteriormente dispuesto que se especifiquen las medidas posteriores a la evaluación del desempeño ambiental, social y económico, indicando si se han dado cambios en los miembros de gobierno o en las prácticas organizativas.

CONTENIDO G45

Este aspecto también se ha ampliado en relación a los datos ya demandados. La principal novedad radica en que se ha de indicar si en la gestión de oportunidades, riesgos e impactos económicos, ambientales y sociales, el órgano de gobierno realiza consultas a los grupos de interés y las aprovecha para incorporarlas a su trabajo.

CONTENIDO G46

Describa que papel representa el órgano superior de gobierno en el análisis de la eficacia de los procesos de gestión del riesgo de la organización en lo referente a asuntos económicos, ambientales y sociales.

CONTENIDO G47

Muestre con qué frecuencia lleva a cabo el órgano superior de gobierno un estudio de los impactos, riesgos y oportunidades de carácter económico, ambiental y social.

CONTENIDO G48

Indique cuál es el comité o el cargo de mayor importancia que revisa y aprueba la memoria de sostenibilidad de la organización y se asegura de que todos los aspectos materiales queden reflejados.

CONTENIDO G49

Describa el proceso para transmitir las preocupaciones importantes al órgano superior de gobierno.

CONTENIDO G50

Indicar el número de preocupaciones importantes que se trasladaron al órgano superior de gobierno, así como la naturaleza de las mismas y describa los mecanismos que se emplearon para abordarlas y evaluarlas.

CONTENIDO G51

De nuevo, nos encontramos ante otro contenido que ha sido ampliado, y en la que se debe indicar como principal novedad la política retributiva que existe en la alta dirección y el órgano superior del gobierno desglosándose en los siguientes puntos:

- Retribución fija y retribución variable: basada en rendimiento, retribución por acciones, primas, acciones de dividendo diferido acciones transferidas.
- Primas o incentivos a la contratación
- Indemnizaciones por despido
- Rembolsos
- Pensiones de jubilación

CONTENIDO G52

Describa los procesos para determinar la remuneración. Indique si se recurre a consultores para determinar la remuneración y si estos son independientes de la dirección. Señale cualquier otro tipo de relación que dichos consultores en materia de retribución puedan tener con la organización.

CONTENIDO G53

Explique cómo se solicita y se tiene en cuenta la opinión de los grupos de interés en lo relacionado con la retribución, incluyendo si procede, los resultados sobre las votaciones acerca de políticas y propuestas relacionadas con esta cuestión.

CONTENIDO G54

Calcule la relación entre la persona mejor pagada de la organización en cada país donde se llevan a cabo operaciones significativas con la retribución anual media de toda la plantilla (sin contar a la persona mejor pagada) del país correspondiente.

CONTENIDO G55

Calcule la relación entre EL INCREMENTO PORCENTUAL de la retribución total anual de la persona mejor pagada de la organización en cada país donde se llevan a cabo operaciones significativas con la retribución anual media de toda la plantilla (sin contar a la persona mejor pagada) del país correspondiente.

Respecto a la norma G3, en esta actualización a la G4, **se han perdido** los siguientes datos requeridos anteriormente:

- El número y sexo de miembros de las organizaciones directivas unitarias que sean independientes o no ejecutivos.
- Mecanismos de empleados y accionistas para comunicar recomendaciones o indicaciones al máximo órgano de gobierno.

7. ÉTICA E INTEGRIDAD

Esta parte es íntegramente novedosa, ya que anteriormente no existía ni como epígrafe ni como información general o acoplada a otros capítulos. Estos contenidos nos proporcionarán una visión en conjunto de: valores, estándares de la organización, normas y valoraciones y recuentos de conductas éticas y de aquellas más inmorales que pasan por alto los códigos éticos y de buena conducta.

El primer contenido de los 3 que se desarrolla aquí, es el G56 que es obligatorio tanto en la opción de conformidad esencial como en la exhaustiva.

Los otros dos contenidos consecutivos a este, pertenecen al contenido que deben mostrar aquellas organizaciones que apuesten por la opción exhaustiva, más amplia en su visión general de contenidos y más extensa también con sus indicadores, ya que deberá aportar datos de todos aquellos que la organización ha considerado como aspecto material y por tanto muy relevantes para los grupos de interés.

CONTENIDO G56

Describa los valores, los principios, los estándares y las normas de la organización, tales como códigos de conducta o códigos éticos.

Se debería explicar si la empresa realiza programas de formación para sus empleados y socios empresariales, si se ha creado un cargo que ayude a promover este indicador en la organización, y si los valores, normas, y principios de conducta han sido traducidos a diversos idiomas para que todos los miembros los puedan consultar.

CONTENIDO G57

Describa los mecanismos internos y externos de asesoramiento en pro de una conducta ética y lícita, y para los asuntos relacionados con la integridad de la organización, tales como líneas telefónicas de ayuda o asesoramiento.

Se precisa para ello conocer al responsable de los mecanismos de asesoramiento. Éste debe nombrar si dichos mecanismos son independientes, informar a los empleados con independencia de su disponibilidad y el idioma que hablen, guardar sigilo sobre las peticiones de asesoramiento que le han sido realizadas e informar en la memoria del número total de solicitudes de asesoramiento que han tenido lugar, y cuántas de ellas han resultado satisfechas en este periodo.

CONTENIDO G58

Describa los mecanismos internos y externos de conductas poco lícitas o éticas y de asuntos relativos a la integridad de la organización, tales como la notificación escalonada a los mandos directivos, los mecanismos de denuncia de irregularidades o las líneas telefónicas de ayuda.

Para ello tiene especial interés conocer si se respetan la confidencialidad de las denuncias, si los mecanismos permiten presentar denuncias de forma anónima, cómo investigarlas así como el número concreto de denuncias notificadas en el periodo en el que hace referencia la memoria. De todas ellas habrá de indicarse cuántas se resolvieron y cuántas de aquellas carecían de razones para llevarse a cabo.

Tanto en los contenidos G57 como G58 hay que indicar el grado de satisfacción de los usuarios con los mecanismos de asesoramiento en los primeros y de denuncias en los segundos.

Una vez, acabada la profunda revisión de contenidos entre las dos normativas del organismo GRI, a continuación, a modo de síntesis se elaborará un cuadro resumen en las páginas siguientes con los principales cambios e inclusiones en esta G4 respecto a la anterior versión.

INDICE DE OPCIÓN ESENCIAL DE CONFORMIDAD		
CONTENIDOS BÁSICOS GENERALES		
CAPÍTULO	NÚMERO DE CONTENIDO	CONTENIDO RESPECTO A LA GRI 3
ESTRATEGÍA Y ANÁLISIS	G4-1	PERMANENTE
	G4-3	PERMANENTE
PERFIL DE LA ORGANIZACIÓN	G4-4	PERMANENTE
	G4-5	PERMANENTE
	G4-6	PERMANENTE
	G4-7	PERMANENTE
	G4-8	PERMANENTE
	G4-9	PERMANENTE
	G4-10	NOVEDOSO
	G4-11	NOVEDOSO
	G4-12	NOVEDOSO
	G4-13	AMPLIADO
	G4-14	NOVEDOSO
	G4-15	NOVEDOSO
	G4-16	PERMANENTE
	ASPECTOS MATERIALES Y COBERTURA	G4-17
G4-18		PERMANENTE
G4-19		NOVEDOSO
G4-20		NOVEDOSO
G4-21		NOVEDOSO

	G4-22	PERMANENTE
	G4-23	NOVEDOSO
PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS	G4-24	PERMANENTE
	G4-25	PERMANENTE
	G4-26	PERMANENTE
	G4-27	PERMANENTE
PERFIL DE LA MEMORIA	G4-28	PERMANENTE
	G4-29	PERMANENTE
	G4-30	PERMANENTE
	G4-31	PERMANENTE
	G4-32	NOVEDOSO
	G4-33	NOVEDOSO
GOBIERNO	G4-34	PERMANENTE
ÉTICA E INTEGRIDAD	G4-56	NOVEDOSO

Tabla 6. Índice de conformidad esencial

ÍNDICE DE OPCIÓN EHAUSTIVA DE CONFORMIDAD		
CONTENIDOS BÁSICOS GENERALES		
CÁPITULO	NÚMERO DE CONTENIDO	CONTENIDO RESPECTO A LA GRI 3
ESTRATEGÍA Y ANÁLISIS	G4-1	PERMANENTE
	G4-2	PERMANENTE
PERFIL DE LA ORGANIZACIÓN	G4-3	PERMANENTE
	G4-4	PERMANENTE
	G4-5	PERMANENTE
	G4-6	PERMANENTE
	G4-7	PERMANENTE
	G4-8	PERMANENTE
	G4-9	PERMANENTE
	G4-10	NOVEDOSO
	G4-11	NOVEDOSO
	G4-12	NOVEDOSO
	G4-13	AMPLIADO
	G4-14	NOVEDOSO

	G4-15	NOVEDOSO
	G4-16	PERMANENTE
ASPECTOS MATERIALES Y COBERTURA	G4-17	NOVEDOSO
	G4-18	PERMANENTE
	G4-19	NOVEDOSO
	G4-20	NOVEDOSO
	G4-21	NOVEDOSO
	G4-22	PERMANENTE
	G4-23	NOVEDOSO
PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS	G4-24	PERMANENTE
	G4-25	PERMANENTE
	G4-26	PERMANENTE
	G4-27	PERMANENTE
PERFIL DE LA MEMORIA	G4-28	PERMANENTE
	G4-29	PERMANENTE
	G4-30	PERMANENTE
	G4-31	PERMANENTE
	G4-32	NOVEDOSO
	G4-33	NOVEDOSO
GOBIERNO	G4-34	PERMANENTE
	G4-35	NOVEDOSO
	G4-36	NOVEDOSO
	G4-37	NOVEDOSO
	G4-38	NOVEDOSO
	G4-39	PERMANENTE
	G4-40	PERMANENTE
	G4-41	AMPLIADO
	G4-42	PERMANENTE
	G4-43	NOVEDOSO
	G4-44	AMPLIADO
	G4-45	AMPLIADO
	G4-46	NOVEDOSO
	G4-47	NOVEDOSO
	G4-48	NOVEDOSO
	G4-49	NOVEDOSO
	G4-50	NOVEDOSO
	G4-51	AMPLIADO
	G4-52	NOVEDOSO
	G4-53	NOVEDOSO
	G4-54	NOVEDOSO
	G4-55	NOVEDOSO

ÉTICA E INTEGRIDAD	G4-56	NOVEDOSO
	G4-57	NOVEDOSO
	G4-58	NOVEDOSO

Tabla 7. Índice de conformidad exhaustivo

* "PERMANENTE" hace referencia a requisitos de contenidos no modificados con respecto a lo que se demandaba en la GRI 3.

**"NOVEDOSO" hace referencia a contenidos que se han incorporado recientemente a la norma G4 y que no aparecían en la anterior versión.

***" AMPLIADO" hace referencia a contenidos que suponen un aumento de requisitos más específicos como complemento a los ya existentes en la GRI 3 que se siguen manteniendo

CAMBIOS CLAVE DE LA VERSIÓN G4 DEL GRI

Global Reporting Initiative es una organización que impulsa la elaboración de reportes de sostenibilidad para medir y dar a conocer su desempeño económico, ambiental y social; la guía puede ser aplicada por empresas de cualquier tamaño y por Organizaciones de la Sociedad Civil.

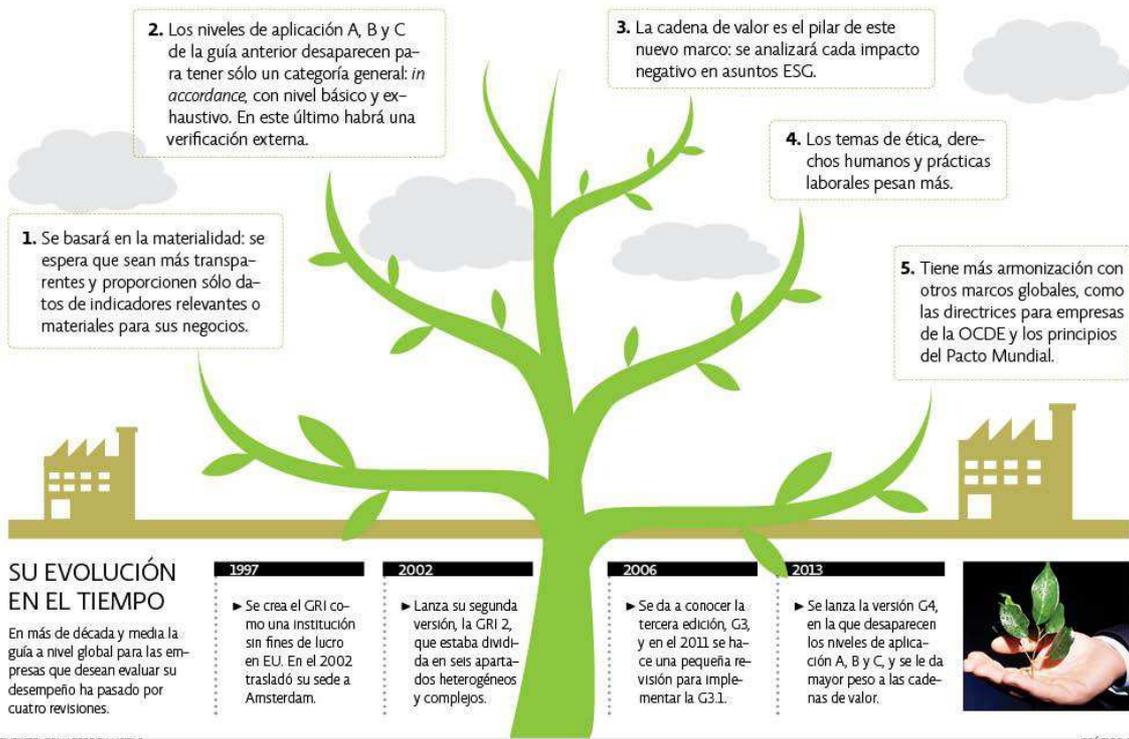


Ilustración 3. Resumen de cambios clave en la actualización de la norma

5. ESTUDIO ECONÓMICO

5.1 INTRODUCCIÓN

Este estudio, trata las etapas de la actualización de la normativa de Responsabilidad Social y Sostenibilidad que se han seguido en el proyecto, los costes económicos de cada una de ellas, así como el personal responsable de que tales etapas salieran adelante con éxito y un desglose de las horas empleadas por cada miembro.

El proyecto pretende actualizar la memoria de 2014 del Hospital Rio Hortega, apoyándose en la guía o documento marco que proporciona el organismo GRI. Para esta actualización ha sido necesaria la participación conjunta de personal interno del hospital, como externo (asesores).

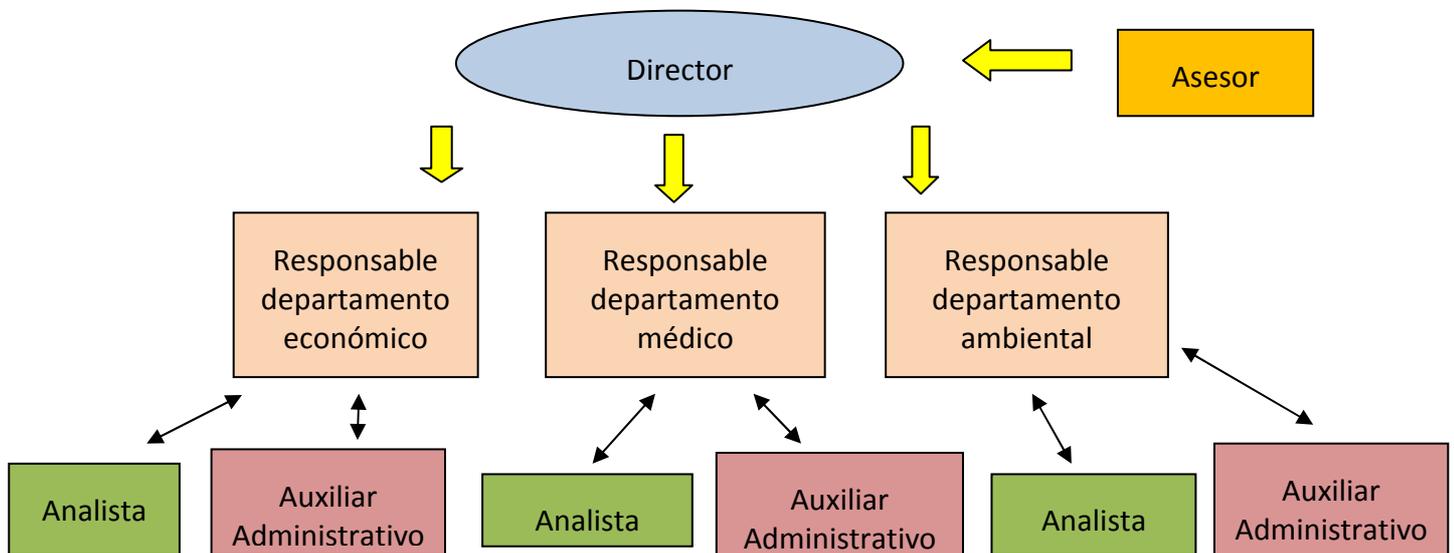
La anterior versión 3.1 de estandarización del GRI, comparte con la nueva versión nuevos aspectos, si bien hay que decir que el cambio estructural es profundo y ahonda en aspectos antes pasados por alto. Se adhiere un epígrafe vinculado con la ética y se presta más atención a las actividades directivas o de gobierno. Por lo tanto, revisará si desde los niveles más altos dan ejemplo y transmiten las medidas de responsabilidad social en sus relaciones no sólo con sus empleados, sino a lo largo de toda la cadena de suministro.

5.2 JERARQUÍA EN EL PROYECTO

Las personas interventoras en dicho proyecto pueden ser clasificadas en función de su labor o desempeño en la empresa de la siguiente forma:

- Director
- Responsable de departamento económico
- Responsable de departamento médico
- Responsable de departamento ambiental
- Asesor
- Analista
- Auxiliar administrativo

Dichas personas establecen una relación jerárquica que se muestra a continuación:



El Director será el que aparezca en primera página firmando y recogiendo todas las iniciativas que el hospital va a llevar a cabo en materia de responsabilidad social. Se encarga además de elegir el asesor externo que trabajará para el proyecto. Controla los resultados económicos, sociales y ambientales que le reportan los responsables de departamento y delega responsabilidades.

Los Responsables de departamento, cada uno especializado en su ámbito deben rendir cuentas y mostrar los resultados ante el director. Éstos deben de recopilar todos los datos de interés pertenecientes a la empresa que les son demandados por analistas y auxiliares administrativos. Además deberán medir y controlar cada uno de los indicadores que posteriormente se incorporen a la nueva actualización de la memoria.

Los analistas son los encargados de analizar la memoria existente y cada uno de los aspectos de interés que su responsable de departamento le requiera. Deberá redactar los comentarios en base a los datos disponibles que le suministrará el responsable de departamento.

Los auxiliares administrativos redactarán los datos que debe recoger la nueva guía adaptada a la nueva situación de la empresa y de actualización de la norma. Además ayudarán a los analistas a traspasar todas sus interpretaciones y comentarios a la memoria final conforme a la guía proporcionada por el organismo GRI para su última actualización 4.0.

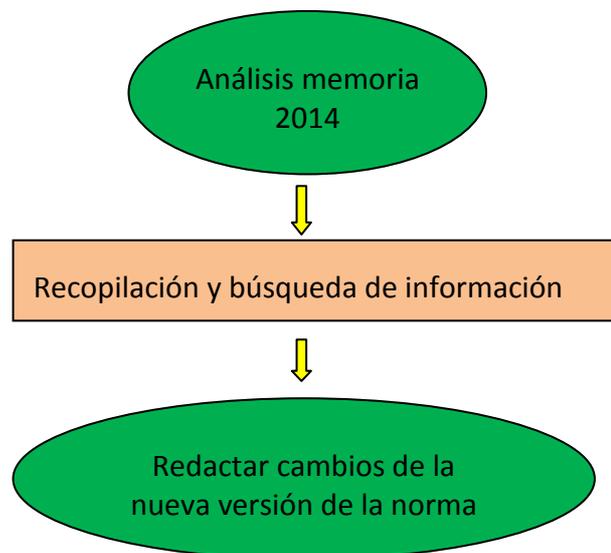
5.3 FASES DE DESARROLLO

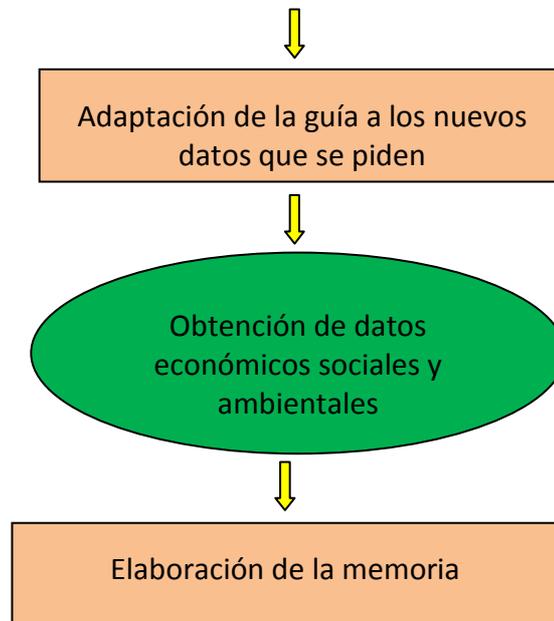
La fase de desarrollo la componen 4 etapas que se definen en adelante:

1. **Análisis de la información existente:** En dicha etapa el analista se encarga de leer la memoria de responsabilidad social existente guiada por la anterior versión. Se encargará del observar el contenido y los comentarios, así como los puntos débiles en los que el hospital deberá volver a echar un vistazo para mejorarles antes de la elaboración de la nueva guía. Por otro lado, en esta etapa también será necesario que se especifique que contenidos no se pudieron obtener en la pasada memoria por ser la primera y ahora si pueden introducirse en la nueva memoria actualizada.
2. **Recopilación y búsqueda de información:** El asesor externo contratado por el director se encargará de recopilar información sobre los dos modelos de guía, el 3.1 en el que se basaba la versión existente de la memoria del hospital y la 4.0, que quiere implantar. Deberá leer memorias de otros sectores u hospitales que ya la tengan implantada, coger ideas, tener bien claro y apuntar lo que pide GRI con el fin de que la memoria que elabore el hospital siga las indicaciones marco e incluso pueda presentarla ante dicho organismo, para que verifique que sus indicaciones han sido cumplidas.
3. **Redactar los cambios de la GRI 4.0 con respecto a la GRI 3.1:** El asesor deberá comparar primero el índice y después epígrafe por epígrafe la información que se demanda, apuntando dónde se producen los principales cambios y como afectan al nivel de aplicación exhaustivo que eligió el Hospital Rio Hortega. Dicha información debe ser minuciosa y cuidada, dado que de cada uno de los diferentes puntos se ha de transmitir conforme a los principios de la norma, ya que posteriormente cada punto tratará un aspecto o dato de relevancia de la empresa.

4. **Elaboración de una guía adaptada a la nueva situación que indique los datos que debe recoger la nueva memoria:** El auxiliar administrativo será quién conforme a los datos suministrados por el asesor redacte que información debe actualizar la empresa, la cual es válida para incorporarla a la nueva memoria y aquella que los responsables de los departamentos deben obtener para incorporarla y analizarla en la nueva memoria.
5. **Obtención de datos económicos, sociales y ambientales conforme al modelo GRI 4.0:** Los responsables de cada departamento, tienen que recopilar aquella información que les demanda el auxiliar administrativo. Esta información deben sacarla en conjunto mediante reuniones entre los profesionales que componen cada departamento. Enfermeros y médicos son los encargados en el caso social de responder sobre temas como los servicios que se procuran a los pacientes, personal que compone la plantilla o temas de convenios, representación de los trabajadores y sus derechos entre otros de los muchos aspectos destacados. Los datos económicos harán referencia por ejemplo, a los costes de los medicamentos, nuevas inversiones, mejora de instalaciones o pago de salarios. Aspectos ambientales son por ejemplo, el proyecto smart hospital que se encuentra emprendiendo el Hospital con el que pretende recortar los gastos de agua y de luz y minimizar los impactos nocivos hacia la sociedad. En definitiva, todos y cada uno de esos indicadores y contenidos generales son los que deben estar posteriormente en la memoria definitiva.
6. **Plasmar los comentarios que ayuden a comprender a los grupos de interés toda la información significativa y relevante de la empresa:** El analista realizará los comentarios y aclaraciones pertinentes sobre cada punto de la norma, teniendo en cuenta los datos actuales y comparándolos con los de años anteriores, frente a los que se presupone una mejora. El auxiliar administrativo, por su parte ayudará en la mecanografía, edición de formatos, juntar o reunir la documentación bajo un mismo fichero y se la entregará cuando esté terminada a los responsables de cada departamento y al director para que la lean y revisen antes de publicarla.

Las fases de desarrollo se pueden esquematizar en lo posteriormente dispuesto:





5.4 ESTUDIO ECONÓMICO

En dicho epígrafe se va a desarrollar el estudio económico para cada una de las etapas y también a nivel de costes totales.

El proyecto tendrá una duración de 6 meses.

Se realizará una contabilidad por actividades, desglosando los costes totales en partidas presupuestarias específicas. De esta forma podemos comprobar cómo influyen cada uno de los procesos en los costes. El estudio se planteará de la siguiente manera:

1. Cálculo de las horas efectivas semestrales y de las tasas por hora de los salarios.
2. Cálculo de las amortizaciones del equipo.
3. Coste por hora y persona de los materiales calificados como consumibles.
4. Coste por hora y por persona de los costes indirectos.
5. Horas de personal dedicadas a cada una de las etapas.

5.4.1 HORAS EFECTIVAS SEMESTRALES Y TASAS HORARIAS DE PERSONAL

Todos estos valores quedan reflejados en las siguientes tablas:

CONCEPTO	DÍAS Y HORAS
SEMESTRE MEDIO (182,5)	182
SÁBADOS Y DOMINGOS: (182*2/7)	-52
DÍAS FESTIVOS RECONOCIDOS:	-7
MEDIA DE DÍAS ANUALES PERDIDOS POR ENFERMEDAD: 15*1/2	-8
CURSILLOS DE FORMACIÓN, ETC	-4
TOTAL ESTIMADO DE DÍAS EFECTIVOS:	111
TOTAL HORAS AL AÑO EFECTIVAS: (8 HORAS/DÍA)	888

Tabla 8. Días efectivos semestrales

CONCEPTO	SEMANAS
SEMESTRE MEDIO (SEMANAS)	26
VACACIONES Y FESTIVOS	-1
ENFERMEDAD	-1
CURSOS DE FORMACIÓN	-1
TOTAL SEMANAS:	23

Tabla 9. Semanas efectivas semestrales

Para la ejecución del proyecto se consideran, 3 analistas de datos y 3 auxiliares administrativos que redactaran la memoria. Todos ellos, dependientes de los 3 responsables de departamentos, (departamento ambiental, social y económico). Estos, a su vez, dependerán de un Director de gestión. Además de dicho personal interno se requerirá por expresa necesidad la ayuda de un asesor externo que ayudará a la empresa en las etapas de recopilación y búsqueda de información, y en la redacción de los cambios normativos en la actualización GRI 4.0. Los salarios de todos ellos **DURANTE LOS 6 MESES DE PROYECTO** se exponen a continuación:

CONCEPTO	DIRECTOR	ASESOR	RESPONSABLES DEPARTAMENTO	ANALISTA	AUX. ADMINISTRATIVO
SUELDO	25.847€	11.250€	16.625€	12.475€	5.060€
SEGURIDAD SOCIAL (35%)	9.046€	3.937,5€	5.818,75€	4.366,25€	1.771€
MIEMBROS	1	1	3*	3*	3*
TOTAL	34.983€	15.187,5€	67.329€*	50523,75€*	20.493€*
COSTE POR HORA TRABAJADA	17,95€	7,81€	11,54€	8,66€	3,51€
COSTE SEMANAL	994€	432,69€	639,42€	519,79€	210,83€

Tabla 10. Costes del equipo de profesionales

5.4.2 CÁLCULO DE LAS AMORTIZACIONES PARA EL EQUIPO INFORMÁTICO

Para el equipo informático se considera un periodo de amortización de 3 años, con cuota lineal. Los equipos empleados se pueden separar en dos vertientes: equipos destinados a tareas de recopilación de información y el equipo de desarrollo o edición. El coste de cada uno de ellos viene reflejado en la tabla posterior:

CONCEPTO	COSTE	CANTIDAD	COSTE TOTAL	AMORTIZACIÓN DIARIA	AMORTIZACIÓN SEMANAL	AMORTIZACIÓN HORARIA
DELL ALL IN ONE 500GB Y 4GB RAM	600	5	1800€	1,66€	11,62€	0,21€
WORD	90	5	450€	0,42€	2,94€	0,05€
EXCEL	90	5	450€	0,42€	2,94€	0,05€
TOTAL A AMORTIZAR			2.700€	2,50€	17,50€	0,31€

Tabla 11. Costes del equipo de desarrollo

CONCEPTO	COSTE	CANTIDAD	COSTE TOTAL	AMORTIZACIÓN DIARIA	AMORTIZACIÓN SEMANAL	AMORTIZACIÓN HORARIA
EPSON DS-520	350€	1	350€	0,32€	2,24€	0,04€
HP 3015 DN	407€	2	814€	0,75€	5,25€	0,09€
TOTAL A AMORTIZAR			1.364€	1,07€	7,49€	0,13€

Tabla 12. Costes del equipo de edición

5.4.3 COSTE DEL MATERIAL CONSUMIBLE

Para materiales consumibles (folios, cartuchos de impresora, bolígrafos, cuadernos, carpetas, etc.), se ha calculado su consumo medio, por persona y hora de trabajo. Para cada uno de los equipos se obtienen los siguientes resultados:

CONCEPTO	COSTE
FOLIOS	40€
CARTUCHOS IMPRESORA	120€
OTROS	85€
COSTE SEMESTRAL TOTAL POR PERSONA	245€
COSTE HORARIO POR PERSONA	0,17€

Tabla 13. Costes del material consumible

5.4.4 COSTES INDIRECTOS

Se considerarán gastos pertenecientes a esta categoría aquellos que hacen referencia a consumos de electricidad, teléfono, calefacción, alquileres, etc. En adelante se muestran los siguientes conceptos:

CONCEPTO	COSTE
TELÉFONO	35€
ALQUILERES	220€
ELECTRICIDAD	90€
OTROS	180€
COSTE SEMESTRAL POR PERSONA:	525€
COSTE HORARIO POR PERSONA:	0,36€

Tabla 14. Costes Indirectos

5.4.5 HORAS DE PERSONAL DEDICADAS A CADA FASE DEL PROYECTOS

Mediante el estudio de tiempos y revisión de otros estudios de tiempos para proyectos se determinó la horas necesarias que debe emplear cada profesional.

PERSONAL	ETAPAS					
	1	2	3	4	5	6
DIRECTOR	0	16	16	24	24	8
ASESOR	0	320	320	0	0	0
RESPONSABLE DE DEPARTAMENTO	30	0	0	0	360	0
ANALISTA	120	0	0	240	0	180
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	0	0	0	480	0	540
TOTAL	150	336	336	744	384	728

Tabla 15. Horas dedicadas por el personal al proyecto

5.4.6 COSTES ASIGNADOS A CADA FASE DEL PROYECTO

Cuando sea preciso asignar costes en función de los recursos empleados, se tendrá en cuenta las horas que cada persona dedica a cada etapa y las tasas de salarios y amortización, así como los costes de consumibles y los costes indirectos.

5.4.6.1 FASE 1: ANÁLISIS DE LA MEMORIA EXISTENTE

En esta primera etapa intervienen los responsables de departamento, centrados en observar cada uno de ellos los datos que se editaron en la memoria pasada, y el analista, que deberá leer detenidamente la memoria para posteriormente reflejar el cambio y las supuestas mejoras frente a los años de atrás en la nueva memoria.

CONCEPTO		HORAS	C.H.	COSTE TOTAL
PERSONAL	RESP. DEPARTAMENTO (3 MIEMBROS)	10*3=30	11,54€	346,2€
	ANALISTA (3 MIEMBROS)	40*3=120	8,66€	1039,2€
AMORTIZACIÓN	EQUIPO DE EDICIÓN	1	0,13€	0,13€
	EQUIPO DE DESARROLLO	140	0,31€	43,4€
MATERIAL CONSUMIBLE	VARIOS	13	0,17€	2,21€
COSTES INDIRECTOS		18	0,36€	6,48€
COSTE TOTAL				1437,62€

Tabla 16. Costes asociados a la Fase 1

5.4.6.2 FASE 2: RECOPIACIÓN Y BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

En esta segunda etapa interviene el director, buscando las asesorías que mejor puedan adaptarse a las necesidades de la empresa. El asesor que sea contratado para el proyecto de 6 meses deberá participar en esta etapa y en la siguiente, que hace referencia a la redacción de los cambios de la memoria.

CONCEPTO		HORAS	C.H.	COSTE TOTAL
PERSONAL	DIRECTOR	16	17,95€	287,2€
	ASESOR	320	7,81€	2499,2€
AMORTIZACIÓN	EQUIPO DE EDICIÓN	5	0,13€	0,65€
	EQUIPO DE DESARROLLO	15	0,31€	4,65€
MATERIAL CONSUMIBLE	VARIOS	9	0,17€	1,53€
COSTES INDIRECTOS		23	0,36€	8,28€
COSTE TOTAL				2801,51€

Tabla 17. Costes asociados a la Fase 2

5.4.6.3 FASE 3: REDACTAR LOS CAMBIOS DE LA GRI 4.0

En dicha etapa participará en mayor medida el asesor externo contratado, si bien el director le hará las aclaraciones pertinentes y vigilará de cerca su trabajo. Este asesor deberá ir comparando las guías del GRI 3.1 y 4.0, con el fin de apreciar y notificar cada una de las variaciones.

CONCEPTO		HORAS	C.H.	COSTE TOTAL
PERSONAL	DIRECTOR	16	17,95€	287,2€
	ASESOR	320	7,81€	2499,2€
AMORTIZACIÓN	EQUIPO DE EDICIÓN	5	0,13€	0,65€
	EQUIPO DE DESARROLLO	15	0,31€	4,65€
MATERIAL CONSUMIBLE	VARIOS	9	0,17€	1,53€
COSTES INDIRECTOS		23	0,36€	8,28€
COSTE TOTAL				2801,51€

Tabla 18. Costes asociados a la Fase 3

5.4.6.4 FASE 4: ELABORAR UNA GUÍA ESPECÍFICA ADAPTADA

El director otorga los documentos y comentarios que ha realizado el asesor a analistas y auxiliares administrativos. El analista se encargará de visualizar los cambios más determinantes, mientras que el auxiliar administrativo se encargará de mecanografiar y argumentar el documento que han de pasar a los responsables de departamento para que éstos puedan conocer que datos nuevos necesitan obtener y cuáles deben actualizar desde la realización de la última memoria.

CONCEPTO		HORAS	C.H.	COSTE TOTAL
PERSONAL	DIRECTOR	24	17,95€	430,8€
	ANALISTA	80*3=240	8,66€	2078,4€
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	160*3=480	3,51€	1684,8€
AMORTIZACIÓN	EQUIPO DE EDICIÓN	31	0,13€	4,03€
	EQUIPO DE DESARROLLO	510	0,31€	158,1€
MATERIAL CONSUMIBLE	VARIOS	22	0,17€	3,74€
COSTES INDIRECTOS		47	0,36€	16,92€
COSTE TOTAL				4376,79€

Tabla 19. Costes asociados a la Fase 4

5.4.6.5 FASE 5: OBTENCIÓN DE DATOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y AMBIENTALES

El director, una vez que haya comprobado que la guía actualizada a la última versión con las indicaciones oportunas sea correcta y adaptada al sector y situación de la organización, apremiará a cada uno de los responsables de departamentos a obtener esos datos que se necesitan incluir, actualizar o ampliar en la nueva memoria. Será

entonces cuando cada uno de los responsables de departamento gestione con su equipo de profesionales la obtención y búsqueda de los mismos.

CONCEPTO		HORAS	C.H.	COSTE TOTAL
PERSONAL	DIRECTOR	24	17,95€	430,8€
	RESP. DEPARTAMENTO (3 MIEMBROS)	120*3=360	11,54€	4154,4€
AMORTIZACIÓN	EQUIPO DE EDICIÓN	16	0,13€	2,08€
	EQUIPO DE DESARROLLO	270	0,31€	83,7€
MATERIAL CONSUMIBLE	VARIOS	12	0,17€	2,04€
COSTES INDIRECTOS		39	0,36€	14,4€
COSTE TOTAL				4687,42€

Tabla 20. Costes asociados a la Fase 5

5.4.6.5 FASE 6: REDACCIÓN DE LA MEMORIA

En esta última etapa los analistas han de comentar todos los resultados que han obtenido los responsables de los departamentos. Con esto, se pretende mostrar en la memoria definitiva, una estructura en la que aparezca el contenido, con una serie de aclaraciones y comentarios, y abajo las referencias sobre palabras clave o disposiciones legales que sean de vital importancia en el epígrafe. Los auxiliares administrativos por su parte, mecanografiarán toda la información y datos, ocupándose también de editar el formato. Lo último, será que la memoria llegue a manos del director para que la lea y compruebe si está en disposición de publicarse o de lo contrario convoque a las partes interventoras en el proyecto para solucionar el problema.

CONCEPTO		HORAS	C.H.	COSTE TOTAL
PERSONAL	DIRECTOR	8	17,95€	143,6€
	ANALISTA	60*3=180	8,66€	1558,8€
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	180*3=540	3,51€	1895,4€
AMORTIZACIÓN	EQUIPO DE EDICIÓN	51	0,13€	6,63€
	EQUIPO DE DESARROLLO	520	0,31€	161,2€
MATERIAL CONSUMIBLE	VARIOS	29	0,17€	4,93€
COSTES INDIRECTOS		77	0,36€	27,72€
COSTE TOTAL				3798,28€

Tabla 21. Costes asociados a la Fase 6

5.4.7 CÁLCULO DEL COSTE TOTAL

El coste total se obtiene como la suma de los costes de cada una de las 6 etapas del proyecto.

ETAPA	HORAS DEDICADAS	COSTE
ANÁLISIS DE LA MEMORIA EXISTENTE	322	1437,62€
RECOPIACIÓN Y BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN	388	2.801,51€
REDACTAR LOS CAMBIOS DE LA GRI 4.0	388	2.801,51€
ELABORAR UNA GUÍA ESPECÍFICA ADAPTADA	1354	4376,79€
OBTENCIÓN DE DATOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y AMBIENTALES	721	4687,42€
REDACCIÓN DE LA MEMORIA	1405	3798,28€
TOTAL	4.578 H	19.903,13€

Tabla 22. Costes Totales

6. CONCLUSIONES Y FUTUROS DESARROLLOS

6.1 CONCLUSIONES

Ciertos organismos como el GRI, o Forética hacen ver a las empresas la necesidad de ser socialmente responsables con el entorno y la sociedad. El Hospital Rio Hortega comenzó a involucrarse con este proyecto en 2014 y con la elaboración de una nueva memoria consolidaría la buena imagen ante los usuarios y pacientes que lo visitan o conocen.

La nueva actualización normativa ahonda más en los contenidos relevantes. Persiste en la idea de reflejar en la memoria los aspectos materiales, que son aquellos que pueden suscitar interés a la sociedad o a los propios grupos de interés que la analizan.

La memoria servirá al Hospital para conocer sus debilidades y tratar de mejorarlas en la publicación de la siguiente memoria. Estas memorias no deben falsear la información, sino que lo que se busca es ser fiel al principio de equilibrio, mostrando aspectos positivos y negativos de la organización de tal manera que sirva para efectuar un ciclo PDCA de mejora continua sobre aquellos procesos o actividades que no reportan los resultados esperados.

Con la nueva memoria el Hospital ganaría en credibilidad y transparencia. Esta nueva versión GRI 4.0 se muestra como una estructura más firme y más profunda desde el propio nivel de aplicación esencial. Se han aumentado los requerimientos para dicho nivel mínimo. Para la opción exhaustiva no queda prácticamente ningún área de la empresa que no se analice.

Los lectores de la nueva disposición GRI 4.0 pueden apreciar cómo se amplían, modifican y se emplean nuevos contenidos, dirigidos en cualquier caso a mejorar la transparencia de toda la cadena de suministro.

La verificación externa del nivel exhaustivo otorgará a las empresas la confianza necesaria garantizada por un tercero, como es en este caso el organismo GRI.

Por otra parte, se añaden nuevos capítulos como el de la ética que permitirán conocer el número de denuncias por conductas poco apropiadas. Se profundizará en el tema de la alta dirección o gobernanza, con el fin de que no exista discriminación en estos puestos. Se habrá de dar cuenta de los méritos realizados para acceder a ellos y se comprobará la manera en que se implica la alta dirección en materia de responsabilidad social corporativa.

Para concluir con este tema; elaborar una memoria según [GRI](#) reporta los siguientes beneficios:

- Supone mostrar compromiso y transparencia
- Permite interactuar con los grupos de interés para elaborar la memoria, y después fomentando su participación, conociendo sus intereses de tal manera que se establezca una retroalimentación entre empresa y stakeholders.
- Permitirá demostrar su capacidad en mercados competitivos. En mercados donde es difícil acceder a ellos la clave puede ser diferenciarse del resto y mostrar un compromiso con los derechos humanos y las prácticas laborales que se van a desarrollar en ese país.

- Para cumplir con la normativa. En algunos países como Dinamarca, Francia, Países Bajos, Suecia o Noruega a determinadas empresas de gran tamaño que coticen en bolsa se las obliga a mostrar información medioambiental y/o social en sus informes anuales.

Algunas normas analizadas anteriormente en el epígrafe 3 del proyecto, permitirán a las empresas certificarse, como por ejemplo la norma SR 10 y la norma SA 8000.

Todas estas normas tienen en común la protección de los derechos laborales, la protección de los derechos humanos así como la preocupación por los impactos medioambientales. Sin embargo algunas se centran en la interacción que debe existir con los grupos de interés como la norma AA1000 y otras se centran más en los requisitos que deben cumplir las organizaciones para implantar un sistema de gestión socialmente responsable, como por ejemplo la RS 10.

También tendrán en común todas ellas el carácter voluntario, no existiendo ninguna legislación que regule la responsabilidad social en las empresas.

6.2 FUTUROS DESARROLLOS

Los futuros estudios que se pueden realizar hay que clasificarles en dos vertientes: estudios a realizar en un corto plazo, y estudios a realizar a largo plazo.

Prácticamente a cortísimo plazo, encontraríamos la necesidad de rellenar el documento marco que se le ha dado al Hospital con cada uno de los datos necesarios para publicar su nueva memoria.

A largo plazo, además de corregir posibles procesos o actividades que aparezcan como negativas en la memoria anterior, se podría hacer lo siguiente:

- Continuar colaborando con el Hospital Rio Hortega, en la elaboración de memorias GRI.
- Analizar los requisitos que supondría implantar un sistema de gestión certificable.
- Hacer un seguimiento de todas aquellas empresas que anualmente distingue Forética como las mejores en la realización de buenas prácticas, con el fin de tomar ideas para realizar proyectos parecidos.

Incluso a nivel externo, sin colaborar con ningún ente público o privado se podría investigar lo siguiente en futuros estudios:

- Análisis de las líneas futuras de desarrollo que pretende dar a conocer la comisión europea hasta el año 2020.
- Estudio de la situación actual de la RSC, cómo es apoyada por los gobiernos, y la dimensión global que va adquiriendo en las empresas.
- Seguimiento de las empresas que hayan realizado las buenas prácticas más reseñables.
- Comprobar si se producen avances para elaborar una regulación de la RSC, que beneficie con ventajas fiscales o premios a las empresas que lo incorporen y sancione con multas a las empresas que falseen memorias de sostenibilidad o no sigan los principios intrínsecos de la RSC, como la ética y transparencia empresarial.

- Establecer un marco comparativo entre las principales iniciativas gubernamentales españolas y las que han desarrollado en el resto de países.
- Estudiar los organismos españoles e internacionales que permitan realizar auditorías en RSC.
- Seguimiento de las actualizaciones normativas de los principales órganos de promoción y certificación:
 - Global Reporting Initiative
 - AENOR
 - Forética

7. BIBLIOGRAFIA

Artículo ABC (8 de mayo de 2009). Origen y Concepto de la RSC.

<http://www.abc.com.py/articulos/la-responsabilidad-social-empresarial-origen-y-concepto-1170210.html>

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

Artículo el derecho.com (11 de junio de 2014). Perspectivas de futuro de la RSE

http://www.elderecho.com/tribuna/administrativo/responsabilidad_social_empresarial-administraciones_publicas_11_688555002.html

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

Artículo de la revista Forum Calidad (2009). Información sobre la norma RS10

<http://ingecal.cat/wp-content/uploads/2011/04/Parte-10-RS10-de-AENOR-y-conclusiones-finales-de-la-serie.pdf>

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

Accountability (2008). Norma de principios de Accountability AA1000 APS 2008:

<http://www.accountability.org/images/content/3/5/350.pdf>

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

Accountability (2008). Norma de principios de Accountability AA1000 AS 2008:

<http://www.accountability.org/images/content/0/5/056/AA1000AS%202008.pdf>

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

Accountability (2011). Norma de principios de Accountability AA1000SES 2008:

<http://www.mas-business.com/docs/AA1000SESenespanol.pdf>

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

AENOR. (2016). Información acerca del organismo.

<http://www.aenor.es/aenor/aenor/perfil/perfil.asp#.V95bnfmLRD8>

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

AENOR. (2010-2011). Manual normativo ISO 26000

<http://fundahrse.org/wp-content/uploads/2016/01/Borrador-ISO-26000.pdf>

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

Carlos Herrera. Blog EOI (20 de febrero de 2012). Antecedentes e Historia de la RSC

<http://www.eoi.es/blogs/carlos Herrera/2012/02/20/antecedentes-e-historia-de-la-rsc/>

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

Carmen Valor Martínez, Marta de la Cuesta González, Isabel Kreisler Merino. Revistas ICE (2003). Iniciativas nacionales e internacionales de promoción de la RSC

http://www.revistasice.info/cache/pdf/BICE_2779_09-20_81AEBBE0D75987B28CDA633FB140082F.pdf

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

Centro nacional de información de la calidad. Normas estandarizadas más importantes de RSC.

http://www.aec.es/c/document_library/get_file?uuid=aea7ae71-6b3b-48f6-b6cc-9eed4d8b6bea&groupId=10128

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

Confederación española de cooperativas de trabajo asociado (COCETA) (2011). Resumen de la estructura que siguen las memorias de sostenibilidad GRI.

<http://coceta.coop/publicaciones/rse-actualizacion-modelo-rsecoop.pdf>

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

Confederación Granadina de empresarios. (cge.es)(2009).Definición de RSC

http://www.cge.es/PortalCGE/novedades/2011/PRLCGE/promodiviii/pdfs/capitulo1_1.pdf

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

Forética (2008). Norma SGE21

http://www.foretica.org/sge_21_espanol.pdf

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

Forética (2016). Información acerca del organismo

<http://www.foretica.org/quienes-somos/acerca-de-foretica/>

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

Global Standard Certification. (2010) Materias y principios fundamentales de la Norma ISO 26000

<http://www.globalstd.com/pdf/rs-iso26000-2010.pdf>

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

GRI (2011).Guía para la elaboración de memorias de sostenibilidad conforme a la versión GRI 3.1

<https://www.globalreporting.org/resourcelibrary/Spanish-G3.1-Complete.pdf>

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

GRI (2012). La Elaboración de Memorias de Sostenibilidad de GRI. ¿Merece la pena?

<https://www.globalreporting.org/resourcelibrary/Spanish-Starting-Points-2-G3.1.pdf>

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

GRI (2015). Introducción para la elaboración de memorias de sostenibilidad conforme a la versión GRI 4.0

<https://www.globalreporting.org/resourcelibrary/Introduction-to-G4-Spanish-low-res.pdf>

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

GRI (2015).Guía para la elaboración de memorias de sostenibilidad conforme a la versión GRI 4.0

<https://www.globalreporting.org/resourcelibrary/Spanish-G4-Part-One.pdf>

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

GRI (2015). Manual de aplicación para la elaboración de memorias de sostenibilidad conforme a la versión GRI 4.0

<https://www.globalreporting.org/resourcelibrary/Spanish-G4-Part-Two.pdf>

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

Hospital Rio Hortega. Memoria de responsabilidad Social Corporativa (2014) del área Valladolid Oeste conforme a la versión GRI 3.1

<http://www.saludcastillayleon.es/HRHortega/es>

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

Hospital Virgen de las Nieves (Granada). Memoria de sostenibilidad (2014) conforme a la versión GRI 4.0

http://www.hvn.es/comp_hospitalario/memorias_hospital/2014/MemoriaComplejoHospitalario2014.pdf

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

ISO (2010).Información acerca de la norma ISO26000

http://www.iso.org/iso/discovering_iso_26000-es.pdf

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

ISO (2010). Información acerca de la norma ISO26000

http://www.iso.org/iso/iso_26000_project_overview-es.pdf

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

Libro Verde (2002). Definición de la RSC por la Comisión Europea

http://itemsweb.esade.edu/wi/research/iis/pdfs_web/Libro_Verde.pdf

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

Luis Pareja Sedano. (2013). Blog Minería y Responsabilidad Social. Información acerca de Forética

<https://perumineria.wordpress.com/tag/sge-21/>

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

SGS. (2016). Información acerca de la norma SA 8000

<http://www.sgs.es/es-ES/Health-Safety/Quality-Health-Safety-and-Environment/Sustainability/Social-Sustainability/SA-8000-Certification-Social-Accountability.aspx>

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

Social Accountability (2008). Norma SA 8000

<http://www.ignnet-ltd.com/userfiles/SA8000/2008StdSpanish.pdf>

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

Social Accountability (2014). Norma SA 8000

<http://www.cavala.es/pdf/NORMA-SA8000.pdf>

Recuperado el 18 de Septiembre de 2016

8.ANEXOS

Memoria de Responsabilidad Social Corporativa 2016



AREA DE SALUD VALLADOLID OESTE

Memoria RSC

Área de Salud Valladolid Oeste (ASVaO)

ESTRATEGIA Y ANÁLISIS

Declaración del máximo responsable de la toma de decisiones de la organización (director general, presidente o puesto equivalente) sobre la relevancia de la sostenibilidad para la organización y su estrategia.

**REHACER APARTADO

Descripción de los principales impactos, riesgos y oportunidades.

***EXPLICAR EL NUEVO PLAN DE INTEGRACIÓN ASISTENCIAL DE 2016



Figura 1. Líneas estratégicas. Ejes verticales



Figura 2. Líneas estratégicas. Ejes horizontales

Aunque vamos a tratar de desglosar de una forma más ordenada los impactos, riesgos y oportunidades de nuestra organización, nos ha parecido interesante incluir la siguiente *Figura 3. Retos del Sistema Sanitario Público Español*, que de forma resumida y esquemática define los principales retos que debe afrontar el Sistema Sanitario Público Español en los próximos años.



Figura 3. Retos del Sistema Sanitario Público Español (Memoria RSC 2012. Hospital Universitario de Cruces)

1.2.1 Principales impactos sobre nuestra organización

- Impactos financieros

La situación de crisis económica ha supuesto una búsqueda de mayor eficiencia en nuestras organizaciones. Esto se ha conseguido con una racionalización del gasto que ha recaído fundamentalmente en la reducción en el gasto farmacéutico, en bienes corrientes y servicios, en inversiones y en la disminución de las retribuciones de los profesionales. Se ha tratado de reducir los presupuestos afectando en la menor medida posible a la prestación de los servicios. La crisis ha conseguido también generar una mayor sensibilidad de los profesionales en la priorización y racionalización del gasto.

No obstante parece que ya ha pasado lo peor de la crisis, lo que esperamos que de forma paulatina suponga retomar, al menos en parte, el capítulo de inversiones. Unas organizaciones punteras en alta tecnología deben establecer mecanismos de reinversión de forma periódica para mantener actualizados los equipos y evitar caer en la obsolescencia tecnológica.

- Impactos en materia de Recursos Humanos

Se ha producido una reducción en la edad de jubilación. Esto está conllevando, en muchos casos, un ajuste de las plantillas y rejuvenecimiento de los recursos humanos, algo que en sí mismo puede ser beneficioso siempre y cuando no suponga una pérdida excesiva de experiencia y conocimiento acumulado. También se está produciendo una renovación en la jefatura de los servicios, lo cual supone un estímulo para la introducción de nuevos estilos en la gestión de los mismos más acordes con los tiempos que corren. Otros aspectos pendientes en esta área son la consecución de un verdadero desarrollo profesional y el establecimiento de políticas e incentivos que favorezcan la implicación de los trabajadores en la gestión, lo cual puede requerir el abordaje, más pronto que tarde, de un nuevo modelo retributivo.

A pesar de que en otras épocas ha habido dificultad en la reposición de profesionales médicos de algunas especialidades, no es previsible que esto ocurra a corto plazo, debido por un lado, al escaso crecimiento de las plantillas esperable en los próximos años, y por otro, a que nuestra organización goza de una gran capacidad de atracción para los profesionales de otras áreas, y además genera sus propios especialistas al contar con un programa docente bastante amplio (tanto para médicos como para enfermeras).

- Impactos en materia de Infraestructuras

No se prevén en los próximos años la construcción de nuevas infraestructuras, quizás pueda haber alguna partida para posibles reformas pero de menor calado. Afortunadamente en nuestro Área contamos con un Hospital de reciente construcción (se puso en funcionamiento en 2009). Quizá sea necesario abordar reformas en algún centro de salud rural, así como en el Centro de Especialidades de Arturo Eyries, para adecuarlos a las necesidades asistenciales y de eficiencia energética.

- Impactos en materia de equipamiento

La dotación de partida es bastante razonable fruto del montaje del nuevo hospital. Pero, a partir de este momento, se va haciendo necesario definir planes serios de renovación tecnológica, sobre todo en las áreas donde la alta tecnología avanza más

rápidamente, por ejemplo en radiología y en el diagnóstico por la imagen, endoscopia, etc.

- Impactos en materia de tecnologías de la información y comunicación

Quizás sea este el apartado en el que se espera mayor desarrollo en los próximos años. Las tecnologías de la información se seguirán incorporando al gestionarse de manera centralizada y ser prioritarias para la Gerencia Regional de Salud de Castilla León. El objetivo es una Historia Clínica Integrada que permita que la información, que debe ser única, circule con agilidad entre las distintas aplicaciones, sean estas centralizadas o departamentales. En nuestro caso es fundamental incorporar a las herramientas ya existentes un gestor de peticiones, que permita de manera funcional y rápida “desterrar” de forma paulatina las solicitudes de pruebas complementarias en formato papel.

Parece que las herramientas informáticas fundamentales van a seguir siendo, a nivel corporativo, Jimena en Atención Hospitalaria y Medora en Atención Primaria. En Atención Hospitalaria será importante lograr una adecuada confluencia entre Jimena “que llega” y Siclínica “que se irá”.

1.2.2 Principales riesgos sobre nuestra organización

Algunos de los riesgos que se pueden intuir son:

- Disminución de la natalidad en la Comunidad Autónoma y riesgo relativo de paulatina despoblación "in crescendo".
- Estancamiento o retroceso del incipiente crecimiento económico que parece vislumbrarse. Todavía es un crecimiento inicial no afianzado, y como ya hemos aprendido estamos en una época de cambios bruscos, de volatilidad y de repercusión de factores que antes eran exógenos y lejanos y que ahora y debido a la globalización se convierten en próximos e influyentes.
- Previsible aumento de la demanda en procesos crónicos, debido al aumento de la esperanza de vida y al paulatino envejecimiento de la población. Si no sabemos adaptarnos a esa demanda y seguimos centrados como organización en la patología aguda surgirán desequilibrios muy importantes
- Previsible incremento del gasto farmacéutico desencadenado por el aumento de la cronicidad, el aumento de la supervivencia y el tratamiento de enfermedades que podemos considerar “raras”, así como el desarrollo de nuevos fármacos biológicos. Un caso llamativo es el gasto del tratamiento de la hepatitis C. Debemos ser capaces de controlar o al menos modular ese gasto.
- Aparición de nuevas patologías relacionadas con el ámbito de la Salud Pública y encuadradas en el marco de la globalización (un claro ejemplo ha sido la crisis del Ébola).
- Descapitalización de profesionales bien formados que deciden trabajar en otras regiones o países más atractivos social y económicamente hablando.

- Cambios sociales bruscos ligados al desarrollo de las comunicaciones y las nuevas tecnologías, que hagan necesario redefinir tanto el concepto de enfermedad como de la forma de tratarlas, no siendo capaces como organización de adaptarnos con la suficiente rapidez.
- Inexistencia de masa crítica entre los profesionales que sirva de palanca de cambio en la reforma de las tradicionales formas de gestión. Si no sabemos adaptarnos a la gestión clínica, la era de la tecnología informática, los nuevos roles profesionales, etc. podemos quedarnos rezagados en un mundo que se mueve muy deprisa.

1.2.3 Principales oportunidades sobre nuestra organización

Algunas de las oportunidades detectadas pueden ser las siguientes:

- En el ámbito socioeconómico podemos valorar como una clara oportunidad la tasa de paro de Valladolid, que según los datos de la EPA del tercer trimestre de 2014, se sitúa en un 15,83%, claramente por debajo de la media de la Comunidad que alcanza el 19,40%. A su vez Castilla y León está por debajo en la tasa de paro de la media nacional que se sitúa en el 23,67%.
- Estamos inmersos en un ilusionante proceso de integración entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria de nuestra área. Este proceso que se está desarrollando de forma tranquila y sin sobresaltos es un factor de estímulo en la generación de nuevas formas de trabajar (gestión por procesos, entre otras) de cara a conseguir una organización más eficiente, más racional, más compacta y pensando siempre en la mejora de nuestros pacientes.
- Somos una organización con una cultura muy arraigada de trabajo amable y vocacional dirigido a nuestros pacientes. Estamos convencidos que esa cultura debe ser la seña de identidad de nuestra organización, y ese espíritu y esos valores son los que queremos transmitir a las nuevas generaciones de profesionales.
- Somos una organización con una dotación en infraestructuras que podemos catalogar como modernas, funcionales y bien comunicadas (excelente localización del nuevo Hospital Universitario Río Hortega, aproximadamente a una hora de viaje de las ciudades más importantes de la Comunidad Autónoma). La dotación tecnológica también la podemos situar por encima de la media de los hospitales de la región.
- Existencia de Líneas Estratégicas claramente definidas por la GRS, lo que a su vez favorece la planificación estratégica en nuestra propia organización.
- Existencia de unidades de apoyo bien estructuradas y consolidadas en el Área (U. de Calidad, U. de Docencia, U. de formación, U. de Investigación, U. de Comunicación Interna, etc.).
- Las situaciones de crisis como la que estamos viviendo favorecen los cambios y estimulan mejoras en la eficiencia y la innovación.

- Asociacionismo creciente de pacientes y familiares lo que puede favorecer las alianzas con nuestra organización.
- Posibilidad de desarrollo profesional de nuestros trabajadores a través de la gestión clínica, la gestión de calidad y los nuevos modelos asistenciales.
- Disponibilidad en el mercado de profesionales excelentemente formados.
- Expansión de las nuevas tecnologías de la información y de las Redes Sociales que pueden ser utilizadas como cauces de comunicación.
- Somos un Área Universitaria, con una creciente vocación docente e investigadora.
- Contamos con capacidad y somos atractivos para generar alianzas con la industria farmacéutica y empresas tecnológicas, Clusters regionales que favorezcan la formación, investigación e innovación. Todo ello, en el marco del sistema sanitario público al que pertenecemos.

PERFIL DE LA ORGANIZACIÓN.

Nombre de la organización.

La **Gerencia de Asistencia Sanitaria, Valladolid Oeste** presta asistencia sanitaria a la población de aproximadamente la mitad de la provincia de Valladolid, la situada geográficamente en la zona oeste. Esta atención sanitaria se provee en sus dos niveles asistenciales: Atención Primaria (con 17 Zonas Básicas de Salud) y Atención Hospitalaria (con el Hospital Universitario Río Hortega y el Centro de Especialidades de Arturo Eyries).

Esta organización es fruto del trabajo integrado de las Gerencias de Atención Primaria y Hospitalaria.

La **Gerencia de Asistencia Sanitaria, Valladolid Oeste** forma parte del Sistema Público de Salud de Castilla y León, el cual comprende el conjunto de actuaciones y recursos públicos de la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma y de las Corporaciones Locales, cuya finalidad es la promoción y protección de la salud en todos sus ámbitos, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria y la rehabilitación, todo ello bajo una perspectiva de asistencia sanitaria integral (Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del sistema de salud de Castilla y León).

El **Hospital Universitario Río Hortega** fue inaugurado como Centro Hospitalario el 24 de Julio de 1953. En ese momento disponía de 310 camas y 72 cunas. Tras más de 50 años ubicado en pleno centro (cerca de la plaza de San Pablo), se trasladó a un nuevo edificio en el año 2.008, esta vez situado a las afueras de la ciudad, en el barrio de las Delicias. En estos momentos cuenta con 640 camas instaladas y se configura como un hospital general, universitario y de tercer nivel. Además de prestar atención sanitaria al Área de Salud Valladolid Oeste, para determinadas prestaciones actúa como “Servicio de Referencia”, ampliando su cobertura a toda la provincia de Valladolid o incluso a varias provincias limítrofes. En algunos casos presta servicio a toda la Comunidad Autónoma.

Atención Primaria Valladolid Oeste. El Real Decreto 137/1984 de 11 de Enero, del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre estructuras básicas de salud, establece principios normativos generales para la puesta en funcionamiento de Zonas de Salud como ámbito territorial de la Atención Primaria en las que se realizan funciones integradas de salud, con el fin de garantizar la tutela de la salud pública que la Constitución encomienda a los poderes públicos en su artículo 43.2.

La Consejería de Bienestar Social, en base al R.D. 137/1984, promulga el Decreto 60/1985 sobre organización funcional de las zonas de salud de Castilla y León y las normas para la puesta en marcha de los Equipos de Atención Primaria. La coordinación corresponde a la Delegación Territorial de Bienestar Social y a la Dirección Provincial del INSALUD. La estructura administrativa intermedia es la Administración Sectorial Ambulatoria, pasando en 1989 a la Dirección Sectorial C. Atención Primaria encargándose de las Áreas de Valladolid. El 31 de marzo de 1990 se crean las dos Gerencias de Atención Primaria Valladolid Este y Valladolid Oeste.

En BOCYL de 24 de octubre de 2008, según ACUERDO 111/2008 de 23 de octubre de la Junta de Castilla y León, se reestructura el Área de Salud de Valladolid Oeste y el Área de Salud de Valladolid Este.

La apertura del nuevo H. U. Río Hortega, que cambia de ubicación, hace necesaria la adaptación del mapa sanitario del Área de Salud de Valladolid Oeste, pasando las Z.B.S. Centro Gamazo, Z.B.S. la Victoria, Z.B.S. Rural I, Z.B.S. Cigales a pertenecer al Área Este de Valladolid y las Z.B.S. Delicias I y Z.B.S. Delicias II pasan a pertenecer al Área Oeste de Valladolid.

ASVAO. En marzo del 2012, y en el marco de las Líneas Estratégicas de la Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León (integración de los dos niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Hospitalaria), el Director Gerente del Hospital Universitario Río Hortega, Dr. Alfonso J. Montero Moreno, acumuló el cargo de Director Gerente de Atención Primaria de Valladolid Oeste.

A partir de ese momento se potenció el trabajo a favor de la integración de los dos niveles, y para ello se elaboró y publicó en septiembre de 2012 el Plan de Integración del Área de Salud de Valladolid Oeste. En él se definen claramente cuáles son las metas y objetivos que nuestra organización se ha marcado a medio y largo plazo para conseguir dicha integración asistencial. Destacar que en dicho Plan se busca una verdadera integración de los profesionales, de los procesos asistenciales y de la historia clínica digital compartida.

Principales marcas, productos y/o servicios.

La **Gerencia de Asistencia Sanitaria, Valladolid Oeste** es la organización a la que se adscribe todo el dispositivo sanitario del Área, compuesto por los 17 Centros de A. Primaria y por el Hospital Universitario Río Hortega. El objetivo primordial de esta organización es la **prestación de asistencia sanitaria** a la población del Área Oeste de Valladolid, tanto en Atención Primaria, en Atención Hospitalaria como en Atención Socio sanitaria (esta última compartida con la Gerencia Regional de Servicios Sociales).

La **Atención Primaria** es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de ésta a lo largo de la vida del paciente, actuando como gestor y

coordinador de casos y regulador de flujos. Comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

La **Atención Hospitalaria** comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en ese nivel. La Atención Hospitalaria garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la Atención Primaria y hasta que aquel pueda reintegrarse en dicho nivel. Prestará además, servicios de hospitalización en régimen de internamiento, asistencia especializada en consultas, hospital de día (médico y quirúrgico), atención paliativa a enfermos terminales, salud mental y rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

La **Atención Socio sanitaria** comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. En el ámbito sanitario, la Atención Socio sanitaria comprenderá los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Docencia pregrado en Ciencias de la Salud, a través del Convenio firmado por la Gerencia Regional de Salud con la Universidad de Valladolid, que trata de integrar la estructura docente dentro de la estructura asistencial.

Disponemos de numerosas Unidades Docentes, tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria, acreditadas por el Ministerio de Sanidad para impartir **actividad docente en la formación de Especialistas en Ciencias de la Salud** ("formación MIR"), tanto a médicos, farmacéuticos, enfermeras, etc. También existe un **programa de Formación Continuada** bien consolidado dirigido a nuestros profesionales, que garantiza la actualización de sus conocimientos y la permanente mejora de su cualificación técnica.

Además numerosos profesionales, de ambos niveles, participan en **numerosas líneas de investigación** desarrolladas en el Área.

En el ámbito de los trasplantes contamos con autorización y acreditación asistencial para la **extracción y donación de órganos y tejidos**.

Los Servicios Asistenciales que se ofrecen a la población derivan de la siguiente **Cartera de Servicios**:

Cartera de Servicios En Atención Primaria

La cartera de servicios en Atención Primaria de Valladolid Oeste está compuesta por:

- Medicina familiar y comunitaria
- Pediatría
- Enfermería

- Unidad de salud bucodental
- Unidad de atención a la mujer
- Fisioterapia
- Extracciones (Laboratorio)
- Radiología en AP
- Urgencias en AP
- Asistencia social
- Cirugía menor en AP
- Diagnóstico ecográfico en AP
- Farmacia en AP (Uso racional del medicamento)
- U. Administrativas de Citas y Atención al Paciente
- Además existe un amplio capítulo de actuaciones dirigidas a la **Prevención y Promoción de la Salud**, en el que se incluyen, entre otros, programas de vacunación infantil, programas de vacunación en el adulto, desarrollo de actividades preventivas en el adulto sano, prevención de obesidad infantil, atención a pacientes crónicos (hipertensión arterial, dislipemias, diabetes, EPOC, etc.), atención al paciente crónico pluripatológico complejo, prevención precoz de cáncer de mama, de colon, deshabitación tabáquica, atención a pacientes ancianos de riesgo o en situación terminal, violencia de género, etc.

Cartera de Servicios en Atención Hospitalaria

En la Tabla 1 se refleja la Cartera de Servicios Básica del Hospital Universitario Río Hortega.

ÁREA	ESPECIALIDAD
S. Médicos	Alergología
	Aparato Digestivo
	Cardiología
	Endocrinología y Nutrición
	Geriatría
	Hematología y Hemoterapia
	Medicina Intensiva
	Medicina Interna
	Nefrología
	Neumología
	Neurología
	Oncología Médica
	Pediatría
	Psiquiatría
	Rehabilitación
Reumatología	

S. Quirúrgicos	Anestesiología y Reanimación
	Cirugía General y Digestiva
	Cirugía Oral y Maxilofacial
	Cirugía Plástica Reparadora
	Dermatología Medicoquirúrgica
	Neurocirugía
	Obstetricia y Ginecología
	Oftalmología
	Traumatología y Cirugía Ortopédica
	Urología
S. Centrales Diagnósticos	Bioquímica Clínica
	Hematología
	Citogenética y Biología Molecular
	Microbiología y Parasitología
	Anatomía Patológica
	Radiodiagnóstico
	Neurofisiología Clínica
S. Centrales Generales	Urgencias
	Admisión y Documentación Clínica
	Farmacia Hospitalaria
	Farmacología Clínica
	Medicina del Trabajo
	Medicina Preventiva y Salud Pública
	Radiofísica y Protección Radiológica
S. Especiales	Cuidados Paliativos
	Atención a Domicilio
	Unidad del Dolor
	Trasplante de médula ósea autólogo
	Trasplante de médula ósea alogénico
	Hepatología
	Trasplante hepático y hepatorenal
S. Técnicos	Unidad de Calidad
	Unidad de Docencia
	Unidad de Formación Continuada
	Unidad de Apoyo a la Investigación
	Unidad de Comunicación Interna

Tabla 23. Cartera de Servicios de Atención Hospitalaria.

Localización de la sede principal de la organización.

Atención Primaria

La sede principal de la Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste se encuentra situada en el Pº de Filipinos, 15- 3ª planta. 47007 VALLADOLID (ver Figura 4)



Figura 4. Localización de la Unidad de Gerencia de Atención Primaria.

Atención Hospitalaria

La sede principal de la **Gerencia de Atención Hospitalaria, Valladolid Oeste** (Hospital Universitario Río Hortega), se localiza en la c/ Dulzaina nº 2; 47012 VALLADOLID (ver Figura 5)



Figura 5. Localización del Hospital Universitario Río Hortega.

Número de países en los que opera la organización y nombre de los países en los que desarrolla actividades significativas o los que sean relevantes específicamente con respecto a los aspectos de sostenibilidad tratados en la memoria.

La **Gerencia de Asistencia Sanitaria, Valladolid Oeste** opera en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, España. Da cobertura a todos los usuarios del Área Oeste de Valladolid y es referencia para otros usuarios de la Comunidad en algunas especialidades y/o procedimientos.

Naturaleza de la propiedad y forma jurídica.

La **Gerencia de Asistencia Sanitaria, Valladolid Oeste**, es una institución sanitaria dependiente de un organismo autónomo de carácter público y administrativo que es la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, a través de la cual se presta asistencia sanitaria a la población del área oeste de Valladolid.

El régimen jurídico que regula su organización y actuación es el Derecho Administrativo.

Mercados servidos (incluyendo el desglose geográfico, los sectores que abastece y los tipos de clientes/beneficiarios).

El Área de Salud Valladolid Oeste da cobertura asistencial principalmente a su área de referencia. También es referente en algunos servicios sanitarios para las Áreas de Salud de Valladolid Este, Segovia, Palencia, Burgos y Soria.

En algunas prestaciones sanitarias (grandes quemados, cirugía oncológica peritoneal, trasplante hepático, etc.) es referente para toda la Comunidad Autónoma.

Atención Primaria

Dentro de la Atención Primaria tenemos las Zonas Básicas de Salud mostradas en la Tabla 2.

	Zonas Básicas de Salud	Centros de Salud
Urbanas	Z.B.S Arturo Eyries	C.S. Arturo Eyries
	Z.B.S Campo Grande	C.S. Campo Grande
	Z.B.S Esperanto	C.S. Plaza del Ejército
	Z.B.S Huerta del Rey	C.S. Huerta del Rey
	Z.B.S Parquesol	C.S. Parquesol
	Z.B.S Valladolid Sur	C.S. Parque Alameda -Covaresa
	Z.B.S Delicias I (con La Cistérniga)	C.S. Delicias
	Z.B.S Delicias II	C.S. Delicias
Rurales	Z.B.S Laguna de Duero	C.S. Laguna de Duero
	Z.B.S Tordesillas	C.S. Tordesillas
	Z.B.S Mayorga	C.S. Mayorga
	Z.B.S Medina de Rioseco	C.S. Medina de Rioseco
	Z.B.S Mota del Marqués	C.S. Mota del Marqués
	Z.B.S Pisuerga	C.S. Pisuerga
	Z.B.S Valladolid Rural II	C.S. Zaratán
	Z.B.S Villafrechós	C.S. Villafrechos
	Z.B.S Villalón	C.S. Villalón

Tabla 24. Área de Salud Valladolid Oeste.

Atención Hospitalaria

El Hospital Universitario Río Hortega es un hospital de tercer nivel y como tal tiene Servicios y Técnicas que son de referencia para otras áreas de la Comunidad Autónoma. A continuación se describen las áreas y los servicios o técnicas con los que el hospital actúa como centro de referencia en dichas áreas (según Orden SAN/1288/2010, de 16 de septiembre, por la que se desarrolla la ordenación y los centros y servicios de referencia en Atención Hospitalaria en la Comunidad de Castilla y León).

- 1. Áreas de Salud de Valladolid Este.**
 - a. Cirugía Maxilofacial
 - b. Cirugía Plástica y Reparadora
 - c. Alergología
 - d. Implante Coclear
 - e. Trasplante de médula ósea alogénico emparentado
 - f. Trasplante de médula ósea autólogo
- 2. Área de Salud de Ávila**
 - a. Cirugía Plástica y Reparadora
 - b. Implante coclear
- 3. Área de Salud de Burgos**
 - a. Cirugía Maxilofacial
 - b. Implante coclear
- 4. Área de Salud de Palencia**
 - a. Cirugía Bariátrica
 - b. Cirugía Maxilofacial
 - c. Cirugía Plástica y Reparadora
 - d. Implante coclear
 - e. Neurocirugía
 - f. Trasplante de médula ósea autólogo
- 5. Área de Salud de Segovia**
 - a. Cirugía Bariátrica
 - b. Cirugía Maxilofacial
 - c. Cirugía Plástica y Reparadora
 - d. Implante coclear
 - e. Neurocirugía
- 6. Área de Salud de Soria**
 - a. Cirugía Maxilofacial
 - b. Implante coclear
 - c. Trasplante de médula ósea autólogo
- 7. Comunidad Autónoma de Castilla y León.**
 - a. Trasplante Hepático.
 - b. Unidad de Grandes Quemados

Tamaño de la organización

2.8.1. Gastos netos

El Área de Salud Valladolid Oeste dispone de dos centros de gasto diferenciados y el 100% de sus recursos provienen de la Consejería de Sanidad de Castilla y León. En la

Tabla 3 se muestra los presupuestos anuales del Área de Salud Valladolid Oeste diferenciando Atención Primaria y Hospitalaria.

	2015	2014
Atención Primaria		75.916.759
Atención Hospitalaria		187.459.825
Área de Salud Valladolid Oeste		263.376.584

Tabla 25. Presupuestos anuales

En la Tabla 4 se muestra la facturación cobrada a terceros del Área de Salud Valladolid Oeste diferenciando Atención Primaria y Hospitalaria.

	2015	2014
Atención Primaria		66.852
Atención Hospitalaria		2.336.479
Área de Salud Valladolid Oeste		2.403.331

Tabla 26. Facturación cobros a terceros anual

Y la distribución de gastos del Área de Salud Valladolid Oeste se muestra en la Tabla 5 para Atención Primaria y en la Tabla 6 para la Atención Hospitalaria

	2015	2014
Inversiones		46.503
Compras a proveedores		1.222.091
TOTAL COMPRAS		1.268.594
Productos farmacéuticos		2.208.693
Material sanitario		773.495
Gastos externos (externalizaciones)		1.000.565
Otros gastos de explotación		1.132.214
TOTAL GASTOS DE FUNCIONAMIENTO		5.114.967
Gastos de personal		37.802.077
TOTAL GASTOS DE EXPLOTACION		42.917.044

Tabla 27. Partidas principales de gastos en Atención Primaria

	2015	2014
Inversiones		277.828
Compras a proveedores		69.430.952
TOTAL COMPRAS		69.708.780
Productos farmacéuticos		31.629.363
Material sanitario		24.117.014
Gastos externos (externalizaciones)		7.517.246
Otros gastos de explotación		13.827.159

TOTAL GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	77.090.782
Gastos de personal	112.705.522
TOTAL GASTOS DE EXPLOTACION	189.796.304

Tabla 28. Partidas principales de gastos en Atención Hospitalaria

2.8.2. Número de empleados.

Desde la última modificación de la ley 7/2007 de promoción de la igualdad de género en Castilla y León, los poderes públicos deben potenciar que la igualdad de género esté presente en todos los ámbitos de actuación, considerando sistemáticamente las prioridades y necesidades propias de las mujeres y de los hombres, teniendo en cuenta su incidencia en la situación específica de unas y otros, al objeto de adaptarlas para eliminar los efectos discriminatorios y fomentar la igualdad de género.

Hablar Sobre Decreto 1/2016, de 21 de enero, por el que se fijan las cantidades retributivas para el año 2016 del personal al servicio de la Administración de la Comunidad de Castilla y León

Atención Primaria

Continuar comentario valorando las diferencias por sexo en puestos de mayor remuneración, en los de contratos fijos, número de promociones internas, despidos, nivel de formación, etc.

Categoría	Hombres	Mujeres	Total	%
Directivo			7	
Directivo			7	
Funcionarios Sanitarios			143	
Enfermero/a de EAP (Equipo de Atención Primaria)			42	
Enfermera Matrona EAP			7	
Médico de Familia EAP			94	
Personal Facultativo			204	
Médico De Familia EAP			127	
Medico Familia Área			32	
Médico De Urgencias Y Emergencias			5	
Ldo. Especialista. Pediatra			30	

Odontólogo	6
Ldo. Sanitario. Farmacéutico	1
Ldo. Sanitario Técnico Salud Publica	1
Titulado Superior En Admón. Sanitaria	2
Personal No Sanitario	129
Administrativo	4
Auxiliar Administrativo	93
Gestión Administrativa	3
Gestión Informática	1
Técnico Especialista De Informática	1
Celadores	27
Personal Sanitario No Facultativo	217
Enfermero/a de EAP	123
Enfermero/a (SUAP)	2
Enfermero/a de Área	29
Enfermero/a (Apoyo)	5
Responsable Enfermería de EAP	2
Fisioterapeutas Área	15
Enfermero/a Especialista Matrona	6
Trabajador Social	5
T. Cuidados Auxiliares Enfermería EAP	11
T.C. Auxiliares de Enfermería (Apoyo)	9
T.S. En Imagen para el Diagnostico	3
T.S. Higiene Bucodental	7
Total	700

Tabla 29. Distribución de trabajadores por categoría y sexo en Atención Primaria

En cuanto a las subcontratas con empresas externas los datos se resumen en la Tabla 8:

Servicio	Empresa	Hombres	Mujeres	Total	%
Total					

Tabla 30. Distribución de trabajadores por categoría y sexo de contratas externas en Atención Primaria

Atención Hospitalaria

Continuar comentario valorando las diferencias por sexo en puestos de mayor remuneración, en los de contratos fijos, número de promociones internas, despidos, nivel de formación, etc.

Categoría	Hombres	Mujeres	Total	%
Directivo			10	
Directivo			10	
Funcionarios sanitarios			31	
Asistentes sociales			2	
Auxiliar			3	
Funcionarios sanitarios			1	
Médico psiquiatra			7	
Psicólogos			3	
T.C.A.E			15	
Personal facultativo			536	
Coordinador (urgencias/admisión/trasplantes/calidad/...)			2	
Fea/adjunto			324	
Jefe de sección sanitario			29	
Jefe de servicio sanitario			18	
MIR + matronas			153	
Profesor de universidad Facultativo Especialista de Área			4	
Profesor de universidad Jefe de Sección Sanitario			2	
Profesor de universidad Jefe de Servicio Sanitario			4	
Personal no sanitario			690	
Administrativo			24	
Auxiliar administrativo			164	
Bibliotecario-documentalista			1	
Celador			181	
Gestión			15	
Ingeniero técnico jefe de grupo			2	
Jefe personal subalterno			1	
Jefe de equipo no sanitario			1	
Jefe de grupo no sanitario			27	
Jefe de sección no sanitario			9	
Jefe de servicio no sanitario			5	

Personal de hostelería	191
Personal de mantenimiento	34
Técnico especialista	11
Telefonista	9
Titulado medio	1
Titulado superior	7
Trabajador social	7
Personal sanitario no facultativo	1.258
ATS/DUE	616
Enfermera jefe del servicio de atención al paciente	1
Enfermero especialista: matrona	16
Fisioterapeutas	26
Supervisora de área	4
Supervisora de unidad	40
T.C.A.E	467
Técnico superior área sanitaria	88
Total general	2.525

Tabla 31. Distribución de trabajadores por categoría y sexo en Atención Hospitalaria.

En cuanto a las subcontratas con empresas externas los datos se resumen en la Tabla 10:

Servicio	Empresa	Hombres	Mujeres	Total	%
Climatización					
Telefonía y TV					
Quiosco					
Electro medicina					
Limpieza					
Seguridad					
Cafetería					
Aparcamiento					
Jardinería					
Fotocopiadora					
Logística					
Total					

Tabla 32. Distribución de trabajadores por categoría y sexo de contratas externas en Atención Primaria

2.8.3. Estructura asistencial.

Atención Primaria

Atención Primaria cuenta con una infraestructura asistencial que puede resumirse en la Tabla 11:

Infraestructura	Número
Consultas en C. de Salud	388
Salas de Fisioterapia	12
Salas de Preparación al parto	14
Salas de Cirugía menor	11
Salas de Urgencias	25

Tabla 33. Estructura asistencial Atención Primaria

Atención Hospitalaria

El hospital cuenta con una infraestructura asistencial que puede resumirse en la Tabla 12:

Infraestructura	Número
Camas instaladas	600
Habitaciones Individuales	175
Habitaciones con Presión Positiva	16
Habitaciones con Presión Negativa	12
Locales Consultas en Hospital	72
Locales Consultas en Centro Especialidades	28
Quirófanos	17
Paritorios	6
Salas de Radiodiagnóstico	11
Boses de Urgencias	16
Puestos de Observación Urgencias	17
Puestos Hospital de Día Médico	29
Puestos Hospital de Día Quirúrgico	23
Puestos Unidad del Sueño	2
Salas de Cirugía Menor	2
Puestos Hemodiálisis Crónicos	17
Sala de Procedimientos Endoscópicos	2

Tabla 34. Estructura asistencial Atención Hospitalaria

2.8.4. Actividad Asistencial.

Las Tabla 13 y Tabla 14 se muestran los datos de nuestra actividad asistencial en Atención Primaria durante los años 2014, 2015 y 2016.

Consultas ordinarias

Consultas en el Centro

Visitas domiciliarias

de Salud						
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Medicina de familia	1.305.496			12.575		
Pediatría	183.878			12		
Enfermería	85.059			29.399		
Matronas	36.775			52		
Odontólogos	30.226			579		
Fisioterapia	187.119					

Tabla 35. Consultas ordinarias

Consultas urgentes	2014	2015	2016
Usuarios atendidos en el centro	172.703		
Usuarios atendidos en el domicilio	9.760		
Usuarios derivados al hospital	7.807		
Usuarios derivados a urgencias	1.879		

Tabla 36. Consultas urgentes

De la Tabla 15 a la Tabla 23 se muestran los datos de nuestra actividad asistencial en Atención Hospitalaria durante los años 2014, 2015 y 2016.

Ingresos	2014	2015	2016
Ingresos programados	8.543		
Ingresos urgentes	14.949		
Total de ingresos	23.507		
Total altas	23.492		
Nº de estancias	154.874		

Tabla 37. Actividad asistencial del Área de Hospitalización.

Trasplantes	2014	2015	2016
Trasplante de médula ósea	30		
Trasplante hepático	44		

Tabla 38. Actividad asistencial del Área de Trasplantes.

Intervenciones quirúrgicas	2014	2015	2016
Programadas con ingreso	6.962		
Programadas ambulatorias	4.737		
Urgentes con ingreso	1.994		
Urgentes ambulatorias	56		
Procesos quirúrgicos fuera de quirófano	11.401		

Tabla 39. Actividad asistencial del Área Quirúrgica.

	2014	2015	2016
Partos	2.064		

Tabla 40. Actividad asistencial del Área Obstétrica.

Tipo de consulta	2014			2015		
	Hospital	Centro de Especialidades	Total	Hospital	Centro de Especialidades	Total
Primeras consultas	57.881	54.857	112.738			
Interconsultas	18.568	13.681	32.249			
Consultas totales	296.856	120.613	417.469			

Tabla 41. Actividad asistencial del Área de Consultas.

Tipo de consulta	2016		
	Hospital	Centro de Especialidades	Totals
Primeras consultas			
Interconsultas			
Consultas totales			

Tabla 42. Actividad asistencial del Área de Consultas

Hospital de Día	2014	2015	2016
Hospital de Día Oncohematológico	10.587		
Hospital de Día Pediátrico	1.098		
Hospital de Día General	2.915		
Hospital de Día Psiquiátrico	9.618		
Hospital de Día Quirúrgico	6.083		

Tabla 43. Tratamientos Hospital de Día.

Urgencias	2014		2015		2016	
	Nº	Ingresos	Nº	ingresos	Nº	ingresos
Total de urgencias	109.154	13,70%				
Generales	78.787	15,86%				
Pediátricas	22.206	2,04%				
Ginecológicas	5.464	5,86%				
Obstétricas	2.950	60,71%				

Tabla 44. Actividad asistencial del Área de Urgencias.

Indicadores de funcionamiento	2014	2015	2016
Estancia media	6,59		
Índice de rotación	3,61		
Índice de ocupación	78,09		
IEMA	0,9625		
Índice de sucesivas / primeras	1,88		

Tabla 45. Indicadores de funcionamiento.

Indicadores de calidad	2014	2015	2016
Tasa de mortalidad	4.08		
Tasa de cesáreas	29.81		
Tasa de retorno a urgencias a las 72h	6.94		

Tabla 46. Indicadores de calidad.

Empleados externos, internos y situación contractual de los mismos

FALTAN DATOS SOBRE

- A. PONER NÚMERO DE EMPLEADOS POR CONTRATO LABORAL Y SEXO**
- B. NÚMERO DE EMPLEADOS FIJOS POR TIPO DE CONTRATO Y SEXO**
- C. TAMAÑO DE LA PLANTILLA POR EMPLEADOS, TRABAJADORES EXTERNOS Y SEXO**
- D. TAMAÑO DE LA PLANTILLA POR REGIÓN Y SEXO**
- E. INDICAR SI UNA PARTE SUSTANCIAL DEL TRABAJO ES DESEMPEÑADA POR TRABAJADORES POR CUENTA**

PROPIA, O POR PERSONAS QUE NO SON EMPLEADOS NI TRABAJADORES EXTERNOS,TALES COMO LOS EMPLEADOS Y TRABAJADORES SUBCONTRATADOS DE LOS CONTRATISTAS

F. COMUNICAR TODO CAMBIO SIGNIFICATIVO EN EL NÚMERO DE TRABAJADORES (POR EJEMPLO, LAS CONTRATACIONES TEMPORALES EN LA TEMPORADA TURÍSTICA O EN EL SECTOR AGRÍCOLA

****** NO INCLUIR COMO EMPLEADOS A LOS TRABAJADORES DE LA CADENA DE SUMINISTRO**

Porcentaje de empleados cubiertos por convenio colectivo

100% NECESARIO DATOS SOBRE PORCENTAJE EMPLEADOS CUBIERTOS POR CONVENIO COLECTIVO

*****EMPLEAR DATOS DEL APARTADO ANTERIOR 2.8 PARA CALCULAR LOS PORCENTAJES**

Describe la cadena de suministro de la organización

DESCRIBA LOS ELEMENTOS PRINCIPALES DE LA CADENA DE SUMINISTRO EN RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES, LOS PRODUCTOS Y LOS SERVICIOS PRIMARIOS DE LA ORGANIZACIÓN.

ALGUNOS DE ESTOS **ELEMENTOS SON:**

- LAS SECUENCIAS DE ACTIVIDADES O PARTES POR LAS QUE LA ORGANIZACIÓN SE PROVEE DE PRODUCTOS O SERVICIOS
- EL NÚMERO DE PROVEEDORES QUE TRABAJAN PARA LA ORGANIZACIÓN Y EL NÚMERO APROXIMADO DE PROVEEDORES DE LA CADENA DE SUMINISTRO
- LA UBICACIÓN DE LOS PROVEEDORES, POR PAÍS O REGIÓN
- LOS TIPOS DE PROVEEDORES (CONTRATISTAS, INTERMEDIARIOS, MAYORISTAS, CONCESIONARIOS, ETC.)
- EL VALOR MONETARIO APROXIMADO DE LOS PAGOS A PROVEEDORES

Comuniquemos todo cambio significativo durante el análisis del tamaño, la estructura, la propiedad accionarial o la cadena de suministro

Durante el periodo que cubre esta memoria no se han producido cambios significativos en los parámetros de este apartado.

Sin embargo se van a reseñar algunos aspectos de interés para entender la evolución del Área de Salud Valladolid Oeste en los últimos años y que son muy destacables:

El cambio de ubicación del hospital no sólo supuso un cambio de estructura arquitectónica del edificio en el que se ubica el Hospital Universitario Río Hortega, se pasó de un hospital con una estructura vertical, de 35.000 m² situado en el centro de la ciudad, a un nuevo hospital con una estructura horizontal, con 127.000 m² construidos, con amplias zonas ajardinadas, que desde el principio *se planteó con un concepto innovador y pionero en España basado no sólo en la calidad arquitectónica y la innovación tecnológica, sino también a nivel organizativo y funcional*, el cambio de edificio además fue acompañado de un incremento y rejuvenecimiento de la plantilla, todo esto ha llevado a un cambio de mentalidad y formas de trabajo más eficaces y eficientes pero manteniendo en todo momento el principal valor de nuestra organización: la atención personalizada, amable, humana y próxima con el paciente.

Como quedó reflejado en el punto referente a la Gerencia de Atención Primaria, Valladolid Oeste tuvo una modificación en sus Zonas Básicas de Salud con motivo del cambio de Ubicación y apertura del nuevo Hospital Universitario Río Hortega (en adelante HURH). Este cambio se estableció por el acuerdo 111/2008 de 23 de octubre, de la Junta de Castilla y León, por la que se reestructura el Área de Salud Valladolid Oeste y el Área de Salud de Valladolid Este de la Comunidad de Castilla y León.

Posteriormente y debido al incremento de la población en las zonas de Parquesol y de Pisuegra, se efectuó con fecha 1 de febrero 2011 una ampliación del C. de Salud de Parquesol y en el mismo año, el 1 de agosto, se inauguró el nuevo C. de Salud de Pisuegra sito en la Plaza de España, 5 del municipio de Arroyo de la Encomienda.

Otro hecho que merece la pena ser destacado es que en marzo del 2012, dentro de una de las Líneas Estratégicas de la Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León (integración de los dos niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Hospitalaria), el Director Gerente del Hospital Universitario Río Hortega, Dr. Alfonso Montero Moreno, asumió la responsabilidad de Director Gerente de Atención Primaria de Valladolid Oeste.

A partir de ese momento se empezó a trabajar en la integración efectiva de los dos niveles, y para ello se redactó el Plan de Integración del Área de Salud de Valladolid Oeste.

HAY QUE AÑADIR CAMBIOS QUE SE PRODUZCAN EN LA CADENA DE SUMINISTRO EN ESTE PERIODO, LO DEMÁS ESTÁ HECHO.

Por ejemplo:

- **CAMBIO EN LA UBICACIÓN DE PROVEEDORES, LA ESTRUCTURA DE LA CADENA DE SUMINISTRO O RELACIÓN**

CON LOS PROVEEDORES EN ASPECTOS COMO LA SELECCIÓN O FINALIZACIÓN DE UN CONTRATO.

Indique como aborda la organización el principio de precaución.

***** PRINCIPIO DE PRECAUCIÓN: MEDIDAS TOMADAS INDEPENDIENTEMENTE DE SU COSTE CUANDO HAYA EXISTIDO PELIGRO DE IMPACTO AMBIENTAL**

Elabore una lista de las cartas, los principios u otras iniciativas externas de carácter económico, ambiental y social que la organización suscribe o ha adoptado.

- **INFORMANDO SOBRE PAÍSES, OPERACIONES, GRUPOS DE INTERÉS, GOBIERNO EN LOS QUE SE APLICA**
- **DISTINGA ENTRE INICIATIVAS VOLUNTARIAS Y AQUELLAS OBLIGATORIAS**

Elabore una lista con las asociaciones y las organizaciones de promoción nacional o internacional a las que la organización pertenece y en las cuales:

El Área de Salud de Valladolid Oeste pertenece a la red sanitaria de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL) dependiente de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

Colaboramos de forma activa con el Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León (IECSCYL) a través del Centro de Simulación Sanitaria instalado en el Hospital Universitario Río Hortega y en el que se desarrollan cursos y seminarios prácticos para la adquisición de habilidades en nuevas técnicas.

COMPLETAR AÑO 2015 EN LA TABLA

Año	Nº de cursos impartidos	Nº de participantes
2014	20	492
2015		
2016		

Tabla 47. Cursos en el Centro de Simulación Sanitaria

Se colabora habitualmente con las diferentes ONG's y Asociaciones de Pacientes que solicitan que nuestra organización difunda y participe en las actividades que desarrollan.

Con la Universidad de Valladolid la colaboración es muy estrecha y en el marco de los convenios suscritos: Convenio Marco y Concierto Específico de colaboración entre la Gerencia Regional de Salud y la Universidad de Valladolid, en materia docente y de investigación en ciencias de la salud

En el último trimestre de 2014 se ha constituido la Asociación de Jubilados Río Hortega del Área de Salud de Valladolid Oeste con sede en el hospital. A través de esta asociación, además de las actividades de asesoramiento que desarrollan, cabe destacar que se entrega a los profesionales jubilados una tarjeta identificativa del hospital de "personal jubilado" que usan en el centro y que busca que los

profesionales que les atiendan como pacientes puedan identificarles como antiguos compañeros.

A nivel individual los profesionales de la organización pertenecen y participan en asociaciones profesionales de ámbito provincial, regional, nacional e internacional de sus diferentes especialidades y profesiones, así como también en diferentes asociaciones del ámbito de la gestión sanitaria.

El Hospital está adherido:

- Como firmante del **Pacto Mundial de las Naciones Unidas**, el ASVaO comparte la gestión ética basada en los 10 Principios de esta iniciativa, voluntaria, que es la más importante en materia de RSE a nivel mundial (<http://www.pactomundial.org/>).
- Formando parte de la **Asociación de Gestión Ambiental en Centros Sanitarios (AGACS)**, cuya principal finalidad es aunar conocimientos, compartir experiencias y divulgar la gestión ambiental, mediante la utilización de foros especializados, Simposios, página web y grupos de trabajo (<http://www.agacs.es/>)

ASPECTOS MATERIALES Y COBERTURA

Contenido de la memoria y Cobertura de cada aspecto

DESCRIBA EL PROCESO QUE SE HA SEGUIDO PARA DETERMINAR EL CONTENIDO DE LA MEMORIA Y LA COBERTURA DE CADA ASPECTO. EXPLIQUE CÓMO HA APLICADO LA ORGANIZACIÓN LOS PRINCIPIOS DE ELABORACIÓN DE MEMORIAS PARA DETERMINAR EL CONTENIDO DE LA MEMORIA.

****EL PRIMER PASO PARA DEFINIR EL CONTENIDO DE LA MEMORIA ES DECIDIR CUÁLES SON LOS ASPECTOS MATERIALES**

*****HAY 4 PRINCIPIOS PARA LA ELABORACIÓN DE LA MEMORIA:**

- SOSTENIBILIDAD
- MATERIALIDAD
- EXHAUSTIVIDAD
- PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS

RESUMEN DEL PROCESO DE DEFINICIÓN DEL CONTENIDO DE LAS MEMORIAS:

1. **IDENTIFICACIÓN DE ASUNTOS GRI Y OTROS ASPECTOS DE INTERÉS BASANDOSE EN LOS 4 PRINCIPIOS ANTERIORES Y DETERMINAR SI LOS IMPACTOS SE PRODUCEN DENTRO O FUERA DE LA ORGANIZACIÓN.**

2. **PRIORIZACIÓN:** APLICAR LOS PRINCIPIOS DE MATERIALIDAD Y PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS, EVALUAR LOS IMPACTOS, FIJE CRITERIOS A PARTIR DE LOS CUÁLES SE DETERMINARÁ COMO MATERIAL UN ASPECTO Y ELABORE UNA LISTA DE TODOS LOS ASPECTOS MATERIALES QUE SE INCLUIRÁN EN LA MEMORIA, ASÍ COMO SU COBERTURA Y GRADO DE DETALLE.
3. **VALIDACIÓN:** EVALUE LA LISTA DE ASPECTOS MATERIALES TENIENDO EN CUENTA EL ALCANCE, COBERTURA Y FECHAS. CONVIERTA LOS ASPECTOS MATERIALES EN INDICADORES E INFORMACIÓN SOBRE EL ENFOQUE DE GESTIÓN PARA PLASMARLOS EN LA MEMORIA.
4. **REVISIÓN:**REVISE LOS ASPECTOS QUE SE CONSIDERARON MATERIALES EN EL PERIODO QUE SE ELABORÓ LA ANTERIOR MEMORIA, Y TENERLO EN CUENTA PARA LA FUTURA MEMORIA.

Elabore una lista de los aspectos materiales que se identificaron durante el proceso de definición del contenido de la memoria

FALTA CON RESPECTO A LA ANTERIOR MEMORIA

Indique el límite de cada aspecto material fuera de la organización

- INDIQUE SI EL ASPECTO MATERIAL ES FUERA DE LA ORGANIZACIÓN
- SI EL ASPECTO MATERIAL ES FUERA DE LA ORGANIZACIÓN, SEÑALE QUE ENTIDADES, GRUPOS DE ENTIDADES O ELEMENTOS ASÍ LO CONSIDERAN. DESCRIBA TAMBIÉN LOS LUGARES DONDE EL ASPECTO EN CUESTIÓN ES MATERIAL PARA LAS ENTIDADES.
- SEÑALE CUALQUIER MODIFICACIÓN CONCRETA QUE AFECTE A LA COBERTURA DE CADA ASPECTO FUERA DE LA ORGANIZACIÓN.

Describa las consecuencias de las re expresiones de la información de memorias anteriores y sus causas

No existen modificaciones en las expresiones de la información respecto a la anterior versión.

Señale todo cambio significativo en el alcance y la cobertura de cada aspecto con respecto a memorias anteriores

No se han producido cambios

PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS

Elabore una lista de los grupos de interés vinculados a la organización

Desde el punto de vista de la materialidad, la información que transmitimos en esta memoria desde el punto de vista social, ambiental y económico, la consideramos lo suficientemente importante para nuestros grupos de interés. Nuestra intención es que ellos conozcan de forma transparente que es lo que se realiza y como se realiza en el Área de Salud Valladolid Oeste.

Los contenidos redactados en esta memoria se han definido teniendo en cuenta los grupos de interés del Área de Salud Valladolid Oeste. Además, se ha tenido en cuenta el principio de comparabilidad, de modo que los grupos de interés que utilicen la memoria puedan comparar el desempeño de este hospital con otras organizaciones de servicios de la Sanidad Española o internacional. Hemos seguido la guía de elaboración de memorias de sostenibilidad del GRI y hemos consultado memorias de sostenibilidad de otras instituciones hospitalarias (Galdakao, Cruces, Virgen de Arrixaca, Plató, Getafe y Carlos III).

También hemos seguido fielmente los indicadores expuestos en la guía de elaboración G4.0 del GRI.

Después de un análisis interno los grupos de interés más significativos aparecen reflejados en la Tabla 48.

Propietarios		Junta de Castilla y León - Consejería de Salud - SACYL	
Usuarios		Pacientes.	
		Familiares /Acompañantes	
		Visitantes	
Personal		Profesionales (fijos, interinos, eventuales)	
		Estudiantes (grado y posgrado)	
		Organizaciones sindicales	
		Subcontrataciones	
Colaboradores	Otras Áreas de Salud		Atención Primaria
			Atención Hospitalaria
	Otros Centros Sanitarios		De gestión privada
			Socio sanitarios
	Universidades		Valladolid
			Otras
		Sociedades y asociaciones científicas	
		Colegios Profesionales	
		Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de C. y L. (IESCYL)	
		Centro de Hemoterapia y Hemodonación (CHEMCYL)	
		Organización Nacional de Trasplantes	
		Proveedores	
	Consejerías		Educación
			Cultura
	Ministerios		Justicia
			Interior
			Educación y Cultura
	Ayuntamientos		
	Diputación de Valladolid		
Sociedad		Asociaciones de pacientes	
		Medios de comunicación	
		ONG's	
		Entidades deportivas	
		Asociaciones sin ánimo de lucro	

Tabla 49. Grupos de Interés más significativos.

Indique en que se basa la elección de los grupos de interés con los que se trabaja

La recogida de información junto al análisis de necesidades y expectativas relevantes de los grupos de interés, constituye la base imprescindible para el conocimiento de la situación del negocio, al objeto de poder definir, desarrollar, revisar y actualizar la estrategia. Para ello, la recogida y análisis de la información de los citados grupos de interés se realiza de forma sistemática para cada uno de ellos.

1. Usuarios.

La organización considera y distingue como tales, los siguientes: pacientes, acompañantes y usuarios en general. Convertidos todos ellos, en receptores de la actividad principal del Área de Salud de Valladolid Oeste que consiste en la prestación sanitaria de la cartera de servicios que tenemos asignada por la Consejería de Sanidad.

Al objeto de conocer las expectativas de los clientes se utilizan diferentes mecanismos:

- **Encuestas de Satisfacción.** Se realizan en el hospital desde el año 1982 a los pacientes hospitalizados. Al principio se enviaban en papel a los paciente que habían estado ingresados y ellos las enviaban contestadas al hospital. Desde el año 2012 y gracias a que cada paciente ingresado tiene un monitor en la cabecera de su cama, las encuestas se encuentran en dicho cabecero. El paciente accede a la encuesta, la cumplimenta y esta se envía telemáticamente a los servicios de información del hospital.

La organización considera clientes satisfechos aquéllos que asignan en las encuestas una valoración media global de como mínimo de 8 puntos sobre 10. La **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**muestra el número de encuestas cumplimentadas.

- **Quejas, Reclamaciones y Sugerencias.** El Servicio de Atención al Usuario (SAU) recoge en tiempo real la información sobre quejas, reclamaciones, felicitaciones y sugerencias. Sobre todas ellas se trata de actuar de manera inmediata dando respuesta al tema planteado y traslado e información a las personas interesadas.

Además en el Portal de Salud de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León hay una aplicación que permite cumplimentar un formulario de quejas, reclamaciones y sugerencias de manera telemática.

- **Asociaciones de Pacientes.** A través de sus representantes, mantenemos contacto con las diferentes asociaciones de pacientes y usuarios existentes: asociación de personas con enfermedades renales, pacientes con hepatitis C, personas con discapacidad, diabéticos, asociación de pacientes hemofílicos, de familiares de pacientes con autismo, etc. A través de estas reuniones tratamos de conocer sus necesidades y trabajamos para intentar llegar a cubrir las expectativas que tienen depositadas en nuestra organización.

2. Profesionales.

Los profesionales del Área constituyen el principal factor de éxito y, por lo tanto, lo contemplamos como un Grupo de Interés fundamental. En este sentido la organización cuenta con diversas fuentes de información al objeto de conocer su opinión y criterio:

- **Reuniones de Trabajo.** La periodicidad de las reuniones del personal directivo con responsables y mandos intermedios (coordinadores, responsables de enfermería y supervisores, jefes de servicio y unidades, etc.), con el personal de los distintos estamentos, responsables sindicales, y profesionales a título individual, permite al Equipo Directivo conocer de viva voz las necesidades, propuestas, intereses, aportaciones y demandas de los diferentes profesionales del Área.

En Atención Primaria, además de la visitas a los Centros de Salud y en donde se convoca a todo el Equipo de Atención Primaria, cada 3 meses se reúne el Consejo de Gestión. En él participan el Equipo Directivo, los coordinadores y responsables de enfermería de todos los centros de salud de nuestro Área, así como los responsables de Formación, Investigación, Calidad, de la Atención farmacéutica de AP, servicio de Mantenimiento, Asesoría Jurídica, Informática, etc.).

Asimismo, se mantienen reuniones periódicas con representantes de los trabajadores en la Junta de Personal, con quienes se busca alcanzar acuerdos, sobre temas de interés mutuo.

Reuniones periódicas de la Junta Técnico Asistencial y la Comisión Mixta.

- **Comisiones Clínicas.** En las reuniones de las Comisiones Clínicas participa miembros del equipo Directivo.
- **Comité de Seguridad y Salud Laboral.**
- **Equipos y grupos de Mejora.** Proponen soluciones o acciones dirigidas a mejorar el ámbito para el que han sido constituidos.

3. Sistema Sanitario

El Área de Salud de Valladolid Oeste pertenece a la Gerencia Regional de Salud de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Ello conlleva que, tanto desde la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, como desde la propia Gerencia Regional de Salud, emanen una serie de directrices que sirven de guía para poder desarrollar y ejecutar el Plan Anual de Gestión que se firma entre las gerencias y la Gerencia Regional de Salud y que representa la hoja de ruta de la actividad a desarrollar en cada anualidad.

A través del Plan Anual de Gestión se priorizan y se alinean las actuaciones con las diferentes líneas estratégicas que se desarrollan en el Plan de Salud vigente y se determinan los objetivos y metas a alcanzar. Fruto del control y la revisión se detecta mejoras que se incorporan en el Plan Anual de Gestión del siguiente ejercicio.

La Gerencia Regional de Salud marca las pautas de actuación y las normas de obligado cumplimiento que desarrollan las acciones regionales en ámbitos tan importantes como la gestión de RRHH, desarrollo de la actividad, inversiones, incorporación de nuevas prestaciones a la cartera de servicios, etc.

Colaboración con otros sanitarios dependientes de la Gerencia Regional de Salud:

- Reunión con la Gerencia Integrada de Soria para intercambiar experiencias.
- Colaboración con el Hospital Clínico Universitario de Valladolid para complementar nuestra cartera de servicios (Cirugía Vascular, Medicina Nuclear, Radioterapia, etc.).
- Colaboración en red con otros hospitales de SACYL: Anillo Radiológico.
- Colaboración con otros hospitales de SACYL al ser el HURH el hospital de referencia para Trasplante Hepático, Cirugía Oncológica Peritoneal, Grandes Quemado y Banco de Leche de Castilla y León.
- Colaboración con las Gerencias de Soria, Segovia, Ávila y Valladolid Este para algunas especialidades para las que somos referencia como por ejemplo Cirugía Maxilofacial, Implante Coclear, Trasplante de médula, etc.
- Colaboración con todas las Gerencias de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria de SACYL para el Cribado de Cáncer de Mama. En el HURH y adscrito al Servicio de Radiodiagnóstico se encuentra el Centro de Lectura para las mamografías de cribado de toda la Comunidad Autónoma

4. Proveedores

Las alianzas que se establecen permiten alinear las necesidades de los proveedores con las del Hospital, estableciendo estrategias que resultan ventajosas para ambas partes.

Las relaciones con los proveedores se regulan normalmente mediante los pertinentes documentos contractuales (contratos y pliegos de cláusulas), donde se establecen los compromisos económicos y técnicos que han de guiar la adecuada ejecución y la correcta prestación. Los acuerdos con proveedores clave, como los centros concertados y con algunos proveedores de responsabilidad creciente en el hospital (como los de informática, alimentación, limpieza, gestión de residuos etc...) tienen una especial relevancia para la organización. Un claro ejemplo ello, son el desarrollo de las nuevas aplicaciones informáticas..., en especial la de la HCE, o la prestación de servicios sanitarios con centros concertados, que requiere una estrecha relación con las empresas proveedoras de estos servicios.

5. Sociedad

Con el fin de planificar nuestra estrategia en el ámbito de la sociedad, mantenemos reuniones periódicas con instituciones y organismos de nuestro entorno. Ello ha dado lugar a la inclusión en nuestros planes de acción de diferentes actuaciones, como la colaboración con el Ayuntamiento de Valladolid para participar en el Plan de lectura a través del Proyecto "Libros en busca de lectores" gracias al cual se han instalado carros (en diferentes centro de salud y en varias salas de espera del HURH) con libros para adultos y para niños que pueden ser leídos mientras están en nuestras instalaciones, que se pueden llevar a casa para terminarlos. Cabe destacar en este ámbito los convenios de colaboración con los diferentes museos de la ciudad de Valladolid y con asociaciones de pacientes.

El Hospital Universitario Río Hortega es un centro docente de la Universidad de Valladolid, eso supone que en nuestras instalaciones acogen a estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud y para coordinar y organizar este aspecto hay reuniones periódicas entre ambas instituciones.

El Área de Salud de Valladolid Oeste es pionero en Castilla y León en la coordinación socio sanitaria.

- Integración de los sistemas de información para el seguimiento clínico y prestación farmacéutica de usuario alojados en las Residencias de la Consejería de Familia de la Carretera de Rueda, Parquesol y Centro de Atención a Minusválidos Psíquicos y Físicos.
- Con el resto de las residencias públicas y concertadas de nuestra Área se mantienen reuniones periódicas con los responsables de las mismas y con las asociaciones que las integran.
- Tenemos contemplada la atención de media y larga estancia de pacientes en camas socio sanitarias de la Gerencia Regional de Servicios Sociales.
- En cualquier proceso clínico en donde proceda la intervención de los Servicios Sociales, por ejemplo: prematuros, implantación coclear, etc. se les invita y se les hace partícipes. Esta invitación que se puede hacer extensiva, si procede, a la Consejería de Familia e Igualdad de oportunidades, así como a la de Educación.

Describa el enfoque de la organización sobre la participación de los grupos de interés, incluida la frecuencia con que se colabora con los distintos tipos y grupos de partes interesadas, o señale si la participación de un grupo se realizó específicamente en el proceso de elaboración de la memoria.

Este apartado aparece explicado en el punto anterior de esta memoria.

El Hospital hace uso de diferentes herramientas, como: encuestas, benchmarking, sugerencias, quejas y reclamaciones, evaluaciones de resultados, reuniones individuales y de grupo, etc. para recabar una información notable y completa de nuestros grupos de interés.

En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se muestran las fuentes de información utilizadas, su periodicidad y el proceso responsable de su recogida y análisis.

Grupo de interés	Fuente de la información	Periodicidad
Propietarios	Plan de Salud	Quinquenal
	Normativa legal	Continua
	Contrato de Gestión	Anual
	Documentos de control de Gestión	Cuatrimstral
	Instrucciones, Normativas y Circulares	Esporádico
Usuarios	Encuestas de satisfacción de pacientes: Hospitalización, Consultas Externas, cirugía, urgencias, obstétrica, Atención Primaria.	Semestral
	Encuestas de satisfacción de procesos: Atención farmacéutica, UCI neonatal, etc...	Anual
	Quejas y reclamaciones del SAU.	Diario
	Reuniones con asociaciones de pacientes.	Esporádico
Personal	Encuesta de satisfacción de las personas	Anual
	Reuniones periódicas con los representantes de los trabajadores.	Periódicas
	Reuniones con los Servicios y Unidades	Periódicas
	Buzón de sugerencias.	Diario
	Grupos de Mejora.	Esporádicas
	Reuniones del Comité de Seguridad y Salud Laboral.	Trimestral
	Reuniones con sindicatos	Periódicas
Colaboradores	Reuniones con los principales proveedores	Periódicas
	Reuniones periódicas con las direcciones de otros Hospitales	Periódicas
	Reuniones con universidades	Periódicas
	Reuniones con autoridades locales	Periódicas
	Reuniones con asociaciones y sociedades científicas	Periódicas
	Reuniones con colegios profesionales	Periódicas
	Reuniones con centros educativos no universitarios	Esporádicas
	Reuniones con representantes de la Admón. de Justicia	Periódicas
	Reuniones con representantes de cuerpos y fuerzas de seguridad	Periódicas
Sociedad	Reuniones con ONG's	Periódicas
	Reuniones con medios de comunicación	Periódicas

Tabla 50. Frecuencia de obtención de información de los diferentes grupos de interés.

Señale que cuestiones y problemas clave se han identificado a raíz de la Participación de los grupos de interés y describa la evaluación hecha por la organización, entre otros aspectos mediante su memoria. Especifique que grupos de interés plantearon cada uno de los temas y problemas clave.

1. Usuarios.

La información proveniente de los clientes llega a la organización a través del contacto directo, que proporciona un valioso conocimiento de “primera mano” de los clientes.

Además también se consigue a través de los resultados obtenidos en las encuestas, sugerencias, autoevaluaciones EFQM, realización de actividades de aprendizaje y mejores prácticas, así como mediante reuniones periódicas y programadas con asociaciones de usuarios, directivos de otros hospitales, etc.... Todo ello permite a la organización poder identificar áreas de mejora y modificar sus procesos, así como la inclusión de nuevos servicios dirigidos hacia una mayor satisfacción y mejora de la calidad asistencial.

2. Profesionales.

El desarrollo del conocimiento, a través de la formación continuada constituye uno de los pilares claves para la consecución de la Misión de la organización, contando entre sus valores: “la profesionalidad ética”, considerada como base para la consecución de la eficacia, la calidad y la mejora continua y permanente de las competencias profesionales.

La formación continuada y la adquisición de nuevas competencias y habilidades es una responsabilidad compartida por el trabajador y la organización.

La formación se desarrolla tanto de forma teórica como práctica en el desempeño del puesto de trabajo. El despliegue de un programa propio de formación, la participación activa de los profesionales en la planificación de las actividades formativas y el establecimiento de procedimientos sistematizados que permiten identificar, desarrollar y mantener el conocimiento y capacidad de los trabajadores, son ejemplos de la implicación de la organización en el desarrollo integral de las personas que lo conforman.

Con el fin de asegurarse que los profesionales de la organización dispongan de los mejores conocimientos para poder realizar su actividad, se han articulado diferentes mecanismos que propician la gestión del conocimiento. Así son múltiples las participaciones de los profesionales en diferentes cursos y congresos a nivel nacional e internacional (*Ver epígrafe 5.3.1.5*), con la presentación de comunicaciones y ponencias que permiten el intercambio de experiencias y conocimientos con otros profesionales, así como la publicación de artículos en revistas especializadas y de gran impacto.

Las comisiones y grupos de trabajo, así como las sesiones clínicas que forman parte de la actividad cotidiana del hospital, son otro mecanismo de formación y participación de las mejores prácticas sin perjuicio de que los profesionales, sean convocados de forma sistemática para participar en foros del SACYL u otros de carácter nacional o internacional.

Es de destacar en este apartado la colaboración de los Colegios profesionales, de las Sociedades Científicas y de la Industria farmacéutica en la formación de los profesionales, especialmente los sanitarios.

Participación.

La organización reconoce entre sus valores el “prestar una atención sanitaria humana y de alta calidad a nuestros pacientes”. Para ello contamos con la participación activa de nuestros profesionales en la gestión del Área, profesionales que buscan una atención al paciente y una gestión excelente gracias a la mejora continua de los procesos, a su implicación en la propuesta de iniciativas de mejora y en la investigación.

Son también los profesionales quienes contribuyen en la actualización tecnológica y el desarrollo de las tecnologías de la Información y de la Comunicación (tanto en la Historia Clínica Electrónica como en los Sistemas de Información). Estas iniciativas nacen de los grupos de mejora y de los equipos de trabajo creados para el desarrollo de estos proyectos.

El Área tiene presente que la participación de las personas es un elemento motivador. Por ello, tiene establecidos diferentes mecanismos para favorecer la participación individual y el trabajo en equipo. Desde la integración de la Gerencia de Atención Primaria, Valladolid Oeste y el Hospital Universitario Río Hortega siempre hemos creído en el trabajo en equipo, fomentando la estrecha colaboración entre los profesionales de los dos niveles asistenciales así como con los profesionales de otras Áreas o centros sanitarios.

Algunas de las mejoras en participación introducidas, han sido posibles gracias a la participación de los profesionales en la elaboración de procesos, protocolos, rutas clínicas, grupos de mejora, comisiones, actividades docentes, etc. Se delega en los responsables de los procesos la capacidad para realizar la mejora continua. Los procesos, a su vez promueven la participación de los profesionales implicados en los mismos.

Además, muchos profesionales lideran iniciativas de gestión clínica, adoptando iniciativas responsables en el ámbito clínico y en la utilización de los recursos.

Al mismo tiempo participan, asesoran y estimulan a otros miembros de la organización en proyectos de investigación publicación de artículos, asistencia y presentación de trabajos en jornadas técnicas y congresos, entre otros, primando siempre el compromiso con los valores éticos que deben guiar nuestras actuaciones: responsabilidad, respeto, integridad, transparencia, equidad, confidencialidad y eficiencia.

Comunicación.

El Área de Salud, Valladolid Oeste ha apostado desde el comienzo por la Comunicación. Para ello cuenta con un modelo de gestión que de forma implícita recoge la necesidad de realizar una comunicación interna fluida, abierta, accesible y dinámica a todos los miembros de la organización. La comunicación es un elemento estratégico para lograr la identificación de los profesionales con el proyecto de Área integrada; para estimular la implicación y participación en la gestión y en el conocimiento de su misión, visión y valores.

Dentro de la estrategia de comunicación se desarrollan las siguientes áreas que se muestran en la Tabla 27.

Área Estratégica	Objetivos
Identidad corporativa	<p>Imagen corporativa común.</p> <p>Manual de acogida de profesionales y usuarios.</p> <p>Imagen y diseño unificado de todos los documentos, presentaciones, plantillas power point, etc.</p> <p>Alineación con la identidad corporativa de SACYL.</p>
Implicación del equipo directivo	<p>Sistemática de reuniones con los Servicios / Unidades, EAP</p> <p>Comunicación estructurada con los líderes incluyendo jefes de servicio, supervisores de enfermería, coordinadores de EAP y responsables de áreas y unidades.</p>
Comunicación ascendente / descendente entre la dirección y los profesionales	<p>Canales de opinión, propuestas y expectativas de los profesionales.</p> <p>Comunicación de acciones de mejora, revisión conjunta del PAG-PAMLE, evolución de los indicadores, déficits observados, reuniones periódicas, visitas a EAP</p>
Comunicación transversal	<p>Intranet corporativa del Área</p> <p>Foros de comunicación y coordinación entre los profesionales.</p> <p>Inclusión de las páginas web de los centros de salud en la página web del HURH.</p>

Tabla 51. Objetivos del área de comunicación

Objetivos Operativos

El Equipo Directivo es el responsable de gestionar la adecuada comunicación en sus respectivas áreas de gestión. Son los Jefes Clínicos, Coordinadores de EAP, los Supervisores y Responsables de Enfermería y otros mandos intermedios los principales elementos transmisores de la mayor parte de la comunicación ascendente y descendente.

La comunicación formal, estructurada y con canales de comunicación determinados, se desarrolla a través de las reuniones de procesos, grupos de mejora, comisiones, sesiones clínicas, visitas a Servicios y EAP, envío por correo electrónico o correo ordinario de notas, resoluciones, instrucciones etc., así como en las reuniones regulares de los Consejos de Gestión, la Junta Técnico Asistencial, la Comisión Mixta, la Comisión de Seguridad o la Junta de Personal, entre otros. En todos ellos la circulación de la información, se realiza en ambos sentidos. En múltiples ocasiones se elaboran actas, en donde se deja constancia de los temas tratados y de los acuerdos alcanzados.

Reconocimiento.

En sintonía con el objetivo estratégico de alcanzar la satisfacción de los profesionales en sus puestos de trabajo y un buen clima laboral, el Área de Salud de Valladolid Oeste utiliza numerosos mecanismos que contribuyen al reconocimiento tanto formal como informal.

Reconocimientos informales. Son aquellos realizados, de forma verbal, por el equipo directivo a los responsables de los EAP o a miembros de estos al fin de reconocer sus logros o los éxitos alcanzados.

En cuanto a los **reconocimientos formales**, se realizan actos públicos de reconocimiento a las personas que se han jubilado durante ese año en el Área o a los residentes que finalizan su periodo formativo.

Los reconocimientos que han sido objeto de publicación en prensa, tienen un tratamiento específico y son publicados en la Intranet Corporativa del Área.

Otros reconocimientos se señalan, notifican y publican la Intranet Corporativa: Entre ellos, los eventos deportivos en los que participa, por ejemplo, el equipo de fútbol del Hospital, los premios que reciben los profesionales por sus participaciones en congresos regionales, nacionales e internacionales, y la publicación de todos los nombramientos relevantes que reciben nuestros profesionales como miembros de la Real Academia de Medicina o como Responsables de las sociedades científicas, etc.

3. Sistema Sanitario

Destaca la frecuente colaboración e implicación de profesionales del Área en los grupos de trabajo que se crean a nivel de Servicios Centrales.

4. Proveedores

Más allá de lo estipulado en las cláusulas contractuales que regulan los pliegos de contratación existe una estrecha colaboración con los proveedores. Esta colaboración, con la industria farmacéutica, Empresas Tecnológicas, Proveedores de servicios, etc. se hace especialmente visible en la organización de eventos y en materia de divulgación, formación e investigación.

5. Sociedad

Nuestra organización tiene un alto grado de compromiso medioambiental. Fruto de ello nos encontramos que en 2014 el HURH está participando en el Proyecto Europeo LIFE “Smart Hospital”, con el objetivo final de **avanzar hacia la neutralidad en las emisiones de carbono, posibilitando que el sector salud pueda mostrar el camino a seguir en respuesta al cambio climático**, adoptando un papel activo en la defensa de un futuro sano y sostenible.

A través de este proyecto financiado por la Unión Europea y la Junta de Castilla y León se busca: aumentar la eficiencia energética de las instalaciones en consonancia con la normativa europea, como el Libro Verde de 2005 o la Directiva 2010/31/CE, mejorar la gestión del agua en las instalaciones y procesos, objetivo que se alinea plenamente con la Directiva Marco del Agua 2000/60/CE y mejorar el control de los residuos a través de la trazabilidad, adecuando el sistema gestión en base a los puntos de origen y alineándose con varias directivas europeas como la 2008/98/CE.

Otras mejoras provienen de las alianzas con distintos agentes sociales como asociaciones de pacientes, que colaboran en la introducción de cambios organizativos, asistenciales y de investigación. A modo de ejemplo, el acuerdo con la Asociación Española contra el Cáncer en la implantación del Programa “Primer Impacto” (Programa de Acogida al Paciente Oncológico recién diagnosticado y a sus familiares),...

También se celebran reuniones con el Ayuntamiento de Valladolid, fruto de las cuales se han instalado en el HURH y en las proximidades de varios centros de salud el servicio de préstamo público de bicicletas VALLABICI y se ha protocolizado el servicio de taxis en la puerta principal del hospital. También se han celebrado reuniones con

otros ayuntamientos de las localidades que pertenecen al área de influencia de Valladolid Oeste para poder mejorar aquellos aspectos que afectan a los centros de salud o a los consultorios médicos.

PERFIL DE LA MEMORIA

Periodo objeto de la memoria

Este documento incluye la información del año 2015 y 2016. Se trata de la segunda memoria que redacta el Área de Salud Valladolid Oeste en materia de sostenibilidad, por lo cual se han incluido datos del año 2014, pues consideramos que pueden aportar información que complementa y aclara la evolución de nuestra organización.

Fecha de la última memoria

La última memoria, fue la de Responsabilidad Social Corporativa elaborada en el año 2014 siguiendo los parámetros indicados por la guía del GRI 3 en el nivel de aplicación exhaustivo.

Ciclo de presentación de memorias

La periodicidad de presentación de memorias irá marcada por las actualizaciones que vaya proponiendo el organismo GRI en su afán por mostrar cada vez un mayor compromiso con la sociedad y con las empresas que quieran encontrarse posicionadas como socialmente responsables.

Facilite un punto de contacto para solventar las dudas que puedan surgir sobre el contenido de la memoria

Director de Gestión: D. Jesús Pérez Toribio.

e-mail: jperezto@saludcastillayleon.es

Responsable de la Unidad de Imagen y Comunicación: D^a. Ana Belén Hernández Sánchez.

e-mail: ahernandezsa@saludcastillayleon.es

Director de Gestión y SS.GG. At. Primaria: Fernando de la Fuente Bueno

E-mail: ffuente@saludcastillayleon.es

Coordinador de Calidad: Alberto Vegas Miguel

e-mail: avegasmi@saludcastillayleon.es

Índice de la opción elegida y nivel de conformidad escogido

En dicha memoria se ha optado por realizar un enfoque exhaustivo dónde como indica el índice a continuación se ha prestado una atención minuciosa a todos los capítulos que conforman la memoria.

ÍNDICE DE GRI PARA LA OPCIÓN ESENCIAL " DE CONFORMIDAD CON LA GUIA"

FALTA COMPLETAR LAS COLUMNAS DE PÁGINA Y VERIFICACIÓN EXTERNA

CONTENIDOS BÁSICOS GENERALES			
ASPECTOS MATERIALES	PÁGINA	OMISIONES. DATOS QUE NO SON POSIBLES DIVULGAR. INDICAR EL MOTIVO DE LA OMISIÓN	VERIFICACIÓN EXTERNA INDIQUE SI SE HA VERIFICADO EXTERNAMENTE EL CONTENIDO BÁSICO. SI ES ASÍ, INDIQUE LA PÁGINA.
ESTRATEGIA Y ANÁLISIS			
G4-1		No Aplicable	
G4-2		No Aplicable	
PERFIL DE LA ORGANIZACIÓN			
G4-3		No Aplicable	
G4-4		No Aplicable	
G4-5		No Aplicable	
G4-6		No Aplicable	
G4-7		No Aplicable	
G4-8		No Aplicable	
G4-9		No Aplicable	
G4-10		No Aplicable	
G4-11		No Aplicable	
G4-12		No Aplicable	
G4-13		No Aplicable	
G4-14		No Aplicable	
G4-15		No Aplicable	
G4-16		No Aplicable	
ASPECTOS MATERIALES Y COBERTURA			
G4-17		No Aplicable	

G4-18	No Aplicable
G4-19	No Aplicable
G4-20	No Aplicable
G4-21	No Aplicable
G4-22	No Aplicable
G4-23	No Aplicable
PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS	
G4-24	No Aplicable
G4-25	No Aplicable
G4-26	No Aplicable
G4-27	No Aplicable
PERFIL DE LA MEMORIA	
G4-28	No Aplicable
G4-29	No Aplicable
G4-30	No Aplicable
G4-31	No Aplicable
G4-32	No Aplicable
G4-33	No Aplicable
GOBIERNO	
G4-34	No Aplicable
G4-35	
G4-36	
G4-37	
G4-38	
G4-39	
G4-40	

G4-41	
G4-42	
G4-43	
G4-44	
G4-45	
G4-46	
G4-47	
G4-48	
G4-49	
G4-50	
G4-51	
G4-52	
G4-53	
G4-54	
G4-55	
ÉTICA E INTEGRIDAD	
G4-56	No Aplicable
G4-57	
G4-58	

Tabla 52. ÍNDICE DETALLADO DE LA OPCIÓN DE CONFORMIDAD EXHAUSTIVA

Verificación

FALTA

- DESCRIBA LA POLÍTICA Y LAS PRÁCTICAS VIGENTES DE LA ORGANIZACIÓN CON RESPECTO A LA VERIFICACIÓN EXTERNA DE LA MEMORIA
- SI NO SE MENCIONAN EN EL INFORME DE VERIFICACIÓN ADJUNTO A LA MEMORIA DE SOSTENIBILIDAD, INDIQUE EL ALCANCE Y EL FUNDAMENTO DE LA VERIFICACIÓN EXTERNA

- DESCRIBA LA RELACIÓN ENTRE LA ORGANIZACIÓN Y LOS PROVEEDORES DE VERIFICACIÓN
- SEÑALE SI EL ÓRGANO SUPERIOR DE GOBIERNO O LA ALTA DIRECCIÓN HA SIDO PARTÍCIPES DE LA SOLICITUD DE VERIFICACIÓN EXTERNA PARA LA MEMORIA DE SOSTENIBILIDAD DE LA ORGANIZACIÓN.

GOBIERNO

Describa la estructura de gobierno de la organización, sin olvidar los comités del órgano superior de gobierno. Indique que comités son responsables de la toma de decisiones sobre cuestiones económicas, ambientales y sociales.

A falta de una legislación autonómica específica, la estructura funcional de la Gerencia de Atención Hospitalaria se encuentra regulada por el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, que establece el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), el cual crea una estructura basada en dos tipos de órganos:

- Órganos de Dirección y Gestión:
 - Unipersonales: Director Gerente, Directores y Subdirectores de las tres divisiones existentes: Médica, Enfermería y de Gestión.
 - Colegiados: Comisión de Dirección (CD).
- Órganos de Participación y asesoramiento:
 - Junta Técnico Asistencial
 - Comisión Mixta
 - Comisión Central de Garantía de la Calidad
 - Comisiones Clínicas

Tanto el **Director Gerente** como los demás órganos de Dirección y Gestión, ejercen las funciones de dirección y gestión propias de la organización, reservándose entre otras funciones, el estudio de los objetivos sanitarios, los planes económicos del Hospital y la instrumentación de programas de dirección por objetivos (PDO).

La **Comisión de Dirección** (CD) es el órgano colegiado de dirección, supervisión y coordinación, encargado entre otros aspectos, de estudiar los objetivos sanitarios y los planes económicos del hospital, instrumentar los programas de dirección por objetivos, realizar el seguimiento de las actividades de los servicios y unidades del hospital; analizar y realizar las propuestas sobre el presupuesto anual del hospital y política de personal. Esta Comisión está presidida por el Director Gerente e integrada por los Directores y Subdirectores de las tres divisiones (Médica, de Enfermería y de Gestión y Servicios Generales). A dicha Comisión pueden ser invitados otros responsables de Servicios y/o Unidades.

La **Junta Técnico-Asistencial** es el órgano colegiado de asesoramiento de la Comisión de Dirección del hospital, en lo relativo a actividad asistencial, así como de participación de los profesionales en el mecanismo de toma de decisiones que afecten a sus actividades. Tiene como funciones básicas la de informar y asesorar a la CD en todas aquellas materias que incidan directamente en las actividades asistenciales del hospital, informar de los planes anuales de necesidades, elaboración y propuesta a la CD de las acciones y programas que mejoren la organización, funcionamiento y calidad del hospital y sus servicios.

La **Comisión Mixta** está formada exclusivamente por facultativos. Actúa también como órgano de asesoramiento de la Comisión de Dirección pero fundamentalmente en los temas relacionados más directamente con los profesionales de la División Médica.

La **Comisión Central de Garantía de la Calidad** es el organismo técnico de elaboración y trabajo en las áreas de calidad asistencial y adecuación tecnológica, y de asesoramiento permanente a la Dirección Médica y a la Junta Técnico-Asistencial.

Las **Comisiones Clínicas** son órganos técnicos de asesoramiento a la Dirección en las materias de su competencia (infecciones, farmacia, seguridad del paciente, tecnología, etc.).

En la Figura 6 se refleja el organigrama de la Gerencia de Atención Hospitalaria:

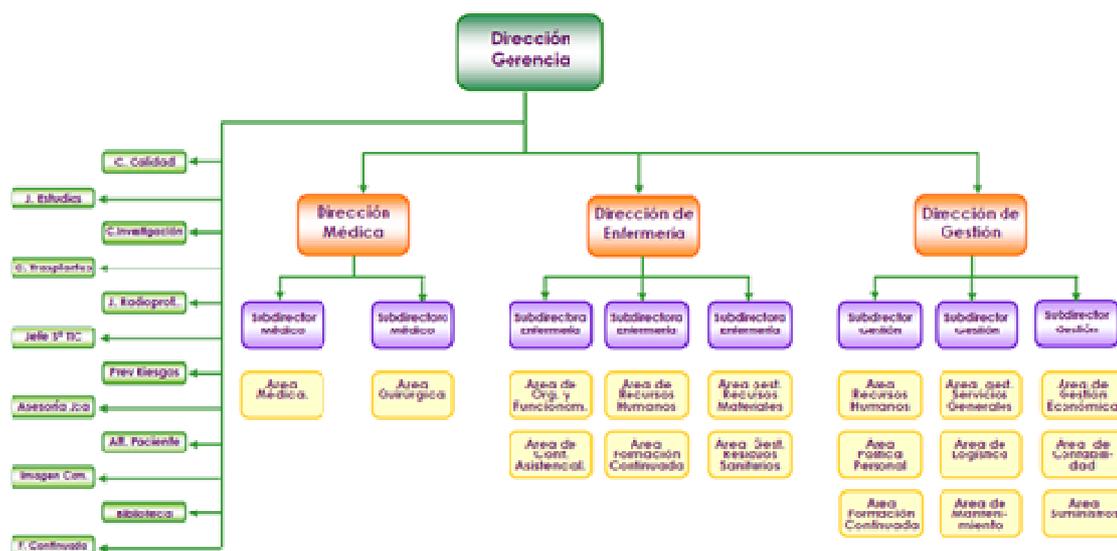


Figura 6. Organigrama de la Gerencia de Atención Hospitalaria.

Describa el proceso mediante el cual el órgano superior de gobierno delega su autoridad en la alta dirección y en determinados empleados para cuestiones de índole económica, ambiental y social

FALTA. CONTENIDO NUEVO

Indique si existen en la organización cargos ejecutivos o con responsabilidad en cuestiones económicas, ambientales y sociales y si sus titulares rinden cuentas directamente ante el órgano superior de gobierno.

FALTA. CONTENIDO NUEVO

Describa los procesos de consulta entre los grupos de interés y el órgano de gobierno con respecto a cuestiones económicas, ambientales y sociales. Si se delega dicha consulta, señale a quien y describa los procesos de intercambio de información con el órgano superior de gobierno.

FALTA. CONTENIDO NUEVO

Describa la composición del órgano superior de gobierno y sus comités:

- EJECUTIVOS Y NO EJECUTIVOS
- INDEPENDENCIA
- ANTIGÜEDAD EN EL EJERCICIO EN EL ÓRGANO DE GOBIERNO
- NÚMERO DE OTROS PUESTOS Y ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS, Y NATURALEZA DE TALES ACTIVIDADES
- SEXO
- MIEMBROS DE GRUPOS SOCIALES CON REPRESENTACIÓN INSUFICIENTE
- COMPETENCIAS RELACIONADAS CON LOS EFECTOS ECONÓMICOS, AMBIENTALES Y SOCIALES
- REPRESENTACIÓN DE GRUPOS DE INTERÉS

Indique si la persona que preside el órgano superior de gobierno ocupa también un puesto ejecutivo. De ser así describa sus funciones ejecutivas y las razones de esta disposición.

FALTA. CONTENIDO NUEVO

Describa los procesos de nombramiento y selección del órgano superior de gobierno y sus comités, así como los criterios en los que se basa el nombramiento y la selección de los miembros del primero; entre otros:

- SI SE TIENE EN CUENTA LA DIVERSIDAD Y DE QUE MODO
- SI SE TIENE EN CUENTA LA INDEPENDENCIA Y DE QUE MODO
- SI SE TIENE EN CUENTA, Y DE QUÉ MODO LOS CONOCIMIENTOS ESPECIALIZADOS Y LA EXPERIENCIA EN LOS ÁMBITOS ECONÓMICO, AMBIENTAL Y SOCIAL.
- SI ESTÁN INVOLUCRADOS LOS GRUPOS DE INTERÉS (ENTRE ELLOS, LOS ACCIONISTAS Y DE QUÉ MODO.

Describa los procesos mediante los cuales el órgano superior de gobierno previene y gestiona posibles conflictos de intereses. Indique si los conflictos de intereses se comunican a las partes interesadas. **Indique como mínimo: *****

- MEMBRESÍA DE DISTINTAS JUNTAS

- TENENCIA DE ACCIONES DE PROVEEDORES Y OTROS GRUPOS DE INTERÉS
- EXISTENCIA DE UN ACCIONISTA DE CONTROL
- INFORMACIÓN QUE REVELAR SOBRE PARTES RELACIONADAS

***CONTENIDO AMPLIADO RESPECTO A GRI 3.1

La actuación del ASVAO en materia de buen gobierno y transparencia en el ámbito de la gestión, se basa en los distintos procedimientos que para evitar posibles conflictos de intereses, instauran la normativa existente tanto a nivel nacional como de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

A continuación se citan las más relevantes:

Ley 53/1984, de Incompatibilidad del personal al servicio de la Administración Pública (de 26 de Diciembre), que, con una especial incidencia en el personal sanitario, dado su perfil profesional, tanto para la actividad pública como privada.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que establece la estructura de los servicios sanitarios y los organismos encargados de su gestión, y en especial, las responsabilidades de las Comunidades Autónomas en los mismos.

Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD.

Ley 15/99, de Protección de Datos de Carácter Personal (de 13 de diciembre) y su Reglamento de Desarrollo (RD 1720/2007), que afecta especialmente a los datos relativos a la salud, con un nivel alto de protección.

Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Decreto 287/2001, de 13 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud. Modificado por:

- Decreto 81/2007, de 19 de julio
- Decreto 40/2011, de 7 de julio
- Decreto 10/2014, de 13 de marzo

Real Decreto 1840/2001 de 27 de diciembre sobre el traspaso a la Comunidad de Castilla y León de las funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud.

Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que además de los derechos del paciente, las condiciones del consentimiento informado, usos de la Historia Clínica, etc., establece las obligaciones profesionales en materia de información técnica, estadística y administrativa.

Decreto 24/2003, de 6 de marzo, por el que se desarrolla la estructura orgánica de los servicios periféricos de la Gerencia Regional de Salud.

Ley 8/2003 de 8 de abril sobre Derechos y Deberes de las personas en relación con la salud.

Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que incluye aspectos sobre la planificación, formación y desarrollo profesional del personal del Sistema, y aborda una reordenación del ejercicio de las competencias que con carácter exclusivo corresponden al Estado en materia de evaluación, registro, autorización, vigilancia y control de los medicamentos y de los productos sanitarios.

Ley 55/2003, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud: Fija las formas de provisión y selección del personal así como sus situaciones administrativas y fórmulas de vinculación.

Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la Historia Clínica.

Ley 7/2005, de 24 de mayo, de la Función Pública de Castilla y León.

Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León.

Ley 7/2007, del Estatuto Básico del Empleado Público, que recoge los principios que deben respetar los empleados públicos en el desempeño de sus actividades.

Orden SAN 559/2007, de 26 de marzo, por la que se aprueba el Plan de garantía de derechos de las personas en relación con la salud.

Decreto 118/2007, de 29 de noviembre, por el que se desarrolla la ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León.

Ley 10/2010, Salud Pública y Seguridad Alimentaria.

Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León.

Real Decreto-Ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011.

Ley 33/2011 General de Salud Pública.

Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público.

Ley 19/2013, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.

Describe la función del órgano superior de gobierno y de la alta dirección en el desarrollo, la aprobación y la actualización del propósito, los valores o las declaraciones de misión, las estrategias, las políticas y los objetivos relativos a los impactos económica, social y ambiental de la organización.

Misión

La Gerencia de Asistencia Sanitaria, Valladolid Oeste es un organismo de carácter público, que tiene como principal finalidad **atender las necesidades de asistencia sanitaria** de la población adscrita a dicha área, prestando una atención integrada y un trato humano e individualizado a los ciudadanos. A través de la misma, se proporciona

a los usuarios actividades médico-asistenciales y de salud pública, tanto a nivel individual como comunitario, siendo sensible a las necesidades y demandas de los mismos. El desarrollo de un proceso de mejora continua y evaluación permanente, junto con el compromiso y la participación activa de sus profesionales, pretende garantizar la prestación de un servicio resolutivo, eficiente, seguro y de alta calidad, manteniendo su carácter universitario, docente e investigador.

Visión

La Gerencia de Asistencia Sanitaria, Valladolid Oeste aspira a consolidar su posición como Área de referencia, reforzando su situación de prestigio y liderazgo, estableciendo espacios de excelencia en el ámbito de la asistencia sanitaria, de la gestión, del modelo de cuidados y de la calidad asistencial. Pretende reforzar su carácter universitario y conseguir una organización que genere conocimiento a través de su labor investigadora, que sea abierta a la sociedad, que utilice eficientemente los recursos y que sea sostenible, responsable y respetuosa con el medio ambiente.

Valores

- Estamos orgullosos de prestar una atención sanitaria humana y de alta calidad a nuestros pacientes.
- Los profesionales son el principal activo de nuestra organización por lo que se favorece su participación activa en la gestión del Área, así como la constante actualización de sus conocimientos y competencias.
- Creemos en el trabajo en equipo, fomentando la estrecha colaboración entre los profesionales de los dos niveles asistenciales así como con los profesionales de otras Áreas o centros sanitarios, todo ello para conseguir una mejor atención a nuestros pacientes.
- Compromiso con los valores definidos en nuestro Código Ético, que deben guiar todas nuestras actuaciones.
- Estamos comprometidos con la mejora continua de nuestros procesos y con la búsqueda de la excelencia.
- La constante actualización tecnológica y el desarrollo de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación son una de las señas de identidad de nuestra Área.
- La vocación docente y universitaria se exterioriza instaurando programas de formación de alumnos y de nuevos especialistas sanitarios, y fomentando el desarrollo de nuevas líneas de investigación y de innovación.

Señale qué medidas se han tomado para desarrollar y mejorar el conocimiento colectivo del órgano superior de gobierno con relación a los asuntos económicos, ambientales y sociales.

FALTA. CONTENIDO NUEVO

Evaluación de desempeño y sus consecuencias

- DESCRIBA LOS PROCESOS DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL ÓRGANO SUPERIOR DE GOBIERNO EN RELACIÓN CON EL GOBIERNO DE LOS ASUNTOS ECONÓMICOS, AMBIENTALES Y SOCIALES. INDIQUE SI LA EVALUACIÓN ES INDEPENDIENTE Y CON QUÉ FRECUENCIA SE LLEVA A CABO. INDIQUE SI SE TRATA DE UNA AUTOEVALUACIÓN.
- DESCRIBA LAS MEDIDAS ADOPTADAS COMO CONSECUENCIA DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL ÓRGANO SUPERIOR DE GOBIERNO EN RELACIÓN CON LA DIRECCIÓN DE LOS ASUNTOS ECONÓMICOS, AMBIENTALES Y SOCIALES; ENTRE OTROS ASPECTOS, INDIQUE COMO MÍNIMO SI HA HABIDO CAMBIOS EN LOS MIEMBROS O EN LAS PRÁCTICAS ORGANIZATIVAS.

El Director Gerente con periodicidad semanal se reúne con los directores de las distintas Direcciones (Médica, Gestión y Enfermería) tanto en Atención Primaria como en Hospitalaria.

De las diversas Comisiones la más relevante es la Comisión de Dirección, que se reúne quincenalmente y que está constituida por los Directores y Subdirectores de Primaria y Hospitalaria y algunos coordinadores de Atención Primaria y de Calidad.

El Equipo Directivo tiene reuniones periódicas de Control de Gestión con la GRS en las que se evalúa su desempeño en los ámbitos económico, de actividad asistencial y social.

- **FALTA.** INDIQUE SI LA EVALUACIÓN ES INDEPENDIENTE Y CON QUÉ FRECUENCIA SE LLEVA A CABO. INDIQUE SI SE TRATA DE UNA AUTOEVALUACIÓN.
- **FALTA.** DESCRIBA LAS MEDIDAS ADOPTADAS COMO CONSECUENCIA DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL ÓRGANO SUPERIOR DE GOBIERNO EN RELACIÓN CON LA DIRECCIÓN DE LOS ASUNTOS ECONÓMICOS, AMBIENTALES Y SOCIALES; ENTRE OTROS ASPECTOS, INDIQUE COMO MÍNIMO SI HA HABIDO CAMBIOS EN LOS MIEMBROS O EN LAS PRÁCTICAS ORGANIZATIVAS.

Función del órgano superior en la gestión de impactos, riesgos y oportunidades de carácter económico, ambiental y social. Indique si se efectúan consultas a grupos de interés para utilizarlo en el trabajo del órgano de gobierno sobre la identificación y gestión de impactos, riesgos y oportunidades.

La Gerencia de Asistencia Sanitaria, Valladolid Oeste, representada por el Director Gerente y con la colaboración del resto del Equipo Directivo, desempeña la función de dirección de la Atención Primaria y de la Atención Hospitalaria del Área de Salud Valladolid Oeste.

Entre otras, tiene encomendada la gestión de la prestación sanitaria, gestión del presupuesto y otros recursos, gestión ambiental y social. Todo ello, conforme a los criterios adoptados por la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

La GRS, al comienzo de cada ejercicio, aprueba y presenta el Plan Anual de Gestión (en adelante PAG), el Plan Anual de Mejora de Listas de Espera (en adelante PAMLE) y los objetivos estratégicos de los Centros e Instituciones Sanitarias de la red SACYL.

El PAG supone el compromiso en la participación e implicación de los distintos estamentos en las líneas estratégicas y objetivos de toda la organización.

La supervisión, el seguimiento y la gestión del PAG se lleva a cabo en las Comisiones de Dirección del Hospital (en 2014, 19) y en los Consejos de Gestión de Atención Primaria (4 al año). Su seguimiento corresponde a cada una de las Direcciones de División, en coordinación con los Jefes y responsables de las Unidades y Servicios, así como con los coordinadores y responsables de enfermería de los Equipos de Atención Primaria.

Periódicamente se supervisan el grado de cumplimiento de los objetivos estratégicos, PAG y PAMLE:

- Mensual: Se revisa el grado de cumplimiento de los objetivos asistenciales y los indicadores económicos.
- Trimestral: Se revisa toda la información aportada por las distintas fuentes de información, analizando la conveniencia o no de modificar los objetivos estratégicos.
- Semestral: Se revisa el grado de cumplimiento de la totalidad de los objetivos estratégicos y económicos, y se preparan informes que se remiten a la GRS.
- Anual: El Equipo Directivo revisa el grado de cumplimiento de los objetivos del PAG, incorporando la información obtenida fruto del resultado de las mediciones e indicadores, remitiendo a la GRS toda la información relacionada con los mismos. Posteriormente, esta emite la puntuación obtenida en el PAG y PAMLE, abriéndose un periodo de alegaciones y finalmente se emite la puntuación obtenida y el resultado comparativo respecto al resto de Centros.

La Gestión económica es auditada, anualmente, por el Equipo de Control Financiero Permanente nº 2 de Valladolid de la Intervención Delegada de la Consejería de Economía y Hacienda de la Junta de Castilla y León.

El Consejo de Cuentas realiza anualmente la fiscalización de las cuentas generales de la Comunidad Autónoma y a través de la GRS se aportan los informes y la documentación requerida.

FALTA. INDIQUE SI SE EFECTUAN CONSULTAS A LOS GRUPOS DE INTERÉS PARA UTILIZAR EN EL TRABAJO DEL ÓRGANO SUPERIOR DE GOBIERNO EN LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE LOS IMPACTOS, RIESGOS Y OPORTUNIDADES DE CARÁCTER ECONÓMICO, AMBIENTAL Y SOCIAL.

Describa la función del órgano superior de gobierno en el análisis de la eficacia de los procesos de gestión del riesgo de la organización en lo referente a los asuntos económicos, ambientales y sociales.

FALTA. CONTENIDO NUEVO

Indique con qué frecuencia analiza el órgano superior de gobierno los impactos, los riesgos y las oportunidades de carácter económico, ambiental y social.

FALTA. CONTENIDO NUEVO

Indique cuál es el comité o el cargo de mayor importancia que revisa y aprueba la memoria de sostenibilidad de la organización y se asegura de que todos los Aspectos materiales queden reflejados.

FALTA. CONTENIDO NUEVO

Describa el proceso para transmitir las preocupaciones importantes al órgano superior de gobierno

FALTA. CONTENIDO NUEVO

Señale la naturaleza y el número de preocupaciones importantes que se transmitieron al órgano superior de gobierno; describa asimismo los mecanismos que se emplearon para evaluarlas y abordarlas.

FALTA. CONTENIDO NUEVO

Describa las políticas retributivas para el órgano superior de gobierno y la alta dirección. Además relacione los criterios relativos al desempeño que afectan a la política retributiva con los objetivos económicos, ambientales y sociales del órgano superior de gobierno y la alta dirección.

Los salarios (componentes fijos) son iguales en toda la Comunidad de Castilla y León. Por lo tanto, el salario de Directivo está estipulado en los Presupuestos Generales de la Comunidad de Castilla y León y publicado en el BOCYL por la Consejería de Hacienda.

Nuestra organización es una Entidad Pública y está expresamente prohibidos los contratos blindados y las indemnizaciones por cese al dejar el puesto de alto cargo.

FALTA. CONTENIDO NUEVO

Explique cómo se solicita y se tiene en cuenta la opinión de los grupos de interés en lo que respecta a la retribución, incluyendo si procede, los resultados de las votaciones sobre políticas y propuestas relacionadas con esta cuestión.

FALTA. CONTENIDO NUEVO

Calcule la relación entre la retribución total anual de la persona mejor pagada de la organización en cada país donde se lleven a cabo operaciones significativas con la retribución total anual media de toda la plantilla (sin contar a la persona mejor pagada) del país correspondiente.

FALTA. CONTENIDO NUEVO

Calcule la relación entre el incremento porcentual de la retribución total anual de la persona mejor pagada de la organización en cada país donde se lleven a cabo operaciones significativas con el incremento porcentual de la retribución total anual media de toda la plantilla (sin contar a la persona mejor pagada) del país correspondiente.

FALTA. CONTENIDO NUEVO

ÉTICA E INTEGRIDAD

Describa los valores, los principios, los estándares y las normas de la organización, tales como códigos de conducta o códigos éticos.

FALTA. CONTENIDO NUEVO

Describa los mecanismos internos y externos de asesoramiento en pro de una conducta ética y lícita, y para los asuntos relacionados con la integridad de la organización, tales como líneas telefónicas de ayuda o asesoramiento.

FALTA. CONTENIDO NUEVO

Describa los mecanismos internos y externos de denuncia de conductas poco éticas o ilícitas y de asuntos relativos a la integridad de la organización, tales como la notificación escalonada a los mandos directivos, los mecanismos de denuncia de irregularidades o las líneas telefónicas de ayuda.

FALTA. CONTENIDO NUEVO