

RSA - Entidades no lucrativas

Empresa evaluada

Hospital San Juan de Dios

CIF:Q5000307H

Pº. Colón nº:14.

50006 - ZARAGOZA

Zaragoza

01 DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

Denominación de la organización

Hospital San Juan de Dios

Forma jurídica

Institución Religiosa Sanitaria sin ánimo de lucro

Número de socios (en caso de asociaciones)

Orden Hospitalaria San Juan de Dios

Número de miembros Junta/Patronato

Sin respuesta

Dirección - CP - Población

Paseo Colon nº 14

50006 Zaragoza

Sector/Ámbito de actuación.

Sanidad

Actividad principal

Atención sanitaria hospitalaria y ambulatoria a pacientes geriátricos, crónicos y grandes dependiente

Colectivo principal atendido

Enfermos crónicos dependientes de la Comunidad Autónoma de Aragón:

- pacientes agudos en Hospital de media y larga estancia (convalecencia), pacientes ingresados en rehabilitación para fase de convalecencia, pacientes ingresados sin rehabilitación para fase de convalecencia, Cuidados Paliativos con internamiento,
- Atención en Hospital de Día para fase de convalecencia. Rehabilitación ambulatoria para pacientes crónicos.
- 5 equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (Sector Zaragoza I, Sector Calatayud, Sector Alcañiz, Sector Huesca y Sector Barbastro).
- Servicio de hemodiálisis Hospitalaria para pacientes que pertenecen al Servicio Aragonés de Salud.

Año comienzo actividad.

1953

Número de personas empleadas - media anual

330

Número de personas empleadas estables (contrato indefinido)

220

Número de voluntarios

120

Persona contacto

M Carmen Sanjoaquin Benavente (Dir, RRHH, Calidad y Organización)

E-mail contacto

hsjdzaragoza@ohsjd.es

Página web

<http://hsjdzaragoza.com/es/>

1 GENERAL

1.a Tendencias Globales

1.- Considera que su entidad tiene en cuenta o se ve afectada, directa o indirectamente, por temas globales y generales como por ejemplo:

- **Económicos (creación de empleo, generación de riqueza, cumplimiento de la legalidad...**
- **Políticos (cambios de gobierno, alianzas con Administraciones Públicas,)**
- **Medioambientales (cambio climático, consumo de recursos: agua, energía eléctrica,)**
- **Tecnológicos (comunicaciones, redes sociales)**
- **Sociales (igualdad de género, conciliación de la vida personal y profesional, educación, formación....)**

Estos temas son importantes para la entidad y se tienen en cuenta poniendo en marcha acciones que aseguren el negocio de la entidad a largo plazo, así como los impactos y resultados obtenidos

1.1 Información adicional

El Hospital San Juan de Dios de Zaragoza define su estrategia a largo, medio y corto plazo en base a una metodología identificada en la ficha de proceso de Planificación Estratégica (FP/DG/01), según la cual es necesario identificar aquella información relevante proveniente de sus Grupos de Interés, así como las conclusiones obtenidas de la elaboración del DAFO.

Para la identificación de esa Información relevante, se han desarrollado dos procedimientos de trabajo: Gestión de Riesgos Empresariales (FP/DRC/04) y Gestión de Partes Interesadas (FP/DG/03). De esta manera, el Hospital ha conseguido identificar aquellos

aspectos que pueden afectarle debido a cambios tecnológicos, medioambientales, sociales y económicos.

Esta estrategia es coherente con los valores de la Orden (Hospitalidad, Calidad, Respeto, Responsabilidad y Espiritualidad), cuyo contenido y aplicación práctica quedan establecidos en "La Carta de Identidad" publicada por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios a nivel mundial en el año 2000, desarrollando modelos de comportamiento ante aspectos relacionados con los recursos de la biosfera (apdo.4.2.6.), eficacia y buena gestión empresarial (apdos.4.4, 5.3), políticas económicas y financieras (apdo.5.3.4) y responsabilidad social (apdo.5.3.5), entre otros.

Este Carisma, específico de la Orden, queda reflejado en la Misión, Visión y Valores del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza, que demuestra el interés del Hospital por el impacto que sus actividades producen en el medio ambiente, en la economía y en la sociedad en general, dando mayor importancia al beneficio social y al desarrollo humano sin dejar de lado la sostenibilidad económica, a través de la innovación y la mejora continua para conseguir la mayor eficiencia posible.

2.- ¿Cree que las entidades pequeñas o medianas pueden enfrentarse de forma individual a temas como los anteriores?

Si

2.1. Información adicional

Sin respuesta

Puntuación sección 100,00 %

1.b Integración en la estrategia de los retos económicos, sociales y ambientales

3.- Al planificar la actividad de su entidad, ¿se diferencian los planes a corto y a largo plazo?

Se plantea y planifica de forma voluntaria y diferenciada en el corto, medio y largo plazo mediante el diseño e implementación de planificaciones estratégicas.

3.1. Información adicional

Tal y como se ha expresado en el apartado anterior, el HSJD cuenta con un proceso sistemático y estructurado tanto para la reflexión estratégica a corto como a largo plazo. Su despliegue, comunicación interna y externa y mejora, que contempla la detección de necesidades de los diferentes grupos de interés, MIR, DAFO y Riesgos Empresariales.

Conforme al procedimiento de Planificación Estratégica (FP/DG/01) se realiza el despliegue de objetivos estratégicos en objetivos anuales, planes de acción, actividades por Servicio, Planta y/o Comisión (FPO/DG/05-2, FPO/DG/05-3 y FPO/DG/05-4) y se establecen responsables para su consecución, así como indicadores de seguimiento para cada uno de los objetivos y Planes de Acción que permiten realizar una revisión periódica tanto del proceso de planificación, como del grado de cumplimiento de los objetivos anuales y su impacto en la consecución de la Estrategia y la Visión del Centro (PROQUO-apdo.Estrategia y Planes de Acción).

La utilización de esta metodología ha permitido desarrollar hasta el momento dos Planes Estratégicos finalizados (2006-2010 y 2011-2015), y poner en marcha el actual (2016-2019)

que recoge seis líneas estratégicas de actuación, dentro de las cuales se incluyen aspectos relacionados con la sociedad, la economía y el medioambiente, entre otras.

Dicho Plan se encuentra alineado con los ejes estratégicos del Plan Provincial (Aragón-San Rafael) 2014-2018, integrando así la estrategia de la organización con la Estrategia de la Orden. Destacan ejes estratégicos Provinciales como Sostenibilidad Global, Fomento de la dimensión solidaria y/o Centralidad de la persona.

Las Líneas Estratégicas identificadas en el P.E. 2016-2019 son:

- Garantizar la sostenibilidad del centro
- Gestión de personas
- Excelencia en la gestión
- Solidaridad
- Sociedad
- Innovación e investigación.

Con la finalidad de poder alcanzar los objetivos estratégicos, el Hospital define Planes de Acción y Objetivos anuales tal y como se recoge en el proceso de Planificación Estratégica (FP/DG/01).

Para el ejercicio 2016 se han definido, entre otros, los siguientes objetivos y Planes de Acción:

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:

- EXCELENCIA

Objetivo anual: Diseñar, revisar y mejorar los procesos del Centro, evaluando y mejorando los resultados, buscando la excelencia en nuestra gestión y un impacto positivo en nuestros usuarios.

Plan de acción anual: Desarrollar un modelo de responsabilidad social corporativa
Implementar el modelo de gestión de riesgos empresariales

- SOLIDARIDAD

Objetivo anual: Potenciar la línea de solidaridad en nuestro Centro a través de la Obra Social y el Voluntariado

Plan de acción anual: Hermanamiento con otros centros.

Cultura de solidaridad - obra social de nuestro centro

- SOCIEDAD

Objetivo anual: Aumentar la participación activa de nuestros profesionales y voluntarios en los ámbitos con gran impacto en la Sociedad Aragonesa, especialmente con actividades docentes y organización de eventos, de profesionales y colaboradores.

Plan de acción anual:

Plan de comunicación externa

Fomentar alianzas con proveedores

Potenciar y fortalecer las relaciones con la Universidad de Zaragoza

Plan de Voluntariado

4.- La entidad se preocupa de ser rentable (económica- y socialmente) y optimizar los recursos de los que dispone

La entidad analiza, planifica, aplica sistemas de control y posteriormente evalúa e implanta mejoras con objeto de aumentar su rentabilidad y optimización de recursos

4.1 Información adicional

La organización tiene una clara orientación de compromiso social, siendo parte de su razón

de ser, y que se puede ver reflejada en la propia Misión, Visión y Valores del Hospital San Juan de Dios.

- Misión: El HSJD de Zaragoza, es una Institución privada sin ánimo de lucro, que presta una asistencia integral, humanizada, con calidad a los enfermos con el fin de cubrir las necesidades asistenciales, fundamentalmente de la Sanidad Pública, pero abiertos a todos los posibles concertadores del hospital, que permitan el acceso a nuestros servicios a todo paciente que lo necesite, en conjunción con el Carisma de la OSHJD y apoyándose en un equipo de profesionales comprometidos e implicados.

- Visión: El Hospital aspira a ser reconocido como una de las Instituciones de referencia en el campo de la Geriátrica, Nefrología, Rehabilitación y Cuidados Paliativos de la Sanidad Aragonesa, con el compromiso de avanzar en todas aquellas disciplinas que permitan una mejor atención personalizada de nuestros pacientes, con clara vocación docente e investigadora y que nos permita seguir manteniendo la satisfacción de nuestros usuarios y profesionales.

Para poder alcanzar su Misión y Visión el Hospital define su estrategia periódicamente estableciendo Objetivos a largo plazo que recoge en el documento de Plan Estratégico y, anualmente, define un Plan Ejecutivo que agrupa todos los Objetivos y Planes de Acción para el periodo así como la dotación presupuestaria necesaria para su consecución (Ejemplo: Documento de Paquete Presupuestario 2016).

Dicha sistemática de trabajo ha permitido al Hospital llevar a cabo, desde hace años, diferentes Proyectos cuya finalidad es atender necesidades sociales y medioambientales de su entorno más inmediato y a nivel internacional. Todos estos proyectos son financiados directamente por el Hospital, asignando los recursos necesarios a nivel presupuestario.

Entre ellos destacan:

- Servicio de voluntariado: participan más de 100 voluntarios cuya misión es servir de ayuda para cubrir las necesidades de los pacientes o sus familiares. El Hospital dispone de un profesional cuyas funciones son la captación e integración de los voluntarios en el servicio y la organización de las actividades diarias.

- Obra Social: proyecto liderado desde la Orden, cuya misión es cubrir necesidades de la población del entorno más cercano así como de los pacientes y sus familiares. El Hospital cuenta con un profesional dedicado a la definición y puesta en marcha de proyectos, búsqueda de financiación y coordinación con la Obra Social Provincial. Actualmente hay ocho proyectos en marcha con una dotación presupuestaria establecida en los presupuestos generales del Centro para 2016. Ver aptdo. 29.1.

- Programa de colaboración con la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias: facilitar el cumplimiento de penas y medidas alternativas mediante la realización de trabajo en beneficio de la Comunidad.

- Fundación Tobías: colaboración con la archidiócesis de Zaragoza para prestar atención residencial, social y sanitaria a Sacerdotes de ésta y de otras Diócesis. Actualmente dispone de 77 plazas, 15 de las cuales están reservadas para la Diócesis. El Hospital da apoyo a la Dirección en distintas áreas de la gestión (RRHH, económica, calidad) y está presente en todas las Juntas del Patronato de la Fundación.

- Hermanamiento con el Centro de Camagüey en Cuba: la colaboración se basa en la puesta a disposición de material y equipamiento sanitario de difícil acceso, así como, impartición de cursos formativos y soporte asistencial para los profesionales del Centro con el fin de especializar su labor asistencial.

- Plan de minimización de residuos: proyecto de reorganización de la gestión interna de

residuos peligrosos y no peligrosos con la finalidad de reducir el volumen anual producido. Desde 2013 se ha conseguido reducir un 30% el volumen de residuos peligrosos.

- Plan de reducción de consumo de gas y electricidad: desde el año 2012 se fijan anualmente objetivos dirigidos a reducir estos consumos a través de la renovación y mejora de equipamientos e instalaciones eficientes energéticamente, lo cual ha permitido el logro de dichos objetivos con reducciones del consumo superiores al 28%.

5. En caso de ser positivo el resultado del año ¿cómo se define el destino de estos fondos?

Es decidido por el órgano de gobierno tras un proceso interno de participación y se destina íntegro a proyectos y/o partidas concretas

5.1. Información adicional

Sin respuesta

Puntuación sección 91,67 %

1.c Impulso del diálogo con los grupos de interés/stakeholders

6.- Tiene identificados su entidad los grupos de interés/colectivos con los que se relaciona: empleados, cliente/usuarios, familias, voluntarios, proveedores, posibles financiadores y donantes, apoyos y alianzas con asociaciones, organismos públicos, medios de comunicación, otros..

Conocemos los grupos de interés con los que interactuamos en la actividad de la organización y los tenemos identificados de forma específica y diferenciada.

6.1. Información adicional

El Hospital dispone de una Ficha de Proceso cuya misión es la "Gestión de Partes Interesadas" (FP/DG/03) en la cual se identifican los distintos grupos de interés con los que el Hospital se relaciona, los aspectos sobre los que influyen así como los canales de comunicación que se establecen para recopilar la información relevante que se traslada al formato correspondiente según el Modelo de Relación con partes interesadas (FFP/DG/02-1).

Este método de gestión permite al Hospital identificar, de forma periódica, ordenada y metódica, las necesidades y expectativas de los distintos grupos de interés del Hospital para integrarlos en sus procesos de Planificación Estratégica (FP/DG/01) y Mejora Continua (FP/DRC/03).

Se dispone de una tabla en la que se recogen, para cada grupo de interés, aquellos mecanismos de comunicación haciendo constar:

- Partes interesadas
- Método de identificación de necesidades y expectativas
- Quién lo impulsa
- Frecuencia de análisis
- Información documentada asociada

7.- ¿Ha identificado las necesidades y/o expectativas de sus grupos de interés?

Existen mecanismos para identificar las necesidades y expectativas de los grupos de

interés que se analizan de forma diferenciada y se integran en los procesos de la entidad.

7.1. Información adicional

Como resultado de la "Gestión de Partes interesadas" (FP/DG/03), ya explicado en el apartado 5.1., se ha facilitado la implicación y la participación de los grupos de interés en la toma de decisiones estratégicas así como el análisis de sus necesidades y expectativas tal y como queda recogido en el Proceso de Planificación Estratégica (FP/DG/01).

Además, se ha facilitado el encuentro entre los líderes del Hospital y Representantes de los diferentes grupos de interés del HSJD, detectando necesidades y expectativas, que se recogen y analizan en el Mapa de Información relevante (FPO/DG/04-1) y permiten elaborar el DAFO (FPO/DG/04-2) a través de cuyo análisis se definen Objetivos estratégicos y anuales y se ponen en marcha mejoras en los procesos así como el rediseño de los servicios prestados por el Hospital.

A continuación se muestran algunas evidencias de sistemas estructurados de captación de necesidades de los grupos de interés y definición de requisitos y expectativas:

- Metodología de Focus Group y reuniones individuales con Asociaciones de pacientes, Asociaciones científicas y Colegios Profesionales (implantado desde 2011)
- Reuniones periódicas de seguimiento con SALUD desde hace más de 10 años.
- Colaboración con la Unidad de Valoración en Urgencias del Hospital Miguel Servet para coordinar los ingresos con nuestro Centro desde 2008.
- Existencia de una Unidad específica de Atención al Usuario (SAU) desde 2007, entre cuyas responsabilidades está la acogida de los pacientes y la identificación de necesidades.
- Existencia de un Protocolo de gestión de reclamaciones y sugerencias de pacientes cuya misión es analizar las causas de las quejas provenientes de usuarios y poner en marcha acciones de mejora en los procesos de trabajo y prestación de servicios.
- Medición y análisis de satisfacción de clientes a través de la realización de encuestas a pacientes y usuarios segmentado por programas asistenciales (PO/DRC/05).
- Herramientas de participación de profesionales: Comités y Comisiones interdisciplinares, encuestas de clima laboral (IT/DRC/05), buzón de sugerencias y comunicación de incidencias internas (PO/DRC/04).

Puntuación sección 87,50 %

1.d Transparencia, rendición de cuentas y buen gobierno de la entidad

8.- En cuanto a los miembros del órgano de gobierno, con independencia de si ejercen su cargo a nivel particular o en calidad de representantes jurídicos de otros organismos/entidades públicas o privadas, ¿cómo desempeñan de su cargo?

- Ejercen su cargo de forma responsable, supervisan y aprueban el plan anual y la memoria, participando activamente en el análisis de las desviaciones y en el control de indicadores clave. Sus datos son públicos (nombre, profesión, cargos, relación de parentesco y relaciones comerciales)

8.1. Información adicional.

Sin respuesta

9.-Respecto a la rendición de cuentas, ¿cómo actúa la entidad?

Expone y transmite activamente publicidad e información de gestión y resultados de forma clara y accesible a los diferentes grupos de interés y ante la sociedad. En caso de no estar obligada, aplica voluntariamente la Ley 19/2013 de transparencia y se somete voluntariamente a auditoría anual de cuentas.

9.1.- Información adicional.

Sin respuesta

10.- ¿Se proporciona información clara, honesta y fiel sobre la propia entidad, su composición, estrategia y funcionamiento, las redes y acuerdos/compromisos que la rigen y la obtención de recursos?

La entidad es transparente y proporciona información detallada y amplia a sus grupos de interés a través de sus propios medios.

10.1. Información adicional

Sin respuesta

11.- En cuanto a normas de actuación, ¿dispone la entidad de unas pautas o normas de actuación propias, claras y consecuentes con la acción de la entidad?

Existe un código de conducta a disposición de las todas las personas de la entidad

11.1.- Información adicional

Sin respuesta

12.- ¿Conocen las personas que trabajan en la entidad la misión, la cultura (razón de ser de la entidad, valores,...) y los objetivos propios y distintivos de la entidad?

Sin respuesta

12.1. Información adicional

En el año 2000, la Orden Hospitalaria San Juan de Dios publicó un documento llamado "La Carta de Identidad" donde actualizó su Carisma marcando las directrices y ejemplos de actuación ante determinadas situaciones concretas en la prestación del servicio y la atención a las necesidades de la Sociedad.

El resultado de dicho documento marco es la definición de los valores de la Orden que tratan de evidenciar aquellas conductas esperadas en todos los profesionales que conforman la Institución, destacando entre ellos el de Responsabilidad.

Este enfoque se concreta en el Plan Estratégico Provincial 2014-2018 a través de ejes estratégicos como el de la "Participación y corresponsabilidad de los profesionales", "Consolidación de los valores" y "Sostenibilidad global".

Estos ejes estratégicos han propiciado que en los últimos años se hayan elaborado, desde la Curia Provincial, diversos documentos marco que sirven de guía a los gestores de los diferentes centros y hospitales de la Provincia para asegurar el cumplimiento de la Misión y del Estilo de Actuación de la Orden. Entre ellos destacan:

- Código de Buen Gobierno (septiembre 2015): documento que sintetiza los principios de la Orden San Juan de Dios y su orientación al compromiso Social definiendo ejemplos concretos de actuación en determinados ámbitos de la gestión.
- Manual de Gobierno Corporativo y Modelo de Gestión (junio 2016): instrumento que

profesionaliza las funciones de gobierno y gestión ordenando todas las herramientas a disposición de los gestores en un único corpus normativo.

- Reglamento General de Centros (marzo 2015): cuyo objeto es establecer las normas básicas de organización y funcionamiento del modelo de Gobierno de la Provincia de Aragón-San Rafael en relación a sus centros.

- Decálogo sobre la gestión de los profesionales en los centros de SJD (junio 2015): criterios y orientaciones globales que pretenden favorecer una política de gestión de las personas que están vinculadas laboralmente en la provincia acorde con los valores de la orden.

- Manual de buenas prácticas (revisión febrero 2016): recoge las directrices de la Orden en la atención a los usuarios y es conocido por todo el personal para desarrollar sus funciones dentro del Hospital.

Para desplegar este planteamiento en el Hospital se dispone de diversos documentos:

- Manual de Acogida a nuevos profesionales y voluntarios: herramienta de comunicación donde se recoge información general de la Orden y del funcionamiento del Hospital, así como la Misión, Visión y Valores del Centro.

- Modelo de Gestión por Procesos: a partir de la definición del Mapa de Procesos permite a los profesionales conocer todos los procedimientos internos de trabajo y los mecanismos de aseguramiento de la calidad en la prestación del servicio.

- Procedimientos de trabajo para cada servicio y puesto en los cuales quedan recogidas las tareas y funciones a realizar así como la organización interna de trabajo (por ejemplo: Actuación ante parada cardio-respiratoria (IT/DM/02), Plan de Atención Integral a pacientes [-1502262221] RSA - GRANDES EMPRESAS Y EMPRESAS PUBLICAS página 7/36 de hospital de día (PT/UHD/01), Protocolo de incorporación de estudiantes en prácticas (IT/DRC/01))

- Protocolos técnicos de trabajo: son guías y protocolos de contenido técnico y de actuación para la correcta realización de las actividades de la práctica clínica (por ejemplo: Punción Arterial. Gasometría (PD7), Realización de un ECG (PD10), Alimentación enteral por gastrostomía (C07), Movilizaciones y manejo del paciente con ICTUS (B09).

- Protocolos y documentos del Comité de Ética del Centro: incluyen la Filosofía, Identidad, Cultura y Valores propios de la Institución y cómo se traduce en la gestión de los Centros y tratan de dar respuesta a problemáticas que se encuentran los profesionales en la práctica clínica diaria (por ejemplo: Protocolo de contenciones mecánicas).

Puntuación sección 81,25 %

1.e Plan de Responsabilidad Social

13.- Respecto a la Responsabilidad Social ¿En qué situación se encuentra su organización en este momento?

Nos encontramos inmersos en el desarrollo de distintas actuaciones de Responsabilidad Social

13.1. Información adicional

El compromiso del Hospital con el desarrollo de la sociedad, la prevención del medio ambiente y su comportamiento responsable hacia las personas y grupos sociales con quienes interactúa está presente en el ADN de la institución. En este sentido, en la Carta

de Identidad elaborada en el año 2000 (y revisada en 2012) por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios se incluye la Responsabilidad Social dentro de los sistemas de Gestión y Dirección.

Es por ello, que desde hace años se vienen acometiendo acciones y proyectos relacionados con la Responsabilidad Social (ver aptdo.4.1) pese a la inexistencia de un Modelo de gestión específico. Así, por ejemplo, el Plan Estratégico 2016-2019 incluye aspectos relacionados con la sociedad, la economía y/o el medioambiente y acciones concretas a llevar a cabo:

- Definición de un Plan de Voluntariado (PA-F-16/06)
- Fomentar alianzas con proveedores (PA-F-16/03)
- Potenciar una cultura de solidaridad-Obra social en nuestro centro (PA-E-16/03)
- Implementar y desplegar los programas de desarrollo de personas en el Hospital(PA-B-16/01)
- Elaboración de un plan de incentivos: política retributiva, igualdad de oportunidades (PA-B-16/02)
- Implementar un modelo de gestión de salud laboral: PRL, OHSAS, Empresa Saludable y medidas de conciliación (PA-B-16/06)

Ante la necesidad de integrar en la Estrategia del Hospital políticas basadas en planteamientos de Responsabilidad Social, en 2016 se ha procedido a revisar el Mapa de Procesos del Hospital, identificando los siguientes Procesos Estratégicos:

- Gestión de Responsabilidad Social Corporativa (FP/DRC/06).
- Gestión de Obra Social (FP/OS/01).
- Gestión de Partes Interesadas (FP/DG/03).
- Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo (FP/DRC/05)

Este nuevo Mapa de Procesos, muestra la decisión del Hospital de integrar en su estrategia modelos y políticas integrales de Gestión de La Responsabilidad Social.

14.- En caso de existir un plan de Responsabilidad Social, ¿se establecieron los objetivos e indicadores de seguimiento del plan?

Se plantean objetivos e indicadores específicos, teniendo en cuenta otras variables como plan estratégico, mercado y competencia, futuros requisitos legales,

14.1. Información adicional

Pese a la inexistencia de un Plan formal de Responsabilidad Social documentado específicamente, tal y como hemos explicado en el apartado 11.1, el Hospital ha definido objetivos estratégicos y anuales, porque está encardinado en su Estrategia y su sistema de gestión, en este sentido, con sus correspondientes indicadores de seguimiento y valores a alcanzar. A continuación mostramos algunos de estos objetivos estratégicos, objetivos anuales e indicadores:

- EXCELENCIA

Objetivo anual: Desarrollar un modelo de responsabilidad social corporativa

Indicador: Implementación de las actuaciones previstas en 2016 en Plan de Acción

- PERSONAS

Objetivo anual: Potenciar el compromiso de los colaboradores con el HSJD

Indicador: Grado de compromiso según encuesta satisfacción de profesionales y voluntarios

Objetivo anual: Implementar un modelo de gestión de salud laboral
Indicador: Valoración del ambiente físico y condiciones de trabajo según encuesta de clima laboral

- SOLIDARIDAD

Objetivo anual: Potenciar la línea de solidaridad en nuestro Centro a través de la Obra Social y el Voluntariado

Indicadores:

Nº nuevos proyectos sociales puestos en marcha

% del presupuesto obra social debido a subvenciones o donaciones

% de proyectos compartidos con el centro de Camagüey realizados sobre los programados

% de proyectos de Obra Social o en colaboración con Entidades afines con colaboración directa de Voluntariado Corporativo (empleados)

- SOCIEDAD

Objetivo anual: Aumentar la participación activa de nuestros profesionales y voluntarios en los ámbitos con gran impacto en la Sociedad Aragonesa, especialmente con actividades docentes y organización de eventos, de profesionales y colaboradores.

Indicador: Rentabilidad Social de la inversión SROI

Puntuación sección 75,00 %

2 CLIENTES

2.a Satisfacción de cliente

15.- ¿Tienen mecanismos para conocer la satisfacción de sus clientes/usuarios/beneficiarios?

Sí, existe una metodología que se revisa periódicamente y permite incorporar la opinión de los clientes/usuarios/beneficiarios como indicadores de resultado.

15.1. Información adicional

Los clientes del Hospital son los usuarios de los servicios (pacientes y familiares) y los proveedores de pacientes (SALUD y Compañías Privadas) que derivan al Hospital San Juan de Dios de Zaragoza pacientes para su atención asistencial.

El Hospital dispone de un protocolo específico para la Medición y análisis de la satisfacción de clientes (PO/DRC/09) mediante el uso de encuestas segmentándolos por programa asistencial y tipo de cliente:

- Usuarios (pacientes y familiares) de Hospitalización
- Usuarios (pacientes y familiares) de Nefrología
- Usuarios (pacientes y familiares) de Hospital de Día Geriátrico
- Usuarios (pacientes y familiares) de Rehabilitación Ambulatoria
- Usuarios (pacientes y familiares) de E.S.A.D.
- Usuarios (pacientes y familiares) de Unidad de Salud Bucodental
- Servicio Aragonés de Salud (SALUD) y Compañías Privadas

El despliegue de las encuestas se realiza a través de:

- Servicio de Atención al Usuario (SAU): entrega las encuestas a los pacientes de hospitalización y realiza el seguimiento de su satisfacción.
- Responsables de cada servicio asistencial: entregan las encuestas a los pacientes y analizan y proponen mejoras de los procesos de trabajo.
- Equipo directivo: responsables de la entrega de las encuestas a proveedores de pacientes y del análisis de los resultados y propuesta e implementación de mejoras.

Además, en el caso de SALUD y Compañías Privadas, este seguimiento de la satisfacción se realiza mediante reuniones periódicas entre los Directivos del Hospital y los gestores de cada institución. Las conclusiones de estas reuniones se recogen en el soporte indicado del Modelo de Relación con partes interesadas (Actas del Comité de Dirección, MIR, Informes Focus Group).

Este método de Medición de la satisfacción se inició en el año 2005 y ha sido revisado en tres ocasiones empleando la metodología SERVQUAL para la definición de las preguntas que componen la encuesta.

16. ¿Disponen de mecanismos para conocer la satisfacción de sus organismos financiadores y donantes?

Sí, conocemos la satisfacción de nuestros organismos financiadores y/o donantes a través de una metodología y de forma periódica

16.1. Información adicional

sfasf

17.- ¿Cómo identifica las mejoras de servicio a sus clientes y las introduce en los procesos de la empresa?

Disponemos de mecanismos definidos para la identificación de mejoras, su implantación y evaluación

17.1. Información adicional

El HSJD realiza acciones estructuradas de captación de necesidades de los clientes, definición de requisitos, tratamiento de quejas y captación de su nivel de satisfacción, estableciendo una clara segmentación de clientes en base a la estrategia y utilizando canales de comunicación bidireccional con el cliente.

A continuación se muestran algunas evidencias de sistemas estructurados de captación de necesidades de los clientes y definición de requisitos y expectativas:

- Medición y análisis de la satisfacción de clientes (PO/DRC/09): explicado en apdo.13.1.
- Protocolo de gestión de reclamaciones, sugerencias y agradecimientos (PO/SAU/01): el Servicio de Atención al Usuario participa en el análisis de estos aspectos y colabora en la propuesta de mejoras.
- Protocolo de gestión de no conformidades (PO/DRC/05): el Departamento de Calidad, analiza todas aquellas incidencias internas comunicadas por profesionales o auditores externos y propone, junto con los Responsables de cada servicio, mejoras en los procesos de trabajo.
- Metodología de Focus Group y reuniones individuales con Asociaciones de pacientes, Asociaciones científicas y Colegios Profesionales (implantado desde 2011)
- Reuniones periódicas de seguimiento con SALUD y Compañías Privadas. Toda la información recopilada es analizada de forma periódica por el Equipo Directivo con la finalidad de identificar planes de mejora en los procedimientos de trabajo y proponer nuevos objetivos. Dicho análisis se realiza mediante:
 - Reuniones mensuales del Comité de Dirección
 - Informes cuatrimestrales de cumplimiento del Plan Estratégico
 - Informes anuales de revisión del sistema de gestión integrado

Puntuación sección 91,67 %

2.b Innovación en los productos y servicios

18.- ¿Se llevan a cabo labores de investigación e innovación para ajustar los productos y servicios a las expectativas y necesidades de los clientes/usuarios/beneficiarios y a las de los organismos financiadores?

Se planifica y se evalúa el resultado en la innovación con metodología y sistemática de forma responsable y sostenible en el tiempo y respondiendo a necesidades detectadas

18.1. Información adicional

La innovación y mejora continua han formado parte de la Estrategia del Hospital San Juan de Dios desde sus comienzos adaptando la oferta de sus servicios a los cambios que surgían en las necesidades de la sociedad Aragonesa.

En 2005 el Hospital implantó un sistema de gestión de calidad basado en los criterios de la norma UNE:EN-ISO9001 cuya finalidad es la mejora continua de los procesos de trabajo internos. Dicha sistemática de gestión queda recogida en la Ficha de "Gestión por Procesos"(FP/DRC/02) así como en el Manual de Gestión Integrada del Hospital.

El resultado de este proceso de mejora continua se detecta en planes como los siguientes:

- PM 14/01 Plan de Mejora del Servicio de Hemodiálisis
- PM 15/01 Plan de Mejora del Servicio de Rehabilitación ambulatoria
- PM 16/01 Plan de Mejora de la Alimentación de pacientes en el Servicio de Hospitalización
- PM 16/03 Plan de Mejora de Satisfacción Global de pacientes.

Posteriormente, en el año 2011 se incluye en su Estrategia el Proceso de Innovación (FP/DG/02) que define la sistemática para el desarrollo y ejecución de nuevos servicios así como la implementación de mejoras en los existentes. Las fuentes de generación de ideas implican a todo el personal y partes interesadas del Hospital y se pueden dividir en tres grandes bloques:

- Vigilancia del entorno y de las capacidades internas
- Necesidades y expectativas de partes interesadas
- Generación de ideas individuales y en equipo

Desde 2011, en línea con las directrices estratégicas marcadas por la Curia Provincial, el Hospital cuenta con una Comisión de Investigación y Docencia cuya finalidad es promover, dentro del equipo de profesionales, la investigación en los campos asistenciales con el objetivo de mejorar los servicios prestados.

En línea con este trabajo, el Hospital participó en 2015 en el Proyecto de Cultura de la Innovación impulsado por el Instituto Aragonés de Fomento y la participación del Ministerio de Industria y la Asociación Española para la Calidad. El resultado de dicha colaboración fue la obtención de un Informe con la identificación de puntos fuertes y áreas de mejora en materia de cultura de innovación en las empresas.

En base a dicho informe la sistemática de trabajo ha sido revisada en 2016 incorporando nuevos mecanismos para fomentar procesos de creatividad interna y metodologías específicas para la gestión del cambio así como la ejecución de proyectos, pasando a denominarse Proceso de Investigación, innovación y gestión del cambio (FP/DG/02).

En el proceso de Gestión del cambio, el Comité de Innovación debe analizar todas las ideas, valorando los siguientes aspectos para la implantación de nuevos proyectos,

innovaciones, mejoras y/o cambios:

- Objetivos logrados o beneficios conseguidos al implantar la mejora para el Hospital y para sus partes interesadas, incluyendo la Sociedad.
- Alineación con el plan estratégico
- Carácter innovador de la idea
- Análisis de riesgos
- Previsión de recursos necesarios: económicos, infraestructura y recursos humanos (dotación de personal, formación y/o capacitación de las personas de la organización)
- Previsión del plazo de ejecución
- Análisis de la rentabilidad ROI y SROI.

La aprobación depende de la Dirección y, en el caso de que se decida el lanzamiento del proyecto, se comunica a todas las partes interesadas y se define un Plan de Acción, que se revisa de manera continuada con el correspondiente análisis de desviaciones y se establecen indicadores de eficacia de los cambios que permiten medir los resultados de la innovación.

La adecuada gestión de los procesos de comercialización, diseño, lanzamiento y prestación de servicios por parte del HSJD le ha permitido adecuar la cartera de servicios a los recursos, manteniendo la satisfacción de los clientes y logrando el equilibrio económico.

Ejemplos de ello son:

- Enfermera de continuidad de cuidados
- Unidad de Neurorehabilitación
- Proyecto de conciliación terapéutica
- Farmacia solidaria
- Proyecto "Gericasa"
- Proyecto de Monitorización de Pacientes Pluripatológicos en domicilio (ACCENTURETeki), a través de la Herramienta de Gestión de Planes.

Puntuación sección 100,00 %

2.c Calidad del servicio

19.- ¿Cómo realiza su entidad la puesta en marcha del producto o servicio?

Disponemos de un proceso normalizado que engloba la difusión eficiente y el asesoramiento transparente de forma que se traslade la información del nuevo producto/servicio de forma clara y precisa a las personas potencialmente necesitadas/interesadas

19.1. Información adicional

El Hospital dispone de un procedimiento de trabajo que recoge la sistemática para la Aprobación de los contratos y solicitudes de prestación de servicios a sus clientes(PO/DEA/01) en el cual se establecen los mecanismos para la comercialización de los servicios asistenciales en función del tipo de cliente.

En este sentido se identifican tres sistemáticas diferentes:

- SALUD: mediante la concurrencia a concursos públicos o Convenio Singular de concertación de servicios con la Sanidad Pública. Se lleva a cabo el seguimiento continuado de dicha prestación de servicios mediante la realización de reuniones mensuales con los responsables de la Consejería de Sanidad.

- Compañías privadas: se define la obligación de firmar un Convenio Marco para cada compañía (FPO/DEA/01-1) en el cual se establecen las características de los servicios prestados por el Hospital así como la obligación de renovar anualmente las tarifas aplicadas a dichos servicios (FPO/DEA/01-2).

- Pacientes privados: obligación previo ingreso de aceptar la aplicación de tarifas a los servicios prestados mediante firma (FPO/DEA/01-2).

Anualmente el Hospital elabora una Memoria de Actividad y Gestión en la cual recoge aquella información relacionada con los resultados económicos, la actividad asistencial llevada a cabo, las inversiones realizadas en el año (infraestructuras, equipamiento, dotación de personal, formación) y los Proyectos Sociales, que es pública y se remite de manera expresa a los proveedores y a otros grupos de interés.

Por lo que respecta a los usuarios (pacientes y familia) el Hospital cuenta con un Servicio de Atención al Usuario (SAU) que se encarga de la acogida de cada nuevo ingreso. Su finalidad es informar al usuario sobre las características del servicio que se le va a presta así como sobre aspectos generales del Hospital (horarios, servicios disponibles) y hacer entrega del Manual de Acogida al Usuario.

Además, las propias unidades asistenciales realizan una acogida del paciente en el momento del ingreso explicándole las normas de funcionamiento del servicio, presentándole al equipo asistencial y explicándole los medios con los que cuentan los usuarios para recibir información periódica sobre el estado y evolución del paciente por parte del equipo asistencial.

Recientemente ha sido publicado en el Boletín Oficial de Aragón (Núm. 95) el Decreto Ley 1/2016, del 17 de mayo, sobre acción concertada para la prestación a las personas de servicios de carácter social y sanitario. Dicho D.L. regula la organización de la prestación de servicios no económicos pero de interés general como los sociales, sanitarios y educativos que, en mayor medida, afecta a las entidades del Tercer Sector sin ánimo de lucro, lo cual exime al Hospital, a partir de dicha publicación, de concertar su actividad a través de contratos públicos, siempre y cuando se garantice una publicidad suficiente y se ajuste a los principios de transparencia y no discriminación.

20.- ¿Cuáles son las características del servicio de evaluación y seguimiento de su entidad?

Disponemos de un proceso normalizado del sistema de evaluación integral y proactiva en el que la entidad realiza un seguimiento personalizado a las personas usuarias/beneficiarias, que se revisa y mejora periódicamente

20.1. Información adicional

El Hospital tiene acreditado desde el año 2005 el cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma UNE:EN-ISO9001, que certifica a través de una entidad externa(AENOR) los estándares de calidad de la prestación de sus servicios así como el sistema de seguimiento y mejora integral de los mismos.

Tal y como hemos explicado en al aptdo.14.1 se dispone de mecanismos para la identificación de mejoras en la prestación de los servicios y otros procesos del hospital así como para el seguimiento y la medición del funcionamiento de los mismos:

- Encuestas para la Medición y análisis de la satisfacción de clientes (PO/DRC/09)
- Protocolo de gestión de reclamaciones, sugerencias y agradecimientos (PO/SAU/01)
- Protocolo de gestión de no conformidades (PO/DRC/05)

- Reuniones periódicas de seguimiento con SALUD y Compañías Privadas.

- Metodología de Focus Group y reuniones individuales con grupos de interés.

Además, el HSJD dispone de otros mecanismos para realizar el seguimiento de los servicios que ofrece destacando:

-El Cuadro de Mando Integral a través del cual, el Comité de Dirección del Hospital analiza aquellos indicadores que tienen un impacto directo en la medición de la calidad del servicio como son:

- Satisfacción del usuario (trimestral)

- Tasa de reingresos en Hospitalización

- % Tasa de Reclamaciones

- % Absentismo terapéutico

- Latencia entre solicitud de tratamiento y valoración del paciente

- Latencia entre diagnóstico e inicio del tratamiento

- Las Fichas de Proceso y Procedimientos de actuación de cada servicio o unidad del hospital.

- Cuadro de indicadores cuyo seguimiento y evaluación corresponde a cada propietario de proceso y cuyos resultados y análisis obtenidos son informados al Comité de Dirección para la toma de decisiones e implantación de mejoras, de detectarse necesidad.

Y en relación con la atención directa al paciente el Hospital dispone de la figura de Enfermera de continuidad de cuidados, creada en 2016, cuya misión es asegurar la continuidad de cuidados para el paciente en su domicilio tras el alta hospitalaria en coordinación con el centro de salud correspondiente. De esta manera se asegura que las altas se producen en condiciones adecuadas para el paciente evitando/disminuyendo la tasa de reingresos posteriores y la frecuentación de urgencia y potenciando la participación del paciente y la familia en su proceso de recuperación.

Todas estas acciones son utilizadas por el Hospital para la detección de puntos fuertes y la maximización del valor generado para el cliente en los procesos de prestación de los distintos servicios que ofrece, disponiendo además, de medidas de eficacia y eficiencia completas e integrales para analizar la cadena de valor, que permiten conocer el grado de flexibilidad y agilidad de la misma, y gestionar los productos y servicios durante todo su ciclo de vida útil, considerando su impacto en la salud, la seguridad y el medioambiente.

Puntuación sección 100,00 %

2.d Transparencia sobre los productos o servicios de la entidad

21.- ¿Se proporciona información sobre los productos y/o servicios ofertados?

De la totalidad de los productos/servicios ofertados se proporciona y difunde información detallada de sus características, particularidades, requisitos de acceso y beneficios de uso.

21.1. Información adicional

Sin respuesta

Puntuación sección 100,00 %

3 PERSONAS EMPLEADAS

3.a Satisfacción de las personas empleadas y voluntarias

22.- ¿Existen mecanismos para evaluar la satisfacción de sus personas empleadas y voluntarias?

Sí, se evalúa la satisfacción con metodología y de forma periódica, se identifican mejoras y se implantan.

22.1. Información adicional

Desde el año 2005 y con carácter bienal, se realiza una encuesta a todos los empleados del Hospital para que puedan expresar su opinión sobre la Institución en la que trabajan y su puesto de trabajo en concreto tal y como viene recogido en el "Protocolo de Satisfacción de empleados"(IT/DRC/05).

En el año 2007 se elaboró un estudio de expectativas para determinar aquellas cuestiones que resultan realmente de interés para el empleado y la organización y permitió mejorar el Cuestionario de opinión de empleados (FIT/DRC/05-1) que se emplea en la actualidad.

Este cuestionario se distribuye a todo el personal según Instrucción IT/DRC/05 y su cumplimentación es voluntaria, siendo la tasa media de participación del 40%.

El Cuestionario de opinión de empleados está dividido en cuarenta y seis preguntas agrupadas a su vez en doce atributos entre los que se consideran las siguientes áreas como aquellas más relevantes para el HSJD relativas a la medición de la percepción de las personas:

- Satisfacción Global de los Trabajadores
- Identificación de los trabajadores con la Organización
- Satisfacción de los trabajadores con la gestión realizada por la Dirección
- Satisfacción de los trabajadores con el contenido de su trabajo diario
- Satisfacción de los trabajadores con la Comunicación Interna
- Satisfacción del personal con formación

El análisis de los resultados se recoge en el Informe de Clima Laboral, que tras ser revisado por el Comité de Dirección, ayuda a identificar puntos fuertes y áreas de mejora con respecto a la relación del Hospital con sus trabajadores.

Los resultados de satisfacción de los empleados muestran, en términos generales, valores constantes en cuanto a resultados de percepción y rendimiento, segmentados, con tendencias ascendentes y comparativas favorables con respecto a la Orden SJD.

Recientemente se han introducido nuevos métodos para analizar la satisfacción de los empleados:

- Proyecto Provincial "Voz del empleado": impulsado por el grupo de trabajo interprovincial de recursos humanos de la Orden HSJD con la finalidad de realizar un análisis del nivel de compromiso e identificación con los valores de la Orden por parte de los profesionales de los Centros pertenecientes a la Provincia de Aragón-San Rafael, que sustituirá el Cuestionario de satisfacción de empleados (FIT/DRC/05-1).
- Cuestionario de salida de la organización (FPT/DRC/05-2): documento recogido en el Protocolo de Desvinculación de Profesionales (PT/DRC/05) cuya finalidad es recabar información acerca de los motivos que provocan la salida voluntaria de la organización por parte de un profesional.
- Entrevista de feedback realizada en el Proceso de Evaluación del desempeño de profesionales conforme al Protocolo de Competencia y Evaluación (PT/DRC/03): constituye una oportunidad para que el profesional traslade a su responsable aquellas

inquietudes y/o sugerencias con respecto a su puesto de trabajo, quedando recogida dicha información en la Ficha de Evaluación (FPT/DRC/03-7).
falta voluntarios

Puntuación sección 100,00 %

3.b Igualdad de oportunidades y no discriminación

23.- ¿Cómo se garantiza en su empresa el Principio de Igualdad de Oportunidades (acceso a los puestos de trabajo, la formación, el desarrollo profesional y la retribución) y la no discriminación (circunstancias de género, origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual o cultural.....)?

Existen planes que garantizan la igualdad de oportunidades y no discriminación, evaluándose los resultados obtenidos

23.1. Información adicional.

El Principio de Igualdad de Oportunidades se garantiza en el Código de Buen Gobierno Provincial que recoge como primer criterio general de actuación "El respeto a la dignidad de la personas, siendo la dignidad inherente al ser humano, por lo que todos los hombres y mujeres son iguales y merecen igual consideración y respeto", y en el Decálogo sobre gestión de los profesionales (2015), en concreto, en el apartado 10. Los profesionales tendrán derecho a la igualdad de oportunidades, a la PROMOCION Y DESARROLLO PROFESIONAL en función de sus competencias técnicas y humanas.

Por lo que respecta al modelo de gestión de RRHH definido en el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza, el cumplimiento del principio de igualdad de oportunidades se asegura a través de:

- Procedimiento de selección de profesionales (PT/DRC/01): en el cual se establecen los procedimientos y criterios a seguir para la incorporación de nuevos profesionales.

La incorporación de profesionales debe hacerse por la vertiente técnica y humana, teniendo en cuenta los conocimientos y dominio de disciplinas o tecnologías concretas y atendiendo en cada caso a los requisitos específicos derivados del tipo de incorporación y las necesidades a cubrir según el perfil definido en el Manual de Funciones y otros documentos de apoyo.

Puede observarse que el requisito definido para la selección se centra en la acreditación de conocimientos y experiencia suficiente para el desempeño del puesto conforme a los criterios definidos en las respectivas Fichas de descripción de puestos (FPT/DRC/03-1), dejando al margen criterios que puedan suponer cualquier tipo de discriminación o desigualdad.

- Procedimiento de Formación y desarrollo (PT/DRC/04): recoge la sistemática de planificación de la formación en el Hospital así como los mecanismos de acceso de que disponen los profesionales para acceder a la misma.

El acceso se garantiza a través de:

- Elaboración de un Plan de formación anual definido en base a las necesidades identificadas por los propios profesionales del Centro.

- Definición de Itinerarios formativos por colectivos que aseguran un nivel de formación por parte de todos los profesionales de cada colectivo.

- Planes de desarrollo personal definidos para puestos críticos de la organización a partir

de las evaluaciones de desempeño.

- Solicitudes directas de los profesionales para las que se destinan ayudas económicas permisos retribuidos.
- Convenio Colectivo Propio del HSJD que recoge diferentes medidas dirigidas a garantizar la igualdad de oportunidades y no discriminación entre las que destacan:
- Tabla Salarial por puesto de trabajo (igualdad de salario a igualdad de puesto)
- Adecuación de las retribuciones a las condiciones de trabajo (festivos, turnicidad, nocturnidad).
- Atención a las personas a través de Acuerdos de Regulación de las condiciones de trabajo, tales como reducción de jornada, permisos especiales, complementos, etc...
- Ayudas de acceso a la formación
- Convocatoria interna de plazas vacantes previa a la convocatoria pública
- Plan de Igualdad de Oportunidades: documento que recoge el análisis sobre la composición de la plantilla por razón de género y edad, con la finalidad de identificar posibles desigualdades y definir planes de acción para corregirlas. Ha sido revisado en tres ocasiones, 2008, 2011 y 2015, identificándose áreas de mejora que han impulsado:
- Creación de la Comisión de Igualdad.
- Elaboración del Protocolo de prevención del acoso moral y sexual
- Acuerdo de colaboración con entidades de Inserción Laboral de personas discapacitadas.

A través de la información recopilada para la realización del Plan de Igualdad, el Hospital evalúa el éxito de todas las medidas aplicadas con el fin de garantizar el principio de igualdad de oportunidades y no discriminación.

En 2015 el Hospital participó en un proyecto impulsado por la CREA y el Dpto. de Economía y Empleo de la DGA que pretendía potenciar el compromiso de las empresas con la igualdad de oportunidades. Dicho proyecto partió de un análisis cuantitativo y cualitativo sobre igualdad interna y los resultados del HSJD fueron positivos, observándose una plantilla claramente feminizada (con una proporción del 75% mujeres y 25% hombres). Esta proporción se mantiene en aspectos como:

- La promoción interna (70% mujeres y 30% hombres)
- La distribución en los diferentes niveles de responsabilidad (70% mujeres y 30% hombres)
- La formación, siendo las mujeres las que predominan como alumnado de los cursos.
- La distribución por bandas salariales y grupos profesionales es proporcional a la representación de la plantilla no apreciándose diferencias significativas en la retribución de ambos géneros.
- La distribución de las medidas de conciliación, percibiéndose una buena acogida de las medidas entre mujeres y hombres.

Desde la CEOE se propone al HSJD mejorar el nivel de despliegue y la implantación del Plan de igualdad así como el seguimiento y la evaluación del mismo, con el fin de conocer el grado de cumplimiento de las medidas acordadas y valorar de manera rigurosa su alcance real.

Puntuación sección 75,00 %

3.c Conciliación de la vida personal, familiar y laboral

24.- En cuanto la conciliación entre vida personal, familiar y laboral, ¿cuenta su organización con medidas que faciliten su equilibrio?

Existen actuaciones para facilitar la conciliación de todas las personas empleadas

24.1. En el caso de existir actuaciones específicas en materia de conciliación personal, familiar y laboral especificarlas.

Además de las medidas establecidas legalmente, desde la elaboración en 2008 del Plan de Igualdad, el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza ha implantado otras que favorecen la conciliación laboral y personal, quedando recogidas en el Convenio Colectivo Propio del HSJD para asegurar su conocimiento y disfrute por parte de todos los empleados. Entre estas medidas se encuentran:

- Ayuda a Guardería para trabajadores con hijos entre 4 - 36 meses: 440? anuales.
- Ayuda a estudios de hijos de entre 3 - 18 años: 60? anuales por hijo
- Ayuda por discapacidad a trabajadores con hijos incapacitados: 200? mensuales
- Seguro Individual para casos de incapacidad total absoluta o muerte del trabajador: 18.000?
- Reducción de jornada en 1/3 como mínimo para el cuidado de hijos discapacitados o menores de 8 años
- Permiso Boda familiares que mejora las condiciones establecidas en ET
- Permiso Bautizos que mejora las condiciones establecidas en ET
- Permiso por muerte o enfermedad grave parientes hasta 2º grado que mejora las condiciones establecidas en ET
- Permiso por hospitalización familiares hasta 2º grado que mejora las condiciones establecidas en ET
- Flexibilidad Horaria en puestos de trabajo no sujetos a turnos
- Solicitud de Asuntos Propios hasta 3 meses
- Posibilidad de acogerse a una jubilación parcial desde los 60 años y la distribución del tiempo de trabajo según solicitud del trabajador.
- Días de libre disposición por acúmulo de horas trabajadas en base a la jornada anual.

En la actualidad se están trabajando medidas para implantar un Modelo de entidad familiarmente responsable para la gestión de la conciliación de la vida personal, familiar y laboral, que permite abordar la Responsabilidad Social desde el enfoque de la gestión de las personas.

Puntuación sección 75,00 %

3.d Formación y fomento de la empleabilidad

25.- ¿Cómo identifica su entidad las necesidades de formación de las personas empleadas y voluntarias?

Existe un canal formal por el que anualmente se recogen las necesidades de formación de las personas empleadas y voluntarias y se analizan las propuestas

25.1. Información adicional.

El Hospital tiene definida desde 2011 una Política con respecto a la Formación:

El Hospital San Juan de Dios entiende que la inversión en formación por parte del Centro debe ir encaminada a que los trabajadores adquieran y desarrollen los conocimientos, aptitudes y actitudes necesarios para un buen desempeño de las funciones propias de su ocupación.

La innovación y la evolución en nuevos métodos y procesos de trabajo en Sanidad, unido, a que nuestros clientes nos demandan una atención y servicio excelente, hace que la formación continuada de todos nuestros trabajadores sea algo prioritario y debe estar directamente relacionado con los objetivos estratégicos de la Institución.

La implementación de esta Política se lleva a la práctica a través del Protocolo de Formación del personal (PT/DRC/04) que establece los mecanismos para detectar las necesidades formativas de los profesionales y facilitar su acceso a la formación. Estos mecanismos son:

- Plan de formación: anualmente el Hospital lo define en base a las necesidades identificadas por los propios profesionales del Centro (FPT/DRC/04-1). Para dicha identificación a la vez que se preparan los Objetivos y Planes de Acción del año siguiente los Responsables de cada servicio solicitan a su personal propuestas sobre la formación que consideran necesaria para el desarrollo de su actividad. Con toda la información recabada la dirección de RRHH presenta una propuesta de Plan de Formación para su aprobación por parte del Comité de Dirección. A lo largo del año, cualquier profesional puede solicitar la realización de los cursos recogidos en dicho Plan relacionados con su puesto de trabajo.
- Definición de Itinerarios formativos para colectivos: las necesidades de formación son detectadas por el departamento de RRHH en base al análisis de los requisitos legales, el Plan de formación de Curia Provincial, el Plan de formación del Hospital, requerimientos formativos del puesto recogidos en las Fichas de descripción del puesto y competencias genéricas y específicas exigidas en cada puesto de trabajo. En función de dicho análisis se identifican una serie de acciones formativas a realizar por cada colectivo en un periodo determinado de tiempo, algunas obligatorias y otras propuestas para su libre elección por parte del profesional.
- Planes de desarrollo personal (FPT/DRC/03-7): las necesidades son identificadas en el proceso de evaluación del desempeño de profesionales a través del acuerdo entre evaluado y evaluador, que concretan las acciones formativas a realizar para su desarrollo.
- Solicitudes directas de los profesionales (FPT/DRC/04-3) presentadas al departamento de recursos humanos para su aprobación.

26.- ¿Cómo se gestiona la formación en su entidad?

Existe un plan de formación y las personas empleadas y voluntarias pueden proponer acciones formativas que favorecen la empleabilidad y la promoción interna

26.1. Información adicional.

La gestión de la formación en el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza la realiza la Dirección de RRHH. Para ello cuenta con un Protocolo de Formación del personal(PT/DRC/04) que recoge la sistemática de planificación de la formación en el Hospital así como los mecanismos de acceso de que disponen los profesionales para acceder a la misma. El acceso se garantiza a través de:

- Elaboración de un Plan de formación anual definido en base a las necesidades identificadas por los propios profesionales del Centro.
- Definición de Itinerarios formativos por colectivos que aseguran un nivel de formación de todos los profesionales de cada colectivo.
- Planes de desarrollo personal definidos para puestos críticos de la organización a partir de las evaluaciones de desempeño.

- Solicitudes directas de los profesionales para las que se destinan ayudas económicas o permisos retribuidos.

La ejecución de las acciones formativas se realiza desde el departamento de RRHH:

- De forma proactiva organizando los cursos identificados en los diferentes planes formativos y ofreciendo a la plantilla la realización de los mismos de manera pública (Intranet, correo electrónico, tablón de anuncios, Comité de empresa)
- De forma reactiva aprobando las solicitudes realizadas por el personal para cursar dicha formación en centros externos.

La financiación de la inversión en formación se garantiza a través del Convenio Colectivo Propio del HSJD que estipula una dotación mínima anual para este concepto y a través del Fondo de Financiación de la Fundación Tripartita a disposición del Hospital. Este modelo de gestión ha permitido aumentar la inversión en formación durante los últimos años facilitando el acceso de sus profesionales a títulos formativos de nivel superior:

- Permisos individuales de formación (PIF): concesión de 200 horas/año de permiso para formación oficial. Desde el año 2014 doce profesionales del HSJD han disfrutado de 2000 horas de permiso para cursar titulaciones universitarias (Grado en Medicina, Grado en Enfermería, Homologación al Grado en fisioterapia)
- Acciones formativas bonificadas: ha permitido potenciar el desarrollo de profesionales al financiar formación superior (máster, postgrado, doctorado) así como cursos especializados dirigidos a grupos de profesionales (Gestión de la seguridad de Pacientes, Evaluación del desempeño, Ofimática)

A continuación se muestran datos sobre la gestión de la formación realizada en los últimos años: 2013, 2014, 2015

Nº de participantes 530 570 451

Inversión en Euros 29.072 eur 29.386 eur 36.685 eur

El control y seguimiento de esta gestión se realiza mediante un Cuadro de Mando específico de Formación en el que se evalúa:

- % cumplimiento del plan de formación
- % participación por colectivos en la formación
- % consumo del crédito disponible de Fundación Tripartita

Todas estas medidas garantizan el acceso a la formación en igualdad de condiciones a todos los profesionales y constituyen una herramienta que favorece el desarrollo profesional de los empleados, su nivel de empleabilidad y las posibilidades de promoción interna. En este sentido, se muestran casos concretos en los que profesionales del Hospital han sido promocionados tras haber participado en este modelo formativo:

- Promoción de Auxiliar Sanitario a Enfermero tras disfrute de PIF para cursar el Grado en Enfermería.
- Promoción de Técnico de RRHH a Coordinador de PRL tras cursar Master de Prevención de Riesgos Laborales financiado por Fundación Tripartita.

Puntuación sección 100,00 %

3.e Seguridad y salud.

27. ¿Tiene implantado en su entidad mecanismos de salud y seguridad laboral?

Existe un sistema de prevención de riesgos laborales implantado, en seguimiento y revisión

27.1. Información adicional.

A través del desarrollo de políticas y planes de prevención de riesgos laborales, el Hospital asume una política de mejora continua de las condiciones de trabajo de los empleados, basando el Plan de Prevención de riesgos laborales en los siguientes principios:

- Promover y fomentar una cultura preventiva entre las diferentes áreas y niveles de la empresa.
- Garantizar la información, la formación y promover la participación de todos los trabajadores en la acción preventiva.
- Impulsar el desempeño de acciones preventivas adelantándose a los requisitos legales en el caso que sea necesario.
- Ofrecer directrices para poner en práctica y evaluar las estrategias de gestión de prevención de riesgos laborales.

El Plan de Prevención ayuda a difundir una cultura común en materia de prevención de riesgos laborales. Por ello, este plan se ha difundido a toda la organización a través de una serie de acciones: manual de acogida al empleado, formación continuada de los trabajadores de todas las categorías profesionales.

Las principales actividades en relación con la prevención de riesgos laborales son:

- Reuniones de trabajo periódicas del Comité de Seguridad y Salud con objetivos anuales concretos.
- Elaboración de evaluaciones de riesgos laborales por puestos.
- Elaboración y actualización de planes de emergencia y evacuación.
- Seguimiento de accidentes laborales, biológicos y enfermedades profesionales.

Además, se realizan campañas específicas dirigidas a los trabajadores con el fin de sensibilizar y prevenir frente a riesgos biológicos y fomentar la cultura de la promoción de la salud entre los empleados.

Conjuntamente, se realizan campañas de sensibilización ambiental a través de las que se explican aquellos aspectos del trabajo que mayor impacto pueden tener en el medioambiente y que por tanto mayor control requieren. Además, desde el Comité de Seguridad y Salud, se planifican y ejecutan simulacros de actuación en situaciones de emergencia específicas, como incendios, derrame de sustancias químicas peligrosas y emisiones accidentales de gas natural.

Toda esta información se entrega a todos los profesionales en el nombrado "Manual de Acogida" al profesional.

El Hospital dispone de un Cuadro de Mando de RRHH con indicadores específicos de prevención de riesgos y salud laboral de los que se realiza un seguimiento continuado. La información obtenida se comunica al Comité de Dirección y a los Representantes Legales de la Empresa para su análisis y propuesta de mejoras.

En la actualidad el HSJD se encuentra trabajando en:

- La implantación de la OHSAS como modelo de gestión de Prevención de Riesgos Laborales y Salud Laboral.
- El desarrollo de un Modelo de Empresa Saludable (en versión borrador) para la promoción y protección de manera continuada de la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores y la sostenibilidad del ambiente de trabajo.
- La identificación y evaluación de riesgos psicosociales que pueden perjudicar a la salud de los trabajadores para detectar las características de la organización del trabajo que originan dichos problemas con el fin de aplicar el principio de prevención.

4 PROVEEDORES

4.a Compras responsables

28.- En terminos de criterios de compra responsable, ¿cómo realiza su entidad la selección de proveedores?

Se selecciona el proveedor no sólo en base a su calidad y precio, sino también por su impacto ambiental y social

28.1. Información adicional.

Desde el año 2005 el Hospital San Juan de Dios tiene establecida una metodología para la Gestión de compras y selección de proveedores (PO/DEA/02).

Una vez identificada la necesidad de compra y trasladada al responsable de compras, éste se encarga de solicitar al menos tres presupuestos a diferentes proveedores con la finalidad de poder seleccionar la opción más idónea, no atendiendo únicamente al precio sino también a otros criterios como calidad, servicio post-venta e impacto ambiental.

Paralelamente existe un procedimiento de Homologación de proveedores (PO/DRC/04) que tiene por objetivo asegurar el nivel de calidad y de servicio de aquellos que tengan incidencia en la prestación de los servicios del Hospital o supongan un impacto ambiental significativo. Este proceso incluye una valoración inicial y un seguimiento continuado de todos ellos.

El Hospital da prioridad a la contratación de empresas especialistas en su sector y de referencia dentro de la Comunidad Autónoma de Aragón tales como:

Centro de Cálculo Bosco como desarrollador y mantenedor de los sistemas informáticos del Hospital; Qualitas Management como consultores en materia de sistema de gestión y excelencia empresarial; Labco para los servicios de laboratorio (análisis clínicos y microbiológicos); Corpoener para el mantenimiento de la instalación de calefacción, climatización, tratamiento de aire y prevención de la legionella; Dasit para instalación y mantenimiento de equipamientos contra incendios; Meico para el mantenimiento de la instalación eléctrica (media y baja tensión); Schindler para el mantenimiento de ascensores; Lavanderías Fleta para el lavado y planchado de ropa; STI para el análisis y propuesta de soluciones técnicas integrales.

4.b Clasificación y evaluación de proveedores

29.- ¿Se evalúa y clasifica a los proveedores en función de su riesgo (esta es una posible clasificación) o de otra forma?

Además del precio se tienen en cuenta variables de calidad de servicio

29.1. Información adicional.

En base al Protocolo de Homologación de proveedores (PO/DRC/04) los proveedores del Hospital se clasifican en tres grupos en función de los siguientes criterios:

- Proveedores cuya prestación de servicio o producto suministrado requiere asegurar un

estándar mínimo de calidad por el impacto que tienen en la prestación de los servicios del Hospital.

- Proveedores cuya prestación de servicio o producto suministrado podría suponer un riesgo ambiental significativo con un fuerte impacto en el medio ambiente o en el entorno próximo al hospital y que por tanto es necesario someterlos a control.

- Proveedores cuyo servicio o producto no tienen impacto en la prestación del servicio y/o no suponen un riesgo significativo para el medio ambiente.

El sistema de evaluación de riesgos en relación a proveedores sigue la sistemática y criterios definidos en la Ficha de Proceso de Gestión de Riesgos empresariales (FP/DRC/04) según el cual se identifican riesgos estratégicos, reputacionales, financieros y operacionales ligados a los proveedores. al Protocolo de Homologación de proveedores (PO/DRC/04) los criterios exigidos se basan en aspectos relacionados con la calidad del servicio o producto suministrado pero además se incluyen criterios medioambientales.

La sistemática de homologación y evaluación se realiza de la siguiente manera:

- Los responsables de cada Centro de Compras (Central de Compras, Farmacia, Nefrología, Mantenimiento, Informática y Almacén) mantienen contacto directo con los proveedores para la realización de pedidos, asesoramiento ante nuevas necesidades, solicitud de certificados o evaluaciones iniciales que acrediten el cumplimiento de estándares de calidad. En este sentido, para la Homologación inicial solicitan que los proveedores acrediten su certificación ISO9001 y/o ISO14001 o, en su defecto, la cumplimentación del Cuestionario de Evaluación de Proveedor (FPO/DRC/04-1) definido internamente por el Hospital.

- Para la evaluación continuada de los proveedores homologados, los profesionales de la Dirección de RRHH, Calidad y Organización se ponen en contacto de forma periódica con los distintos proveedores para la actualización de sus certificados de calidad y/o medioambiente y para el tratamiento de incidencias. Anualmente se elabora un listado en el que se analizan el nº de pedidos realizados a cada proveedor y el nº de incidencias (plazo de entrega, calidad del producto, gestión ambiental, documentación técnica, servicio post-venta) que categoriza de forma automática al proveedor identificando si es apto o no para la prestación del servicio o el suministro del producto.

El Hospital dispone de un indicador que mide el porcentaje de proveedores que disponen de los documentos requeridos en función de su actividad en base a requisitos legales y otros definidos por el Hospital (certificaciones ISO, autorizaciones y permisos de actividad,

Puntuación sección 50,00 %

5 SOCIAL

5.a Acción Social, evaluación y seguimiento de impactos

30.- En cuanto a la implicación en la Comunidad en la que desarrolla la actividad su organización, ¿en qué tipo de proyectos sociales colabora?

Existe un plan de colaboración en proyectos sociales con una metodología, objetivos e indicadores establecidos

30.1. Información adicional.

La organización tiene una clara orientación de compromiso social, siendo parte de su razón

de ser, y que se puede ver reflejada en la propia Misión, Visión y Valores del Hospital San Juan de Dios.

El Hospital dispone desde hace años de diferentes Proyectos cuya finalidad es atender necesidades sociales de su entorno más inmediato y a nivel internacional. Todos estos proyectos son financiados directamente por el Hospital, asignando los recursos necesarios. A nivel presupuestario, además en el nuevo Mapa de Procesos del Hospital se han identificado como procesos estratégicos los de:

- Responsabilidad Social Corporativa (FP/DRC/06)
- Obra Social (FP/OS/01)

El Hospital también cuenta, desde 2007, con un Proceso de Actuación de Voluntariado (FP/SV/01) en el que se sistematiza la detección de necesidades así como las actuaciones del Servicio de Voluntariado del Hospital.

Los Proyectos Sociales impulsados por el HSJD son numerosos entre los que destacan:

- Servicio de voluntariado: participan más de 100 voluntarios cuya misión es servir de ayuda para cubrir las necesidades de los pacientes o sus familiares. En 2015 los voluntarios dedicaron 13.640 horas.

- Obra Social: Proyecto liderado desde la Orden, cuya misión es cubrir necesidades de la población de nuestro entorno así como de los pacientes y sus familiares. El Hospital cuenta con un profesional dedicado a la definición y puesta en marcha de proyectos, búsqueda de financiación y coordinación con la Obra Social Provincial. Actualmente hay ocho proyectos en marcha:

- o Alojamiento de familiares: a partir del cual se facilita a los cuidadores un espacio donde pueden descansar y pernoctar siempre que se den las condiciones adecuadas y así favorecer la atención integral del paciente y su familia.

- o Ayudas sociales urgentes para usuarios ingresados en el HSJDZ en situación de riesgo de exclusión socio-sanitaria, para cubrir la atención integral de las necesidades socio-sanitarias de los pacientes ingresados en el Centro y sus familias.

- o Banco de Ayudas Técnicas: préstamo de ayudas técnicas para que el alta hospitalaria y los cuidados en el domicilio de los pacientes se den en las mejores condiciones.

- o Escuela amiga: herramienta de sensibilización para dar a conocer, desde una visión esperanzadora, el mundo del envejecimiento, de la enfermedad y de la solidaridad.

- o Farmacia solidaria: se facilitan los medicamentos básicos a los que por motivos económicos y sociales no pueden acceder las personas a través de entidades demandantes (Médicos del Mundo de Zaragoza, Caritas, etc.)

- o Formación a pacientes dependientes o familiares y cuidadores acerca de las características de los problemas de salud que padecen las personas mayores dependientes así como de los cuidados que precisan.

- o Voluntariado domiciliario para apoyar a las personas que están en mayor situación de fragilidad en los domicilios.

- o Taxistas solidarios para facilitar los desplazamientos a pacientes y/o familiares ingresados el Centro o pertenecientes a alguna de las actividades ambulatorias del HSJD a revisiones externas o para la tramitación de determinadas gestiones relacionadas con la asistencia socio sanitaria.

- Programa de colaboración con la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias: facilitar el cumplimiento de penas y medidas alternativas mediante la realización de trabajos en beneficio de la Comunidad.

- Fundación Tobías: colaboración con la archidiócesis de Zaragoza para prestar atención

residencial, social y sanitaria a Sacerdotes de ésta y de otras Diócesis. Actualmente dispone de 77 plazas, 15 de las cuales están reservadas para la Diócesis. El Hospital da apoyo a la Dirección en distintas áreas de la gestión (RRHH, económica, calidad) y esta presente en todas las Juntas del Patronato de la Fundación.

- Hermanamiento con el Centro de Camagüey en Cuba: la colaboración se basa en la puesta a disposición de material y equipamiento sanitario de difícil acceso así como impartición de cursos formativos para los profesionales del Centro con el fin de especializar su labor asistencial en áreas como paliativos, rehabilitación para personas con discapacidad.

Se presentan indicadores de percepción y rendimiento con objetivos asociados. Para cada indicador, asociado a un proceso principal y a un objetivo anual, se especifica la fuente desde la que se va a obtener el dato y la meta a alcanzar.

Puntuación sección 100,00 %

5.b Alineación de los proyectos sociales con los fines y la estrategia de la entidad

31.- ¿Considera que los proyectos sociales desarrollados están integrados con los fines y la estrategia de su entidad?

Se desarrollan proyectos unidos a la estrategia, dotados de presupuesto y con planes de acción específicos

31.1. Información adicional.

En la definición del Plan Estratégico 2016-2019 tras el análisis de la Información Relevante obtenida de los grupos de interés, el Hospital identificó dos líneas estratégicas de trabajo alineadas con la responsabilidad social:

- Solidaridad (línea estratégica E)
- Sociedad (línea estratégica F)

A partir de ellas se han establecido Objetivos estratégicos y Planes de Acción anuales dirigidos a la consecución de la estrategia del Hospital así como sus respectivos indicadores de seguimiento, por ejemplo:

-EXCELENCIA:

Objetivo y Plan de Acción anual: Desarrollar un modelo de responsabilidad social corporativa

Indicador: Implementación de las actuaciones previstas en 2016 en Plan de Acción

- SOLIDARIDAD:

Objetivo y Plan de Acción anual: Potenciar la línea de solidaridad en nuestro Centro a través de la Obra Social y el Voluntariado

Indicadores:

Nº nuevos proyectos sociales puestos en marcha

% del presupuesto obra social debido a subvenciones o donaciones

% de proyectos compartidos con el centro de Camagüey realizados sobre los programados

% de proyectos de Obra Social o en colaboración con Entidades afines con colaboración directa de Voluntariado Corporativo (empleados)

- SOCIEDAD:

Objetivo y Plan de Acción anual: Aumentar la participación activa de nuestros profesionales y voluntarios en los ámbitos con gran impacto en la Sociedad Aragonesa, especialmente

con actividades docentes y organización de eventos, de profesionales y colaboradores.

Indicador: Rentabilidad Social de la inversión SROI

En base a dichos objetivos y Planes de Acción se ponen en marcha proyectos y actividades como las detalladas en el aptdo. 29.1, financiados directamente por el Hospital, asignando los recursos necesarios a nivel presupuestario (sirva de ejemplo el documento "Paquete Presupuestario para 2016").

Puntuación sección 75,00 %

5.c Transparencia con el entorno

32.- En el caso de desarrollar actuaciones en materia social ¿en qué medida se comparten con las personas empleadas y voluntarias animándoles a su participación, y con otros grupos de interés?

Sí, se difunden a las personas empleadas, a voluntarias y a otros grupos de interés expresamente implicados

32.1. Información adicional

En el punto 5 del documento de Carta de Identidad se establece la aplicación de la Identidad y Carisma de la Orden, de sus Valores a situaciones concretas de la asistencia sanitaria, de la Organización de los Centros y de los Sistemas de Gestión y Dirección (Política de Personal, Política Económico Financiera, Responsabilidad Social y la presencia de la Sociedad en el Centro).

En este punto se define qué es y cómo consigue el HSJD tener transparencia en su Gestión, en concreto dice:

"Si el conjunto de valores que pretendemos promover en nuestras obras y que dan sentido a nuestra misión se llevan a efecto, no habrá mayor inconveniente en que los profesionales del Centro, los usuarios, la Sociedad y la Administración Pública puedan conocer la realidad de nuestros Centros. Ahí radica la transparencia de nuestra gestión, si los principios están claros y si intentamos llevarlos a la práctica, razón de más para darlos a conocer".

En el mismo documento consta que un modo adecuado para dar a conocer la realidad de los Centros de la Orden, para favorecer la transparencia y estimular la corresponsabilidad, es la elaboración de la memoria anual de actividades. El HSJD de Zaragoza elabora dicha Memoria Anual que distribuye no sólo internamente (profesionales y voluntarios) sino a diferentes ámbitos externos (Administración, Colegios Profesionales, Universidad, Asociaciones,) y que hace pública a través de la página web.

Todos los años se realiza una Auditoria Anual de Cuentas que posteriormente es entregada al Comité de Empresa y a la Curia Provincial. Además en el seguimiento que se mantiene con el Servicio Aragonés de Salud, la transparencia en la gestión (actividad, ingresos, gastos fijos y variables, resultados, inversiones, disponibilidad financiera) del Hospital se pone a disposición de las personas que participan en la Comisión de Seguimiento del Concierto Singular, a la hora de negociar la Cláusula económica anual.

En la definición de los Valores del HSJD destaca que pondrá al servicio de la comunidad el conocimiento sanitario y organizativo, cooperando en el desarrollo económico y social, para lo cual utiliza los siguientes mecanismos:

- Plan de Comunicación (FPO/DG/03-1) que recoge los canales de comunicación, el

contenido de la información a comunicar y sus destinatarios, utilizando como principales vías de comunicación con los empleados:

- o Sesiones informativas
- o Reunión anual de definición de Objetivos
- o Informes de evaluación de Objetivos y Planes de Acción Social
- o Intranet del Hospital
- o Intranet Provincial de la OHSJD

Por lo que respecta a la comunicación con otros grupos de interés utiliza:

- o Página web del Hospital
 - o Memoria de Actividad anual
 - o Sesiones de Focus Group y entrevistas individuales con los representantes
 - o Difusión de Proyectos en medios de comunicación
 - Despliegue de la información a través de mandos intermedios: mediante sesiones periódicas de trabajo los mandos intermedios y responsables de Servicio del Hospital trasladan a los profesionales información acerca de Proyectos de Acción Social con la finalidad de que sean conocidos y permitan su participación como voluntarios en los mismos.
 - Grupo Motor de Obra Social: Comisión compuesta por profesionales y voluntarios cuya misión es la propuesta de Proyectos Sociales y ejecución de los mismos. Este grupo es el responsable de trasladar la información sobre estos proyectos a los profesionales y animarles a participar en los mismos. (Por ejemplo: en el Proyecto de Escuela amiga participan un profesional, un voluntario y un paciente del HSJD para explicar en colegios las problemáticas de enfermedades como Alzheimer, ICTUS u otras enfermedades).
 - Convenios de colaboración con Universidades: el Hospital dispone de convenios de colaboración con la Universidad de Zaragoza y la Universidad San Jorge a través de los cuales se facilita la asignación de plazas como profesores asociados a trabajadores del Hospital y la incorporación de alumnos en prácticas en el Centro. Estas colaboraciones facilitan la difusión del conocimiento de la Institución hacia la sociedad y la divulgación de los Proyectos Sociales que el Hospital lleva a cabo.
- Además el Hospital hace uso público de los diferentes reconocimientos y certificaciones (ISO9001, ISO14001, Sello de Oro EFQM, Premio Príncipe de Asturias) en materia ambiental, social y de calidad de sus servicios, utilizando los logos correspondientes en los documentos y herramientas de comunicación (Memoria de Actividad, Cartelería del Hospital, página web, correo electrónico)

Puntuación sección 75,00 %

5.d Comunicación y fomento de buenas prácticas

33.- ¿Existe una comunicación proactiva en la Comunidad Local de las actividades en materia social desarrolladas por la organización?

Existe un plan de comunicación de las actividades que se desarrollan

33.1. Información adicional

Tal y como ha quedado definido en el aptdo. 31.1, el Hospital cuenta con un Plan de Comunicación (FPO/DG/03-1) que se desarrolla a partir del Protocolo de Comunicación (PO/DG/03) y que establece los mecanismos de comunicación del Hospital. Dicho

procedimiento se centra más en la comunicación interna que en la externa, identificando los siguientes medios de comunicación:

- Página web del HSJD
- Memoria de Actividad anual
- Aparición en diferentes medios de comunicación

Actualmente se está diseñando una Ficha de Proceso específica de Comunicación (FP/COM/01) en la cual se recogen los flujos de trabajo tanto para la comunicación interna como externa, identificándose en todos los casos: el medio de comunicación, el framing (cómo), el timing (cuándo) y el contenido de la información.

El Cuadro de Mando General del Hospital recoge como indicadores en relación a la comunicación el número de apariciones en prensa y el número de impactos positivos en medios de comunicación, de los cuales se hace un seguimiento anual.

Puntuación sección 75,00 %

6 MEDIOAMBIENTAL

6.a Identificación de actividades de gestión ambiental

34.- Respecto a los temas medioambientales, ¿cómo tiene en cuenta su entidad el impacto ambiental en el desarrollo de la actividad?

Existe un plan de actuaciones en materia ambiental con objetivos e indicadores en seguimiento

34.1. Información adicional.

El compromiso con la protección del medioambiente, manteniendo el equilibrio ecológico y el uso sostenible y equitativo de los recursos, está definido en la Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria, concretamente en el punto "Obligación en orden a los recursos de la biosfera", estableciendo la necesidad de promover actitudes estratégicas que creen relaciones responsables con el medio ambiente.

Además el Hospital, en su Misión, Visión y Valores, identifica de manera expresa su compromiso con el desarrollo sostenible, la prevención de la contaminación y cuidando el medio ambiente.

Desde el año 2011 se dispone de un sistema de Gestión Ambiental conforme a los requisitos establecidos en la norma UNE:EN-ISO14001 que es auditado anualmente para certificar su correcta implantación (AENOR). Como resultado de dicho sistema el HSJD dispone de una Ficha de Proceso de Gestión Ambiental (FP/DRC/02) que establece la sistemática de actuación para:

- Definir los Objetivos y Planes de Acción a realizar anualmente para la mejora de la gestión ambiental (control consumos, minimización de residuos, emergencias)
- Definir el Cuadro de Mando de gestión ambiental que recoge los Indicadores de seguimiento de dichos Objetivos así como los de control de los impactos ambientales significativos.
- Identificar impactos ambientales significativos producidos por la actividad del Hospital.
- Evaluar el cumplimiento legal de obligaciones ambientales.
- Definir los Protocolos de actuación para la adecuada gestión ambiental en el Hospital (control de vertidos, emisiones, ruidos, gestión de residuos, actuación ante emergencias)

ambientales)

Además cada año en el "Paquete Presupuestario" se identifican partidas económicas destinadas a realizar inversiones para la mejora de la eficiencia energética y mejora de la gestión ambiental, garantizando la viabilidad del Centro y atendiendo a los efectos económicos, sociales y ambientales de las mismas para reducir el impacto ambiental. Como ejemplo de los Objetivos recogidos para 2016 en materia medioambiental, se muestran los siguientes:

- Plan de eficiencia energética de instalaciones 2016-2019. Indicador: % de cumplimiento de las actividades definidas
- Reducir el consumo relativo de gas en 1%. Indicador: Consumo relativo de gas instalaciones de climatización y consumo relativo de gas de cocina
- Reducir emisiones relativas de CO2 a la atmósfera un 1%. Indicador: Tn de CO2 emitidos a la atmósfera
- Reducir número de kilos relativos de residuos del Grupo.V en un 3%. Indicador: N° Kg de residuos Grupo.V /paciente
- Reducir número de kilos relativos de residuos peligrosos del Grupo.III en un 1%. Indicador: N° Kg de residuos Grupo.III /paciente

Puntuación sección 100,00 %

6.b Estrategia frente al cambio climático

35.- ¿Se ponen en marcha medidas que evidencien el compromiso público de la entidad con los impactos ambientales que pueda ocasionar?

Existen planes que se comunican internamente y externamente

35.1. Información adicional.

Sin respuesta

Puntuación sección 75,00 %

6.c Plan de gestión ambiental

36.- ¿Se realizan actividades con el objetivo de reducir los consumos de energía, materiales y residuos?

Existen planes de eficiencia implantados, en seguimiento y con evaluación periódica de los resultados obtenidos en certificaciones como la ISO 14001

36.1. Información adicional

Desde el año 2011 se dispone de un sistema de Gestión Ambiental implantado conforme a los requisitos establecidos en la norma UNE: EN-ISO14001 que es auditado anualmente para su certificación por entidad externa acreditada (AENOR).

Como resultado de dicho sistema, el HSJD dispone de una Ficha de Proceso de Gestión Ambiental (FP/DRC/02) explicada en el aptdo.33.1. y obliga a:

- Definir Objetivos de mejora ambiental (recogido en paquete presupuestario anual)
- Establecer indicadores de control y seguimiento continuo recogido en Cuadro de Mando de Medioambiente.

- Evaluar anualmente el grado de consecución de dichas medidas (Informe anual de revisión del sistema de Gestión integrado)

Entre los planes que el HSJD adopta en relación a la gestión ambiental y a la prevención de la contaminación en el día a día y las actividades que el HSJD lleva a cabo para reducir los consumos de energía y residuos destacan:

- Plan de minimización de residuos: proyecto de reorganización de la gestión interna de residuos peligrosos y no peligrosos con la finalidad de reducir el volumen anual producido.

Desde 2013 se ha conseguido reducir un 30% el volumen de residuos peligrosos.

Este Plan se ha comunicado al Instituto Aragonés de Gestión Ambiental (INAGA) mostrando el compromiso del Hospital en la reducción del número de Kg de residuos peligrosos anuales generados.

- Plan de reducción de consumo de gas y electricidad: desde el año 2012 se fijan anualmente objetivos dirigidos a reducir estos consumos a través de la renovación y mejora de equipamientos e instalaciones eficientes energéticamente, lo cual ha permitido el logro de dichos objetivos con reducciones del consumo superiores al 28%.

Dichos Planes se han comunicado e implantado internamente a través de la realización de las siguientes actuaciones:

- Sensibilización a profesionales realizado tanto en las Sesiones de Acogida a nuevos profesionales como mediante la entrega de documentación específica recogida en el Manual de Acogida, así como mediante la realización periódica de campañas de sensibilización ambiental a través de las que se explica a los empleados aquellos aspectos de su trabajo que mayor impacto pueden tener en el medioambiente y por tanto, que más deben controlar.

- Sensibilización a pacientes y familias mediante la información entregada por el Servicio de Atención al Usuario (Manual de Acogida Institucional) así como la cartelería ubicada en distintas zonas del Hospital (habitaciones, baños, zonas comunes...)

- Involucración directa de los profesionales del Centro a través de diferentes propuestas como el "Proyecto de minimización de residuos peligrosos en el Servicio de Hemodiálisis" o el "Proyecto de renovación de equipamiento eléctrico en el Hospital por parte del equipo de mantenimiento".

Para todos los Planes se definen indicadores que permiten realizar una evaluación de su grado de consecución y formulación de propuestas de mejora en aquellos casos necesarios. Dichos indicadores están recogidos en el Cuadro de Mando de Gestión Ambiental.

Los resultados de estas actuaciones se transmiten a los profesionales del HSJD a través de los Responsables y mandos intermedios mediante los Informes de Evaluación de Objetivos y Planes de Acción anuales.

Actualmente el Hospital está adaptando el Modelo de Gestión Ambiental a los nuevos requisitos establecidos en la norma UNE: EN-ISO14001:2015.

Puntuación sección 100,00 %

6.d Comunicación ambiental

37.- En el caso de desarrollar actuaciones en materia ambiental ¿en qué medida se comunica a las personas empleadas y a otros grupos de interés?

Sí, si bien exclusivamente a grupos de interés implicados en el cambio

37.1. Información adicional

El HSJD dispone de un Plan de Comunicación (FPO/DG/03-1) que recoge los canales de comunicación, el contenido de la información a comunicar y sus destinatarios pero no se identifica de manera específica la información de carácter ambiental.

Las principales vías de comunicación a los empleados son:

- Sesiones informativas
- Documentación de Sensibilización ambiental
- Informes de evaluación de Objetivos y Planes de Acción
- Intranet del Hospital

Por lo que respecta a otros grupos de interés, las principales vías de comunicación son:

- Página web del Hospital
- Memoria de Actividad anual
- Sesiones de Focus Group y entrevistas individuales con los representantes
- Presentación de Proyectos y Resultados en diferentes Congresos y Jornadas.

Además el Hospital hace uso público de los diferentes reconocimientos y certificaciones (ISO9001, ISO14001, Sello de Oro EFQM, Premio Príncipe de Asturias) en materia ambiental, social y de calidad de sus servicios, utilizando los logos correspondientes en los documentos y herramientas de comunicación (Memoria de Actividad, Cartelería del Hospital, página web, correo electrónico...)

Puntuación sección 50,00 %

7 VALORACIÓN GLOBAL DE LA GESTIÓN SOCIALMENTE RESPONSABLE

7.a Priorización de temas

38.- Priorice la importancia que le otorga a los siguientes aspectos para lograr el éxito en la gestión socialmente responsable. (1 más importante - 10 menos importante)

- 1 - Escuchar las necesidades y expectativas de sus grupos de interés
- 2 - Ofrecer productos y servicios de calidad
- 3 - Disponer de unos líderes (personas con mando) que son valiosos y gestionan ejemplarmente
- 4 - Emplear prácticas de gestión abiertas y transparentes
- 5 - Disponer de presupuesto
- 6 - Ser una organización rentable y sostenible en el tiempo
- 7 - Capacitar a las personas de la organización.
- 8 - Poner en práctica medidas para crear un buen clima laboral
- 9 - Crear Programas con impacto positivo en la Comunidad Local
- 10 - Trabajar para proteger y mejorar el medio ambiente

7.b Valoración Global

39.- ¿En qué nivel de 0 a 10 siendo 10 muy alto valora su satisfacción con la gestión socialmente responsable que actualmente realiza?

8

7.c Puntos fuertes y áreas de Mejora

40.- ¿Podría enunciar un punto fuerte?

Sin respuesta

41.- ¿Podría enunciar un area de mejora?

Sin respuesta

Puntuación encuesta 85,71 %