

## RSA - Entidades no lucrativas

### Empresa evaluada

**CENTRO NEUROPSIQUIÁTRICO Ntra. Sra. del CARMEN**  
CIF:R50009671  
Camino del Abejar 100.  
50190 - Garrapinillos  
Zaragoza

### DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

#### Denominación de la organización

Centro Neuropsiquiátrico NS del Carmen. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús

#### Forma jurídica

Entidad Religiosa

#### Número de socios (en caso de asociaciones)

No procede

#### Número de miembros Junta/Patronato

No procede

#### Dirección - CP - Población

Camino del Abejar, nº 100. 50190 Garrapinillos (Zaragoza)

#### Sector/Ámbito de actuación.

Socio-Sanitario: Salud mental, discapacidad intelectual y envejecimiento.

#### Actividad principal

Actividad asistencial  
Psiquiatría y salud mental. Perfil residencial  
- Unidad de hospitalización Psiquiátrica  
- Unidad de larga estancia psiquiátrica  
- Residencia Hogar La Colonia  
- Pisos supervisados

Psicogeriatría y ámbito sociosanitario. Perfil residencial  
- Unidad de Larga estancia psicogeriátrica  
- Unidad de larga estancia geriátrica  
- Unidad de convalecencia geriátrica

Discapacidad intelectual. Perfil residencial  
- Unidad de discapacidad intelectual límite (UDIL)  
- Residencia de personas con DI ? Trastornos del Espectro Autista y Alteraciones Graves

de Conducta

Consultas externas

### **Colectivo principal atendido**

Los enfermos mentales, a personas con discapacidad física o psíquica y otros enfermos, teniendo en cuenta las necesidades y urgencias de cada tiempo y lugar, con preferencia por los más pobres y marginados.

En nuestro Proyecto Hospitalario Integral, lo principal, son las personas son el centro de la vida y la tarea hospitalaria pues ellas forman la Comunidad Hospitalaria. En este grupo de interés incluiríamos :

- Pacientes, sujeto activo, el objetivo principal y la razón de ser del Proyecto Hospitalario según expresa nuestro Marco de Identidad de la Institución.
- Familiares de personas atendidas, en tanto que participan del proceso terapéutico y que por tanto son, al igual que los pacientes, destinatarios de las acciones del mismo.

### **Año comienzo actividad.**

1881 se funda la Congregación. 1971 se funda el Centro

### **Número de personas empleadas - media anual**

146 en el año 2023

### **Número de personas empleadas estables (contrato indefinido)**

118 en el año 2022 (83,6%)

### **Número de voluntarios**

19 en el año 2023

### **Persona contacto**

Alfonso Cerdán Ibáñez

### **E-mail contacto**

rsa.zaragoza@hospitalarias.es

### **Página web**

<http://www.hospitalariaszaragoza.es>

## **GENERAL**

### **Tendencias Globales**

- 1- Considera que su organización tiene en cuenta o se ve afectada, directa o indirectamente, por temas globales y generales como, por ejemplo:
  - Económicos (por ejemplo, creación de empleo, generación de riqueza, cumplimiento de la legalidad)
  - Políticos (por ejemplo, cambios de gobierno, alianzas con Administraciones Públicas)
  - Medioambientales (cambio climático, consumo de recursos: agua, energía eléctrica, etc.)

-Tecnológicos (por ejemplo, comunicaciones, redes sociales)

-Sociales (igualdad de género, conciliación de la vida personal y profesional, educación, formación, etc.)

Existe un análisis estructurado de estos temas, que son claves para la organización, y se tienen en cuenta poniendo en marcha acciones que aseguren la sostenibilidad de la organización a largo plazo, así como los impactos y resultados obtenidos.

## 1.1 Información adicional

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf (hospitalariaszaragoza.es))

En nuestro caso se materializa en el PLAN DE GESTIÓN que sigue la siguiente metodología:

1. EVALUACION PLAN DE GESTION del año anterior

2. Realización de un análisis P.E.S.T. en el que se recogen aquellos factores externos, agrupados según diferentes temáticas, y que dan lugar a presentes o futuras amenazas u oportunidades para la organización. Las temáticas contempladas en la reflexión P.E.S.T. analiza factores políticos, económicos, sociales, y tecnológicos.

3. Desarrollo de análisis externo por grupo de interés. Se identifican factores externos que dan lugar a amenazas u oportunidades para la organización. Los grupos de interés externos sobre los que se reflexiona son: usuarios, sociedad, aliados.

Para la realización del análisis externo, el Centro realiza de forma periódica encuestas de satisfacción y entrevistas focales a los grupos de interés usuarios y aliados (tanto proveedores, como instituciones en representación de la sociedad). Las conclusiones de aquellas son parte fundamental del análisis externo que se realiza y por ende del análisis de materialidad.

4. Realización de análisis interno a través de nuestro grupo de interés colaboradores, igualmente mediante encuestas y entrevistas focales. En aquel se recogen aquellos factores, agrupados según los criterios del modelo EFQM, y que dan lugar a debilidades o fortalezas del Centro.

5. Planteamiento de análisis DAFO/CAME global con toda la información previa analizada.

6. A partir del análisis final DAFO/CAME efectuado, se plantean las iniciativas a desarrollar por el Centro dentro del año en cuestión. Las iniciativas planteadas siguen el siguiente esquema, en línea con el Modelo CAME:

- Corregir debilidades
- Afrontar amenazas
- Mantener fortalezas
- Explorar oportunidades

7. Alineación de los aspectos e iniciativas derivadas del análisis DAFO/CAME con los contemplados en el lienzo del Modelo de Negocio CANVAS (propuesta de valor, relación con usuarios, actividades clave, etc.).

8. Análisis del impacto de cada iniciativa en el triple balance del Modelo GRI de sostenibilidad: impacto en los ámbitos económico, social y ambiental.

9. Identificación de proyectos asociados a cada iniciativa y análisis de impacto en base a los criterios EFQM adoptados por el Centro: proyectos responsables, proyectos innovadores, proyectos abiertos.

10. Cuadro de mando de RSC que nos permite seguir la evolución de los principales indicadores.

De tal metodología descrita surge nuestra matriz de materialidad.

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

Si

**2.1. Información adicional**

Nosotros así lo hemos hecho, en ámbitos como la igualdad y la conciliación.

**Integración en la estrategia de los retos económicos, sociales y ambientales**

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

Se plantean y planifican de forma voluntaria aspectos sociales y ambientales en el corto, medio y el largo plazo de la organización.

**3.1. Información adicional**

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf (hospitalariaszaragoza.es))

Cada seis años la Congregación celebra el Capítulo General en el cual se elabora el Documento Capitular correspondiente que es el Plan que la Congregación va desarrollar en los próximos seis años. Con posterioridad se celebran los Capítulos Provinciales que adaptan a la realidad local el citado documento. Cada tres años son evaluados en una Asamblea. A nivel de Centro, se recogen en el plan de gestión las acciones necesarias para desarrollar los objetivos planteados. Para ello seguimos la siguiente metodología:

1. EVALUACION PLAN DE GESTION del año anterior
2. Realización de un análisis P.E.S.T. en el que se recogen aquellos factores externos, agrupados según diferentes temáticas, y que dan lugar a presentes o futuras amenazas u oportunidades para la organización. Las temáticas contempladas en la reflexión P.E.S.T. analiza factores políticos, económicos, sociales, y tecnológicos.
3. Desarrollo de análisis externo por grupo de interés. Se identifican factores externos que dan lugar a amenazas u oportunidades para la organización. Los grupos de interés externos sobre los que se reflexiona son: usuarios, sociedad, aliados. Para la realización del análisis externo, el Centro realiza de forma periódica encuestas de satisfacción y entrevistas focales a los grupos de interés usuarios y aliados (tanto proveedores, como instituciones en representación de la sociedad). Las conclusiones de aquellas son parte fundamental del análisis externo que se realiza y por ende del análisis de materialidad.
4. Realización de análisis interno a través de nuestro grupo de interés colaboradores, igualmente mediante encuestas y entrevistas focales. En aquél se recogen aquellos factores, agrupados según los criterios del modelo EFQM, y que dan lugar a debilidades o fortalezas del Centro.
5. Planteamiento de análisis DAFO/CAME global con toda la información previa analizada.
6. A partir del análisis final DAFO/CAME efectuado, se plantean las iniciativas a desarrollar por el Centro dentro del año en cuestión. Las iniciativas planteadas siguen el siguiente esquema, en línea con el Modelo CAME:
  - a. Corregir debilidades

- b. Afrontar amenazas
  - c. Mantener fortalezas
  - d. Explorar oportunidades
7. Alineación de los aspectos e iniciativas derivadas del análisis DAFO/CAME con los contemplados en el lienzo del Modelo de Negocio CANVAS (propuesta de valor, relación con usuarios, actividades clave, etc.).
8. Análisis del impacto de cada iniciativa en el triple balance del Modelo GRI de sostenibilidad: impacto en los ámbitos económico, social y ambiental.
9. Identificación de proyectos asociados a cada iniciativa y análisis de impacto en base a los criterios EFQM adoptados por el Centro: proyectos responsables, proyectos innovadores, proyectos abiertos.
10. Cuadro de mando de RSC que nos permite seguir la evolución de los principales indicadores.

De tal metodología descrita surge nuestra matriz de materialidad.

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

La organización 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**

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf (hospitalariaszaragoza.es)

El Plan de Gestión lleva asociado un presupuesto económico. En nuestro caso y tal y como hemos descrito con anterioridad y como se puede observar a partir de los puntos:

Alineación de los aspectos e iniciativas derivadas del análisis DAFO/CAME con los contemplados en el lienzo del Modelo de Negocio CANVAS (propuesta de valor, relación con usuarios, actividades clave, etc.).

Análisis del impacto de cada iniciativa en el triple balance del Modelo GRI de sostenibilidad: impacto en los ámbitos económico, social y ambiental.

Identificación de proyectos asociados a cada iniciativa y análisis de impacto en base a los criterios EFQM adoptados por el Centro: proyectos responsables, proyectos innovadores, proyectos abiertos.

Cuadro de mando de RSC que nos permite seguir la evolución de los principales indicadores

De tal metodología descrita surge nuestra matriz de materialidad que prioriza las acciones y la dotación presupuestaria.

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

Se analiza a través de un proceso interno de participación, se confirma la decisión por parte del órgano de gobierno y se asigna íntegro a proyectos y/o partidas concretas.

##### **5.1. Información adicional**

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf (hospitalariaszaragoza.es)

Nuestro modelo de gestión y administración, se fundamenta en los siguientes principios

inspiradores:

Principios Básicos: Coherencia con la identidad institucional, ética y legalidad, orientación de los recursos económicos en bien del destinatario, equidad y solidaridad, sobriedad, inexistencia de ánimo de lucro, y transparencia.

Principios operativos: Capacidad técnica, integración de las nuevas tecnologías, eficacia y eficiencia, autofinanciación y sostenibilidad, proactividad en relación a las nuevas necesidades, establecimiento de sinergias entre centros y provincias, y fomento de la innovación.

El Plan de Gestión lleva asociado un presupuesto económico, en el que se incluye un plan de inversiones. Los beneficios se destinan al desarrollo de la Obra Hospitalaria.

Se desarrolla una gestión sostenible de los riesgos a los que el centro está sometido en el desarrollo de su actividad como vía para minimizar los riesgos empresariales en los que potencialmente se pudiera incurrir el Centro.

Junto a los órganos de gobierno, se cuenta con los siguientes pasos que hacen de filtro en el proceso de toma de decisiones garantizando que estas se toman con rigor y análisis variados.

El proceso de aprobación, seguimiento y revisión periódica de las decisiones de gestión global tanto en los aspectos económicos, como laborales, sociales o medioambientales del Centro, garantiza la sostenibilidad de la obra Hospitalaria. Se realiza en tres niveles:

A nivel de Centro, con la implicación de los líderes y teniendo en cuenta los aspectos materiales de los GCI

A nivel de Provincia, con el seguimiento presupuestario y la elaboración de planes de acción conjunto

A nivel General, con la elaboración de la memoria de gestión anual.

## **Impulso del diálogo con los grupos de interés/stakeholders**

**6.- Tiene identificados su organización los grupos de interés/colectivos con los que se relaciona: empleados, cliente/usuarios, familias, voluntarios, proveedores, financiadores y donantes, aliados y colaboradores públicos y privados, medios de comunicación, otros.**

Tenemos identificados los grupos de interés de la organización y realizamos una gestión específica y diferenciada de cada uno de ellos.

### **6.1. Información adicional**

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf  
(hospitalariaszaragoza.es)

#### **CREACIÓN DE VALOR**

El Centro Neuropsiquiátrico de Nª Sª del Carmen, fiel a su propósito, da respuesta a través de su labor socio-sanitaria a las necesidades de la Comunidad Hospitalaria: Usuarios y pacientes, Familiares, Hermanas, colaboradores y personas en formación, Voluntarios y Bienhechores.

Otros grupos de interés, igualmente prioritarios para la Institución son: las administraciones públicas, proveedores, asociaciones y ONG, medio ambiente, universidades y sociedad en general. Realizado un doble análisis, por un lado, el poder de influencia que cada uno de estos grupos de interés ejerce sobre la Institución, y por otro, el impacto potencial que nuestra actividad puede tener sobre cada uno de ellos, se identificaron cinco grupos de

interés prioritarios: Usuarios y pacientes, Colaboradores, Proveedores, Medio Ambiente y Sociedad.

Disponemos de varios canales y herramientas de escucha activa para garantizar un diálogo permanente, fluido y bidireccional con estos grupos de interés, que nos permiten conocer sus expectativas y la percepción que tienen de la Institución.

Una de esas herramientas es, precisamente, esta Memoria, que logra llegar a una parte importante de nuestros stakeholders, tanto interna como externamente. Con su publicación llevamos a cabo un ejercicio de transparencia y rendición de cuentas dando a conocer a la sociedad la información más relevante de nuestra actividad, desde un punto de vista social, ambiental y desde el buen gobierno

**PARA GENERAR VALOR A LA SOCIEDAD, RESULTA IMPRESCINDIBLE EL COMPROMISO DE NUESTROS GRUPOS DE INTERÉS CON LOS VALORES QUE NOS DEFINEN**

## **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 organización..

### **7.1. Información adicional**

Ver memoria RSA 2023 ([Memoria\\_Hospitalarias\\_zaragoza\\_2023-v4.pdf](#) (hospitalariaszaragoza.es))

Entendemos, definimos y elegimos como grupos clave de interés al tejido relacional existente entre todos los agentes implicados y necesarios para el desarrollo de nuestra misión institucional.

Nuestros colaboradores son palancas del cambio, que en coordinación con nuestros aliados, desarrollan la Misión con los usuarios y así nos permiten alcanzar nuestra Visión de una sociedad en la que desaparece el estigma de la enfermedad mental.

Tales agentes configuran nuestro Mapa o Tejido Relacional de Grupos de Interés:

El Centro construye en 2014 su primera matriz de materialidad con el propósito de interpretar y priorizar los aspectos materiales clave para los Grupos de Interés (en los siguientes apartados de la Memoria se describen los canales habituales de interrelación del Centro con cada uno de ellos) y obtener así un listado que nos permita priorizar los proyectos e iniciativas relevantes para aquellos, en materia de Responsabilidad. Las conclusiones permiten priorizar las iniciativas de RS a desarrollar por el Centro y centrar la relevancia a la hora de informar sobre aquellas.

La metodología para la realización de la citada matriz de materialidad ha sido la siguiente:

1. Realización de un análisis P.E.S.T. en el que se recogen aquellos factores externos, agrupados según diferentes temáticas, y que dan lugar a presentes o futuras amenazas u oportunidades para la organización. Las temáticas contempladas en la reflexión P.E.S.T. analiza factores políticos, económicos, sociales, y tecnológicos.

2. Desarrollo de análisis externo por grupo de interés. Se identifican factores externos que dan lugar a amenazas u oportunidades para la organización. Los grupos de interés externos sobre los que se reflexiona son: usuarios, sociedad, aliados.

Para la realización del análisis externo, el Centro realiza de forma periódica encuestas de satisfacción y entrevistas focales a los grupos de interés usuarios y aliados (tanto proveedores, como instituciones en representación de la sociedad). Las conclusiones de

aquellas son parte fundamental del análisis externo que se realiza y por ende del análisis de materialidad.

3. Realización de análisis interno a través de nuestro grupo de interés colaboradores, igualmente mediante encuestas y entrevistas focales. En aquel se recogen aquellos factores, agrupados según los criterios del modelo EFQM, y que dan lugar a debilidades o fortalezas del Centro.

4. Planteamiento de análisis DAFO/CAME global con toda la información previa analizada. A partir del análisis final DAFO/CAME efectuado, se plantean las iniciativas a desarrollar por el Centro dentro del año en cuestión. Las iniciativas planteadas siguen el siguiente esquema, en línea con el Modelo CAME:

- a. Corregir debilidades
- b. Afrontar amenazas
- c. Mantener fortalezas
- d. Explorar oportunidades

5. Alineación de los aspectos e iniciativas derivadas del análisis DAFO/CAME con los contemplados en el lienzo del Modelo de Negocio CANVAS (propuesta de valor, relación con usuarios, actividades clave, etc.).

6. Análisis del impacto de cada iniciativa en el triple balance del Modelo GRI de sostenibilidad: impacto en los ámbitos económico, social y ambiental.

7. Identificación de proyectos asociados a cada iniciativa y análisis de impacto en base a los criterios EFQM adoptados por el Centro: proyectos responsables, proyectos innovadores, proyectos abiertos.

8. Análisis del impacto de cada iniciativa en el triple balance del Modelo GRI de sostenibilidad: impacto en los ámbitos económico, social y ambiental.

9. Identificación de proyectos asociados a cada iniciativa y análisis de impacto en base a los criterios EFQM adoptados por el Centro: proyectos responsables, proyectos innovadores, proyectos abiertos.

10. Cuadro de mando de RSC que nos permite seguir la evolución de los principales indicadores.

De tal metodología descrita surge nuestra matriz de materialidad.

## Transparencia, rendición de cuentas y buen gobierno de la organización

**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/organizaciones públicas o privadas, ¿cómo desempeñan de su cargo?**

- Ejercen su cargo de forma activa y responsable, conocen a fondo la organización, participan activamente en la planificación estratégica y anual y colaboran estrechamente con el órgano de dirección. Sus datos son públicos y establecen mecanismos que evitan situaciones de conflicto de intereses.

### 8.1. Información adicional.

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf  
(hospitalariaszaragoza.es)

### REGLAMENTO GENERAL

Unifica criterios y normas sobre el funcionamiento de los Centros, para que todos sean fiel

reflejo de la identidad de la institución.

## ESTATUTO GENERAL DE LA ADMINISTRACIÓN

Regula y orienta la administración de los bienes, favoreciendo la transparencia y la confianza, promoviendo la toma de conciencia en la importancia de una buena administración.

## DOCUMENTO CAPITULAR

Establece la confianza estratégica de la Institución para un sexenio, revisada y enmarcada en dos trienios. El I Capítulo provincial, ?Practicad la Hospitalidad?, celebrado en 2018 está en vigor.

## MARCO DE IDENTIDAD

Expone los elementos identificadores de la singularidad y calidad del servicio que ofrecemos, nuestro Modelo propio en cuatro ámbitos.

### ÁMBITOS DEL MARCO DE IDENTIDAD DE HERMANAS HOSPITALARIAS

#### ASISTENCIAL

Principios nucleares de la atención directa

### GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Bases directivas

### RELACIÓN CON COLABORADORES

Perfil profesional y los elementos de su desarrollo

### DIÁLOGO CON GRUPOS DE INTERÉS

Plan de comunicación

## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE EL ACOSO SEXUAL O POR RAZÓN DE SEXO EN EL AMBITO LABORAL

El objetivo de este documento es que, los colaboradores sean conocedores de sus obligaciones, y ajusten sus actuaciones a lo que establece este protocolo en lo referente a posibles situaciones de acoso o discriminación.

## OTRAS POLÍTICAS Y REGLAMENTOS INTERNOS

- ? Reglamento de la Provincia de España y sus centros
- ? Procedimientos Generales
- ? Requisitos Básicos de los Centros de la Obra Hospitalaria
- ? Protocolo de Elaboración de Plan de Gestión anual
- ? Protocolo de Elaboración de la Memoria de Gestión anual
- ? Manual de Dirección de Personas
- ? La Formación en Identidad Hospitalaria. Plan General
- ? Manual de Procedimientos de Archivo de los Centros
- ? Manual de Estadística Asistencial de la Obra Hospitalaria
- ? La Asistencia en Hermanas Hospitalarias
- ? Guía de Protección de datos

## ? Orientaciones sobre Legal Compliance Penal

### CÓDIGO DE CONDUCTA

Aprobado en 2017, recoge los principios éticos y normas de comportamiento que deben regir la actuación de las personas que integran la Comunidad Hospitalaria, particularmente directivos y colaboradores. También se promueve su difusión a otros grupos de interés: voluntarios, bienhechores y proveedores, entre otros.

Entre los aspectos regulados en el Código de conducta se encuentran: igualdad y no discriminación, protección de datos y privacidad, ética en las relaciones institucionales, relación con proveedores, acoso laboral, conflictos de interés y transparencia.

**LOS FUNDAMENTOS DEL CÓDIGO DE CONDUCTA SON: LOS DERECHOS HUMANOS INTERNACIONALMENTE RECONOCIDOS, LA DOCTRINA SOCIAL DE LA IGLESIA Y EL MARCO DE IDENTIDAD DE LA INSTITUCIÓN.**

### COMITÉ DE OBSERVANCIA

Es el órgano encargado de garantizar el cumplimiento del Código de Conducta, así como la adecuada aplicación de medidas disciplinarias cuando estas sean precisas. Aprobado en 2017, recoge los principios éticos y normas de comportamiento que deben regir la actuación de las personas que integran la Comunidad Hospitalaria, particularmente directivos y colaboradores. También se promueve su difusión a otros grupos de interés: voluntarios, bienhechores y proveedores, entre otros.

### CANAL DE CONTACTO

Como novedad, desde 2023, Hermanas Hospitalarias cuenta con un servicio confidencial externo de reclamaciones y denuncias, gestionado por la empresa ATGroup, encargada de gestionar la información facilitada y realizar la investigación pertinente de los hechos denunciados. Las comunicaciones pueden presentarse de modo anónimo.

## **9.-Respecto a la rendición de cuentas, ¿cómo actúa la organización?**

Va más allá de sus obligaciones y pone a disposición de los diferentes grupos de interés y de la sociedad información de gestión y resultados (plan anual, memoria anual, objetivos y grado de cumplimiento, indicadores clave, ingresos y gastos diferenciados, etc.).

### **9.1.- Información adicional.**

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf (hospitalariaszaragoza.es))

Para garantizar la sostenibilidad de la Institución, llevamos a cabo una gestión económica transparente, centrada en la utilización eficiente de los recursos, que genere confianza en nuestros grupos de interés.

Trabajamos por el acceso universal a la salud desde 1971.

Nuestras inversiones van dirigidas a dar respuesta a las necesidades de las personas atendidas, con independencia de su condición social o económica. Apostamos por la acción colectiva público-privada, lo que nos lleva a impulsar diversas formas de colaboración con las Instituciones Públicas a todos los niveles.

## PACIENTES ULTIMO RECURSO

Desde una sensibilidad positiva y proactiva estamos atentos a la situación que viven las personas en contextos límite y damos respuesta a sus necesidades y las de sus familias. Estas necesidades, a veces, están ocultas de forma distinta según culturas y, otras veces están relegadas a las últimas posiciones en las preocupaciones colectivas de la ciudadanía.

### **10.- ¿Se proporciona información clara, honesta y fiel sobre la propia organización, su composición, estrategia y funcionamiento, sus redes y acuerdos y sus fuentes de financiación y obtención de recursos?**

La organización es transparente y comunica de forma activa, permanente, actualizada y detallada en relación a su esencia, composición, funcionamiento y estrategia a sus grupos de interés y a toda la sociedad por diferentes medios.

#### **10.1. Información adicional**

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf ([hospitalariaszaragoza.es](http://hospitalariaszaragoza.es))

## CONTROL INTERNO

La cultura de nuestra Institución, está basada en el valor fundamental y síntesis de la Hospitalidad, que da cohesión, sentido y horizonte a todas las actuaciones y proyectos.

Desde los inicios de la Institución, el cumplimiento normativo, la gestión eficaz y responsable de los recursos y el desarrollo de buenas prácticas en gobierno corporativo, son claves en nuestro modelo de gobernanza y gestión.

En este sentido, trabajamos de forma permanente en la consolidación de un Sistema de control interno que promueve:

- ? Evaluación y gestión del riesgo
- ? Cumplimiento normativo
- ? Eficacia y efectividad de la gestión de recursos
- ? Cumplimiento de objetivos de la Institución.

En 2023 se ha continuado con el proceso de fortalecimiento del Marco de control interno, a través de las siguientes acciones:

#### 1. Sistema de procesos y auditoría:

Desarrollo y mejora en procedimientos y normativa general, provincial y local, progresión en la realización de auditorías internas (alcanzando el 100% de los Centros), y auditoría externa completa del conjunto de los Centros en España.

#### 2. Perfeccionamiento de la Comisión de Auditoría Interna: Desarrollo de la Comisión de Auditoría interna, despliegue y definición de objetivos y funciones:

- Evaluación de la eficacia del control interno de la entidad
- Cumplimiento de la normativa interna y externa
- Evaluación del riesgo de continuidad operativa

- Prevención del blanqueo de capitales y conductas ilícitas
- Evaluación del auditor externo y propuesta de nombramiento

### 3. Herramientas de homogeneización, proyección y reporte estandarizado:

Simplificar y complementar el estudio de viabilidad de las obras, tomando como referencia los criterios fundacionales y el establecimiento de estrategias globales.

En 2023 se ha diseñado una segunda versión mejorada, con capacidades potenciadas de la herramienta de gestión financiera, que tendrá su continuidad con la incorporación e interrelación de funcionalidades presupuestarias

### 4- Herramienta de base de datos informatizada: Se ha puesto en marcha un sistema informatizado relacional en formato de Base de datos para el seguimiento, monitorización y control de las relaciones contractuales con terceros y la documentación asociada a las mismas

## **11.- En cuanto a normas de actuación, ¿conocen los gestores de la organización y los responsables de personas las pautas o normas de actuación de la organización?**

Existe un código de conducta conocido por todas las personas de la organización que se revisa periódicamente.

### **11.1.- Información adicional**

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf (hospitalariaszaragoza.es))

#### CÓDIGO DE CONDUCTA

Aprobado en 2017, recoge los principios éticos y normas de comportamiento que deben regir la actuación de las personas que integran la Comunidad Hospitalaria, particularmente directivos y colaboradores. También se promueve su difusión a otros grupos de interés: voluntarios, bienhechores y proveedores, entre otros.

Entre los aspectos regulados en el Código de conducta se encuentran: igualdad y no discriminación, protección de datos y privacidad, ética en las relaciones institucionales, relación con proveedores, acoso laboral, conflictos de interés y transparencia.

**LOS FUNDAMENTOS DEL CÓDIGO DE CONDUCTA SON: LOS DERECHOS HUMANOS INTERNACIONALMENTE RECONOCIDOS, LA DOCTRINA SOCIAL DE LA IGLESIA Y EL MARCO DE IDENTIDAD DE LA INSTITUCIÓN..**

## **12.- ¿Conocen las personas que trabajan y las que colaboran como voluntarias la misión, la cultura (razón de ser de la organización, valores,...) y los objetivos propios y distintivos de la organización?**

Sí, es conocido por todas las personas empleadas y voluntarias y se establecen acciones específicas para promover su compromiso y alineación con ellos.

### **12.1. Información adicional**

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf (hospitalariaszaragoza.es))

El Marco de Identidad de la Institución es la guía que recuerda nuestra fidelidad a la misión. Recrear la Hospitalidad. Caminos de Revitalización es nuestro presente manifestado en la adaptación a las exigencias de los tiempos. El Modelo EFQM de excelencia en la gestión y el estándar GRI 4 utilizado en y durante el tiempo de desarrollo de la misión.

El Código de conducta es un documento en el que una entidad, de manera voluntaria, expone los principios que se compromete a seguir en su comportamiento tanto interna como externamente. Para la Institución Hermanas Hospitalarias y la actividad que desarrolla a través de la Obra hospitalaria, el Código de Conducta es un compromiso derivado de la propia identidad y los valores recogidos en el Marco de Identidad de la Institución.

Se han realizado esfuerzos para acercar la cultura de gestión a los profesionales, buscando así una mayor implicación en el desarrollo de la Misión. Las últimas encuestas han evidenciado que los profesionales conocen la Misión, Visión y Valores así como la estrategia y proyectos.

## Plan de Responsabilidad Social

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

Existe un plan de actuaciones en materia de Responsabilidad Social consolidado y en constante revisión.

#### 13.1. Información adicional

Ver memoria RSA 2023 ([Memoria\\_Hospitalarias\\_zaragoza\\_2023-v4.pdf](http://hospitalariaszaragoza.es))

El Centro construye en 2014 su primera matriz de materialidad con el propósito de interpretar y priorizar los aspectos materiales clave para los Grupos de Interés (en los siguientes apartados de la Memoria se describen los canales habituales de interrelación del Centro con cada uno de ellos) y obtener así un listado que nos permita priorizar los proyectos e iniciativas relevantes para aquellos, en materia de Responsabilidad. Las conclusiones permiten priorizar las iniciativas de RS a desarrollar por el Centro y centrar la relevancia a la hora de informar sobre aquellas.

La metodología para la realización de la citada matriz de materialidad ha sido la siguiente:

1. Realización de un análisis P.E.S.T. en el que se recogen aquellos factores externos, agrupados según diferentes temáticas, y que dan lugar a presentes o futuras amenazas u oportunidades para la organización. Las temáticas contempladas en la reflexión P.E.S.T. analiza factores políticos, económicos, sociales, y tecnológicos.

2. Desarrollo de análisis externo por grupo de interés. Se identifican factores externos que dan lugar a amenazas u oportunidades para la organización. Los grupos de interés externos sobre los que se reflexiona son: usuarios, sociedad, aliados.

Para la realización del análisis externo, el Centro realiza de forma periódica encuestas de satisfacción y entrevistas focales a los grupos de interés usuarios y aliados (tanto

proveedores, como instituciones en representación de la sociedad). Las conclusiones de aquellas son parte fundamental del análisis externo que se realiza y por ende del análisis de materialidad.

3. Realización de análisis interno a través de nuestro grupo de interés colaboradores, igualmente mediante encuestas y entrevistas focales. En aquel se recogen aquellos factores, agrupados según los criterios del modelo EFQM, y que dan lugar a debilidades o fortalezas del Centro.

4. Planteamiento de análisis DAFO/CAME global con toda la información previa analizada. A partir del análisis final DAFO/CAME efectuado, se plantean las iniciativas a desarrollar por el Centro dentro del año en cuestión. Las iniciativas planteadas siguen el siguiente esquema, en línea con el Modelo CAME:

- a. Corregir debilidades
- b. Afrontar amenazas
- c. Mantener fortalezas
- d. Explorar oportunidades

5. Alineación de los aspectos e iniciativas derivadas del análisis DAFO/CAME con los contemplados en el lienzo del Modelo de Negocio CANVAS (propuesta de valor, relación con usuarios, actividades clave, etc.).

6. Análisis del impacto de cada iniciativa en el triple balance del Modelo GRI de sostenibilidad: impacto en los ámbitos económico, social y ambiental.

7. Identificación de proyectos asociados a cada iniciativa y análisis de impacto en base a los criterios EFQM adoptados por el Centro: proyectos responsables, proyectos innovadores, proyectos abiertos.

8. Análisis del impacto de cada iniciativa en el triple balance del Modelo GRI de sostenibilidad: impacto en los ámbitos económico, social y ambiental.

9. Identificación de proyectos asociados a cada iniciativa y análisis de impacto en base a los criterios EFQM adoptados por el Centro: proyectos responsables, proyectos innovadores, proyectos abiertos.

10. Cuadro de mando de RSC que nos permite seguir la evolución de los principales indicadores.

De tal metodología descrita surge nuestra matriz de materialidad. La de este año, constituye nuestra octava memoria RSA.

#### **14.- En caso de existir un plan de Responsabilidad Social o acciones concretas, ¿se establecieron los objetivos e indicadores de seguimiento?**

Se plantean objetivos e indicadores específicos, teniendo en cuenta otras variables como plan estratégico, situación general, tejido social y competencia, futuros requisitos legales, ?.

##### **14.1. Información adicional**

Ver memoria RSA 2023 ([Memoria\\_Hospitalarias\\_zaragoza\\_2023-v4.pdf](http://hospitalariaszaragoza.es))

Conocimiento de los grupos de interés para comprender sus necesidades y expectativas. Nuestra organización basa su actividad y gestión en valores éticos favorecedores del compromiso social ayudando a mejorar el ámbito económico, social y ambiental de su entorno en un contexto de diálogo con los grupos de interés del Centro, para ello se dispone de un proceso de relación con los GGII.

En nuestro Proyecto Hospitalario Integral, lo principal, son las personas son el centro de la vida y la tarea hospitalaria pues ellas forman la Comunidad Hospitalaria, de acuerdo a nuestro Marco de Identidad de la Institución.

El Diálogo con los grupos de interés se mantiene con los siguientes medios o actividades.

La política de relaciones con los GGII, se presenta como un diálogo participativo dentro de un espacio de corresponsabilidad, que ofrece la posibilidad de iniciar nuevos procesos y transformaciones, en el nivel más bajo posible, pero en el más alto necesario, para garantizar la sostenibilidad de la Obra Hospitalaria.

Nuestro modelo Hospitalario crea Valor Sostenible que mejora la experiencia global de los GGII a partir de sus necesidades y expectativas, en una constante comunicación y participación que se inspira en el conocimiento y contribución a los objetivos de desarrollo sostenible.

Alineado con el propósito, ?Reconocemos a los pacientes como protagonistas de una vida llena de sentido?.

Conocer qué información es relevante, qué actividad realizamos, qué equipos habilitamos y qué flujo de recursos generamos para priorizar aquello que tiene mayor incidencia en los resultados para prestar una atención basada en el valor.

Matriz de Materialidad: El Centro construye en 2014 su primera matriz de materialidad. La matriz de materialidad conjuga los aspectos relevantes para nuestros grupos de interés (aspectos materiales), con los proyectos que pretendemos desarrollar para generar valor. Adicionalmente, los proyectos que se integren con los aspectos materiales serán alineados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

A partir del cuadro de mando definido e implantado (2016) se realiza un seguimiento mensual en los comités asistenciales y de personas, así como en los Consejos de Dirección de la materialidad demandada y en base a tres criterios que justifican los cambios de proyecto dentro de nuestra BMM. Estos criterios determinan la tasa de reemplazo de los proyectos y son:

? Sostenibilidad, el proyecto sigue obteniendo resultados una vez finalizado.

? Expectativas, se han modificado las expectativas del grupo de interés al que generaba valor el proyecto.

? Innovación, se ha realizado la transferencia de la mejora a los procesos internos.

La evaluación se realiza mensualmente en los Consejos de Dirección y en los distintos comités o grupos de trabajo relacionados.

La mejora continua y la eficiencia en la gestión hace que los proyectos resilientes (innovadores) inclusivos (abiertos) sostenibles (responsables) representen nuestra experiencia de valor, nuestras buenas prácticas; son la base para la creación de valor, es un continuo.

## **CLIENTES**

### **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**

Ver memoria RSA 2023 ([Memoria\\_Hospitalarias\\_zaragoza\\_2023-v4.pdf](http://Memoria_Hospitalarias_zaragoza_2023-v4.pdf) (hospitalariaszaragoza.es))

Alineado con el propósito, ?Reconocemos a los pacientes como protagonistas de una vida llena de sentido?, la matriz de materialidad identifica los siguientes aspectos materiales del grupo de interés usuarios.

Desarrollamos proyectos específicos que dan respuesta a los aspectos materiales y que generan valor al impactar sobre los ODS. Así por ejemplo se tendría,

Garantizar la seguridad del paciente ODS 3

Garantizar la satisfacción del paciente ODS 4 Y 10

Garantizar la integración del paciente ODS 3 y 9

Doble Estigma. ODS 17 y 5

Garantizar la gestión del valor ODS 12 y 17.

?

En base a la materialidad previa y de acuerdo a la estrategia y como grupo de interés clave, la ?Voz del Paciente? y la ?Voz de las Familias? es incorporada a nuestro Plan de Gestión, al conocer sus expectativas y percepciones puede un Centro Resiliente (e Innovador) dirigir sus acciones hacia la mejora continua, en coherencia a la Matriz MC2 (Matriz del Cambio por el Conocimiento) estableciéndose el siguiente enfoque de gestión

Como Centro Inclusivo (Abierto), nuestro modelo de relación con los usuarios nos lleva a determinar las necesidades, expectativas y satisfacción (Voz) del este grupo clave de interés. De esta manera detectamos y desarrollar nuevos servicios que aporten valor para nuestros usuarios y familiares. Disponemos de distintos cauces para fomentar su participación y la comunicación.

La observación y trato diario con los usuarios que el auxiliar referente realiza permite adaptar las nuevas necesidades y expectativas a la realidad social y los cambios del ecosistema.

El Centro cuenta con el proceso La Voz del Paciente y Familias y el proceso PAI Periódicamente se realizan las encuestas adaptándolas según la información que queremos conseguir.

Las encuestas están diseñadas para determinar las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias en relación con el centro o los servicios e incluyen preguntas que abordan diversos aspectos de la cadena de valor y la experiencia ofrecida. Estas preguntas están diseñadas para recopilar información valiosa sobre cómo se percibe y experimenta el

servicio en diferentes etapas, con el objetivo de identificar áreas de mejora y optimización.

Los usuarios tienen acceso directo a los auxiliares referentes, para comunicarles cualquier necesidad o expectativa que consideren. Quincenalmente el auxiliar referente recoge la información y la incorpora al proceso PAI.

Anualmente se analizan los resultados de las encuestas y cuando se aprecia una posibilidad de mejora, se proponen los cambios para hacerla efectiva y solventar la necesidad o expectativa detectada.

Todos los resultados son presentados en el comité Asistencial, así como en el Comité de Rehabilitación si fuese preciso.

Cada usuario tiene un PAI revisa dos veces al año por el equipo responsable del mismo y por el usuario.

El proceso voz del paciente se evalúa, revisa y mejora anualmente. El proceso PAI se evalúa, revisa y mejora anualmente.

La política de relación con los usuarios y familiares se desarrolla de acuerdo al modelo asistencial Hospitalario. Se presenta como un diálogo participativo dentro de un espacio de corresponsabilidad, que ofrece la posibilidad de iniciar nuevos procesos y transformaciones, en el nivel más bajo posible, pero en el más alto necesario, para garantizar la sostenibilidad de la Obra Hospitalaria.

La experiencia de valor de las iniciativas de materialidad anteriores, medidas de acuerdo a los resultados de satisfacción e importancia, es utilizada para la creación de valor concretada en proyectos específicos cuyo resultado son las buenas prácticas que se incorporaran a la cartera de actividades que se incorporaran a los programas que servirán para mejorar las dimensiones de la calidad de vida de los usuarios determinadas en el PAI.

## **16. ¿Disponen de mecanismos para conocer la satisfacción de sus organismos financieradores y donantes?**

Sí, existe una metodología que se revisa periódicamente y permite incorporar la opinión de los organismos financieradores.

### **16.1. Información adicional**

Ver memoria RSA 2023 ([Memoria\\_Hospitalarias\\_zaragoza\\_2023-v4.pdf](http://hospitalariaszaragoza.es))

Construimos alianzas con Administraciones públicas, y otros organismos, con los que compartimos objetivos y motivación: ofrecer una atención integral de calidad a las personas que más lo necesitan para poder curarles, cuidarles y apoyarles en el desarrollo de sus proyectos.

La colaboración público-privada ha caracterizado a Hermanas Hospitalarias desde sus orígenes.

Desde entonces, el apoyo recibido de Administraciones públicas como aliados estratégicos ha resultado imprescindible para cumplir nuestra misión.

Prueba de ello es el elevado porcentaje de nuestros ingresos que proceden de fuentes públicas, tanto a nivel estatal como autonómico y local. También tienen un peso significativo

los ingresos provenientes de fuentes privadas, que suponen un 16% del total de ingresos anuales. Esta cifra recoge la parte correspondiente a compañías aseguradoras y mutuas del ámbito de la salud, que han mejorado e incrementado de forma destacada su oferta de servicios en los últimos años, apoyándose cada vez más en la aplicación de las nuevas tecnologías.

Las entidades bancarias, a través de su obra social contribuyen con muchos de nuestros proyectos: fomento de la autonomía de personas con discapacidad, cooperación internacional al desarrollo, personas mayores o inserción laboral, entre otros.

Igualmente, importante resulta el apoyo sostenido que recibimos de nuestros bienhechores, particulares y entidades comprometidos con los valores y el propósito de la Institución, parte esencial de nuestra Comunidad Hospitalaria.

?

Las entrevistas individuales con inversores y reguladores tienen ventajas significativas para mejorar la experiencia y la colaboración entre ambas partes.

Las entrevistas individuales ofrecen un espacio dedicado para la comunicación directa y sincera. Permiten abordar estos asuntos de manera más detallada y adaptada, lo que puede mejorar la satisfacción y la productividad de ambas partes. Fomenta la confianza y la transparencia, así como una mayor comprensión mutua. Esto facilita la discusión de temas específicos, la resolución de problemas y la alineación de expectativas.

Son una herramienta valiosa para construir y mantener relaciones sólidas y beneficiosas con inversores y reguladores. Fomentan la comunicación, la confianza y la colaboración efectiva, lo que a su vez puede conducir a un rendimiento y resultados superiores para ambas partes.

#### **SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS INVERSORES.**

Una alta satisfacción de los inversores puede contribuir a la fidelización, puede mejorar la reputación de la empresa, puede tener un acceso más amplio a fuentes de financiamiento. Una comunicación transparente y precisa con los inversores se correlaciona con una mayor satisfacción.

El mantenimiento de un historial detallado de la satisfacción de los inversores a lo largo del tiempo puede proporcionar indicaciones sobre cómo ciertas prácticas o políticas pueden influir en la satisfacción en el futuro.

#### **SATISFACCION CON LA IDENTIDAD**

Los inversores que se sienten alineados y satisfechos con la identidad y los valores del Centro porque les demuestra coherencia y transparencia mantienen su confianza a largo plazo.

Una comunicación consistente y auténtica sobre la identidad del Centro se correlaciona con una mayor satisfacción de los inversores.

El mantenimiento de un historial detallado de la satisfacción con la identidad del Centro a lo largo del tiempo proporciona indicaciones sobre cómo ciertas iniciativas o comunicaciones pueden influir en la satisfacción de los inversores en el futuro.

#### **SATISFACCION CON LA ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**

Una alta satisfacción con la organización y calidad del centro tiende a fidelizar a los inversores, alinea expectativas, reduce incertidumbres y genera confianza y credibilidad del Centro.

La implantación de prácticas de gestión de alta calidad puede correlacionarse con una mayor satisfacción.

El mantenimiento de un historial detallado de la satisfacción con la organización y calidad del centro a lo largo del tiempo proporciona indicaciones sobre cómo ciertas prácticas o políticas pueden influir en la satisfacción de los inversores en el futuro.

#### SATISFACCION CON LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL (CARTERA DE SERVICIOS)

La satisfacción de los inversores con la actividad asistencial del centro puede ser un indicador de la calidad de los servicios médicos y de atención proporcionados, influye en la reputación del centro, mejora la imagen y la credibilidad, proporciona seguridad y confianza y fideliza a los inversores de la institución.

Las mejoras en la atención se correlacionan con una mayor satisfacción de los inversores.

El mantenimiento de un historial detallado de la satisfacción con la actividad asistencial del centro a lo largo del tiempo puede proporcionar indicaciones sobre cómo ciertas prácticas o políticas pueden influir en la satisfacción de los inversores en el futuro.

#### SATISFACCION CON EL MODELO DE RELACIÓN CON COLABORADORES

Refleja una cultura organizacional saludable, sugiere un nivel de confianza y comunicación efectiva dentro de la organización, contribuye a la estabilidad y continuidad de la confianza, reduciendo la incertidumbre, así como a la mejora de la imagen y la credibilidad del Centro. La implementación de prácticas que fomenten una buena relación se correlaciona con una mayor satisfacción.

El mantenimiento de un historial detallado de la satisfacción con el modelo de relación con los colaboradores a lo largo del tiempo puede proporcionar indicaciones sobre cómo ciertas prácticas o políticas pueden influir en la satisfacción de los inversores en el futuro.

#### SATISFACCION CON EL MODELO DE ECONOMICO FINANCIERO

Un modelo financiero que cumple con las expectativas de los inversores al alinear sus expectativas, reduce la incertidumbre y la percepción de riesgo e incrementa la confianza fidelizando, por tanto a los inversores.

La implementación de prácticas financieras sólidas (plan de tesorería) se correlaciona con una mayor satisfacción de los inversores.

El mantenimiento de un historial detallado de la satisfacción con el modelo económico financiero a lo largo del tiempo puede proporcionar indicaciones sobre cómo ciertas prácticas o políticas pueden influir en la satisfacción de los inversores en el futuro.

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

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

#### **17.1. Información adicional**

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf (hospitalariaszaragoza.es))

Experiencia global de los usuarios y familiares.

Alineado con el propósito, ?Reconocemos a los pacientes como protagonistas de una vida llena de sentido?. El proceso de acogida y el proceso PAI se orientan a mejorar las

dimensiones de la calidad de vida de los usuarios a partir de programas y actividades. Estos programas y actividades son el resultado de la creación de valor para mejorar la experiencia global de los usuarios y así mejorar las dimensiones de la calidad de vida trabajadas.

La experiencia de valor de las iniciativas de materialidad anteriores, medidas de acuerdo a los resultados de satisfacción e importancia, es utilizada para la creación de valor concretada en proyectos específicos cuyo resultado son las buenas prácticas que se incorporaran a la cartera de actividades que se incorporaran a los programas que servirán para mejorar las dimensiones de la calidad de vida de los usuarios determinadas en el PAI.

El proceso Grupos de Interés es evaluado y revisado una vez al año para adaptarlo a las mejoras continuas.

El resto de procesos que participan en la experiencia global del usuario se revisan anualmente

? Proceso de Acogida. (Centro Inclusivo, Abierto).

? PAI (Programa de atención Individualizado). (Centro Resiliente, Innovador).

? Farmacia. (Centro Sostenible, Responsable).

? Seguridad de la Información. Garantiza la gestión de los riesgos de la seguridad de la información. (Centro Sostenible, Responsable).

? Canal de comunicación varios.

La Cartera de Servicios del Centro se adapta a dos épocas del año. El tiempo ordinario y el tiempo de verano (plan Verano). La experiencia Global nos permite detectar cambios en su experiencia, así como evaluar las mejoras que se han llevado a cabo y que se plasmarán en la Cartera de Servicios del Centro.

Grupos focales (Asambleas y grupo de portavoces).

La elección de los grupos focales (Asamblea y grupo de portavoces supone una metodología adecuada a las características de los pacientes del centro para identificar las posibles mejoras de servicio. Los grupos focales ofrecen un espacio donde las experiencias y perspectivas de los participantes pueden ser compartidas de manera más efectiva y profunda. Siempre se deben considerar las necesidades y capacidades individuales de los participantes.

Los grupos focales revelan tendencias y patrones inesperados que pueden no ser evidentes en una encuesta estructurada. A través de la interacción grupal, los grupos focales ayudan a generar nuevas ideas y teorías que quizás no habrían considerado de otra manera. En nuestro caso "la mejora de la calidad de la comida y el acceso a actividades que fomenten el desarrollo personal ha contribuido significativamente a la satisfacción y el bienestar de los pacientes.

Por eso se considera que los grupos focales pueden proporcionar orientación valiosa para la mejora de la experiencia de los pacientes.

## SATISFACCIÓN GLOBAL DE PACIENTES

Indicador clave para el centro, conocer la percepción de nuestros pacientes nos ayuda a poder ofrecerles una atención de calidad.

La actuación sobre las áreas peor valoradas de la atención brindada, mejora la satisfacción global.

Al utilizar esta información de manera efectiva, se mejoran los servicios y, se brinda una atención de mayor calidad a los pacientes.

#### SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA COMIDA

Nos ayuda a conocer el grado de cumplimiento la satisfacción de los usuarios con la comida y conocer sus necesidades para poder darles respuesta.

Se ha mejorado la coordinación con el proveedor de cocina

Permite mejorar la satisfacción de los pacientes

#### SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA ATENCIÓN SANITARIA

Nos ayuda a conocer la satisfacción de los usuarios con los profesionales y la atención que les brindan de acuerdo a esa necesidad expresada. (importancia y satisfacción)

Modelo de Atención Centrada en la persona.

Permite mejorar la satisfacción de los pacientes y adecuar la oferta formativa de los profesionales.

#### SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA

Nos ayuda a conocer la satisfacción de los usuarios con la intervención, el manejo de su enfermedad y las acciones tomadas

Existencia de una amplia cartera de actividades y específicamente las actividades realizadas dentro del Centro como el Plan de Verano, ha permitido mantener la satisfacción estable en el periodo de pandemia

Permite mejorar la satisfacción de los pacientes y adecuar la oferta de la cartera de actividades del centro

#### SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LAS INSTALACIONES

Nos ayuda a conocer la satisfacción de los usuarios con las instalaciones ya que es un aspecto crítico porque consideran el centro como su hogar.

La mejora de las instalaciones como consecuencia del Plan de inversiones

Permite mejorar la satisfacción de los pacientes.

#### SATISFACCIÓN DE LAS FAMILIAS

Indicador clave para el centro. Las familias participan del proceso terapéutico y por tanto son, al igual que los pacientes, destinatarios de las acciones del mismo.

El 2020 se instaura el protocolo de visitas familiares a consecuencia de la pandemia y ha sido actualizado actualmente, lo que ha supuesto acotar espacios y límite de tiempo para visitas familiares y para garantizar la seguridad de los pacientes.

Al utilizar esta información de manera efectiva, se mejoran los servicios y, se brinda una atención de mayor calidad a los pacientes

### 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 diferentes clientes/usuarios/beneficiarios y el sector de la actividad?

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**

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf (hospitalariaszaragoza.es))

### **NUEVAS NECESIDADES REQUIEREN DE SOLUCIONES INNOVADORAS. PROYECTO TEA**

Las características nucleares del Trastorno del Espectro Autista (TEA), como las dificultades en la comunicación e interacción social, actividades, intereses y conductas repetitivas, así como los problemas en el procesamiento sensorial, hacen que sea imprescindible crear entornos altamente estructurados que sean más accesibles cognitivamente y que fomenten aspectos comunicativos.

Objetivos:

- ? Fomentar el desarrollo personal a través de la promoción de sus capacidades y proporcionar los apoyos necesarios para lograrlo.
- ? Proporcionar bienestar emocional, potenciando el sentimiento de seguridad a través de actividades que responden a las preferencias del paciente.
- ? Promover, mantener y mejorar las habilidades cognitivas y motoras.
- ? Potenciar las relaciones interpersonales con compañeros, el personal y miembros de la comunidad, en un contexto favorable.
- ? Promover la inclusión social a través del uso de recursos comunitarios y la participación en entornos normalizados e integrados.

Se dispone de sistemáticas formalizadas (vigilancia tecnológica) para la integración de innovaciones y tecnología que contempla la identificación, priorización y evaluación del impacto de la tecnología en el funcionamiento actual y en el futuro, con evaluaciones esporádicas de tecnologías alternativas y emergentes. Uso extensivo y transversal de la tecnología en la organización tanto en las operaciones como en la gestión. Incipiente uso de la tecnología en apoyo de la creatividad e innovación

### **PGP ANALITICS**

El proyecto busca mejorar la experiencia del usuario a partir de la aplicación de la analítica de datos a la gestión de los programas de atención.

Estos programas dan respuesta a las necesidades de personas con enfermedad mental grave, personas con trastorno del espectro por autismo grave y discapacidad intelectual asociada con trastornos severos de conducta, así como a las necesidades que el envejecimiento ocasiona en las personas con discapacidad intelectual con trastornos severos de conducta y en aquellas personas que padecen una enfermedad mental grave.

PGP Analytics sistematiza la identificación y cuantificación de la contribución de los programas a los resultados, proporcionando un enfoque multidimensional en las mejoras que en la calidad de vida consiguen los programas, proporcionado una atención basada en el valor.

Se personalizan las acciones desarrolladas, adecuándolas a las características de las personas y se crea una cultura de capacitación con alto valor añadido para la sociedad.

Se adecuan los recursos a las necesidades de las personas y supone una herramienta fundamental para la planificación estratégica y para la toma de decisiones.

El proyecto proporciona un instrumento que a modo de cuadro de mando, permite potenciar los factores claves de éxito facilitando alternativas de gestión de los programas. Establece un modelo predictivo basado en la analítica de datos en el proceso de gestión de las necesidades de las personas vulnerables y establece un modelo prescriptivo que dota de los apoyos necesarios a las mismas.

## Calidad de los productos y servicios

### 19.- ¿Cómo realiza su entidad la puesta a disposición del producto o servicio?

Se evalúa la eficiencia de los aspectos socialmente responsables del proceso productivo o de prestación del servicio, y se informa al cliente de los impactos sociales y/o ambientales.

#### 19.1. Información adicional

Ver memoria RSA 2023 ([Memoria\\_Hospitalarias\\_zaragoza\\_2023-v4.pdf](http://hospitalariaszaragoza.es))

El uso de herramientas cualitativas y cuantitativas de investigación de mercado y del entorno, así como para la captación de necesidades y expectativas de los clientes por segmento, nos permite incluir mecanismos para incluir mecanismos para la implicación de los grupos de interés en el proceso.

En 2015 se establece un Modelo asistencial educativo con un grupo de trabajo formado por directivos de los centros de la Institución Hermanas Hospitalarias en el que participan dirección médica y técnica del centro. Este trabajo se basó en el Marco de Identidad, en documentos nacionales e internacionales de modelos asistenciales y se distribuyó a profesionales para su revisión.

Se han constituido comisiones asistenciales en las distintas líneas asistenciales (salud mental, discapacidad) y a raíz de su trabajo se editan documentos y recomendaciones que están basadas en este modelo.

Alineado con el propósito, ?Reconocemos a los pacientes como protagonistas de una vida llena de sentido?, la matriz de materialidad identifica los siguientes aspectos materiales de los grupos de interés del Centro

El plan #024 permite la adaptación de la oferta a la materialidad demandada en términos cualitativos, consolidando el auténtico factor clave de éxito: el qué.

Conocer qué información es relevante, qué actividad realizamos, qué equipos habilitamos y qué flujo de recursos generamos para priorizar aquello que tiene mayor incidencia en los resultados para prestar una atención basada en el valor.

La Gestión activa y responsable de la cartera de servicios, nos permite un diseño de las prestaciones que se basa en los Proyectos Asistenciales, surgidos de los requerimientos de las AAPP reflejados en sus Planes Estratégicos y Pliegos de Condiciones Técnicas. Se integra el conocimiento científico y la opinión de expertos, las necesidades de usuarios y familias, junto al modelo propio expresado en el Modelo Asistencial y Educativo.

Se ha participado en el diseño de planes estratégicos de las AAPP (Plan de Salud Mental 2018-2020).

La atención en cada dispositivo está procedimentada en sus diferentes fases y se han

establecido mecanismos para la revisión y control continuado de las distintas prestaciones. Además, existen otros procesos clave, transversales a toda la actividad, como son la pastoral y atención espiritual y religiosa (PAER) que garantiza que se cubran las necesidades espirituales de los usuarios. La integración del voluntariado, enriquece la experiencia de los usuarios en el centro.

En todas las áreas se cuenta con protocolos de acogida, evaluación y diseño del plan individualizado (PAI), intervención y seguimiento específicos de las distintas tipologías. La aplicación concreta de cada uno de estos procedimientos es revisada por los equipos interdisciplinares, los usuarios y familias a través de las jornadas de reflexión.

Con el fin de controlar el desempeño adecuado de los procesos, se cuenta con un conjunto de indicadores que miden cada una de las fases del proceso de atención, así como la satisfacción global con la atención. Estos indicadores son revisados y permiten formular objetivos anuales en las distintas áreas.

Los procesos asistenciales que forman parte de la cartera de servicios, se complementan enriqueciéndose con la actividad que se deriva de las comisiones y grupos de trabajo como lucha contra el estigma, mujer y género, seguridad del usuario etc.

La evaluación de la aplicación del modelo se realiza mensualmente en el comité asistencial y en el Consejo de Dirección a partir del seguimiento de los objetivos del Plan de Gestión.

Se dispone de un sistema de gestión de riesgos para la seguridad del paciente acreditado en 2022

Los riesgos en materia de seguridad del usuario son comunicados a través de una aplicación y son analizados en la Comisión de seguridad del paciente. Estos riesgos se integran en el modelo establecido en el mapa de riesgos y se definen unos indicadores clave en el CMI.

Se analizan las notificaciones de incidencias de seguridad detectadas por cualquier profesional del centro y como resultado se ponen en marcha acciones de mejora.

La formación en este ámbito se realiza de forma continua para todos los colaboradores en nivel básico y avanzado.

Hay procedimientos para garantizar la participación multidisciplinar del personal en la revisión y definición de las programaciones que se deben llevar a cabo con los usuarios.

Se dispone de objetivos e indicadores asociados a estándares de cumplimiento. Se sigue trimestralmente, por medio de un cuadro de mando, la evolución de indicadores relacionados con los usuarios.

La comisión de Seguridad del Paciente se reúne al menos trimestralmente para revisar las incidencias de seguridad (aplicativo anónimo donde se trasladan las incidencias de seguridad del paciente). De ello se desprenden acciones de mejora y seguimiento que quedan reflejadas en el archivo de seguimiento de incidentes.

Se envía un resumen de las acciones tomadas y son analizadas en el comité Asistencial y en el consejo de Dirección.

En los últimos años se han implantado mejoras para potenciar la seguridad del paciente.

En julio de 2023 se pasa satisfactoriamente el primer seguimiento de la certificación por AENOR de nuestro sistema de gestión de riesgos para la seguridad del paciente.

Nuestro compromiso con la calidad técnica y la seguridad de las intervenciones se explicita en nuestro modelo de gestión por procesos, con un ajuste total a vías clínicas y protocolos de actuación; garantizamos así la seguridad de los pacientes incluida la referida a seguridad de la información y de acuerdo a los requerimientos del nuevo RGPD, a lo largo de todo el ciclo de su estancia, desde la acogida hasta el alta hospitalaria.

Reseñar que no se han producido reclamaciones de aquellos relativas a datos sensibles, la mejora continua del ciclo se traduce en actualizaciones de aquellos, promovidas por los responsables y equipos técnicos de los procesos.

Tampoco constan sobre publicidad o información lanzada al mercado relativa a nuestros servicios. Igualmente, y dado que operamos un sector en el que existe una alta regulación normativa del mismo, tanto autonómica (p.e. a través de los acuerdos marco) como estatal (Ley del Medicamento, p.e.), a las que nos ajustamos 100%, hacen que todos nuestros servicios asistenciales prestados no puedan ser nunca calificables como prohibidos o en litigio.

## **20.- ¿Cuáles son las características del sistema de evaluación y seguimiento de los servicios/productos de su organización?**

Disponemos de un proceso normalizado de evaluación integral y proactiva en el que la organización mide su impacto social y se plantea objetivos en un sistema de mejora continua.

### **20.1. Información adicional**

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf (hospitalariaszaragoza.es))

En base a la materialidad previa y de acuerdo a la estrategia del Centro enfocada en el Plan de Gestión se concretan las actuaciones que dan respuesta a los aspectos materiales del grupo de interés usuarios, ofreciendo igualmente los datos resultantes de las mismas.

Como grupo de interés clave, la Voz del Paciente y la Voz de las Familias es incorporada a nuestro Plan de Gestión, pues solo conociendo directamente sus expectativas y percepciones puede un Centro Innovador dirigir sus acciones hacia la mejora continua, en coherencia a la Matriz MC2 (Matriz del Cambio por el Conocimiento). Escuchando su Voz hemos identificado los aspectos materiales del grupo de interés usuarios y en base a los mismos se ha establecido el siguiente enfoque de gestión.

El cuadro de mando que permite realizar un seguimiento del Plan de RSC del Centro en base a tres criterios que justifican los cambios de proyecto dentro de nuestra BMM. Estos criterios determinan la tasa de reemplazo de los proyectos y son:

- 1.- Sostenibilidad, el proyecto sigue obteniendo resultados una vez finalizado.
- 2.- Expectativas, se han modificado las expectativas del grupo de interés al que generaba valor el proyecto.
- 3.- Innovación, se ha realizado la transferencia de la mejora a los procesos internos.

La mejora continua y la eficiencia en la gestión hace que los proyectos sostenibles y los innovadores representen nuestra experiencia de valor, nuestras buenas prácticas; son la

base para la creación de valor, es un continuo. Es un proceso para conseguir la Cultura de Excelencia.

Las conclusiones permiten priorizar las iniciativas de RSE a desarrollar por el Centro y centrar la relevancia a la hora de informar sobre aquellas.

## **Transparencia informativa sobre el producto o servicio**

### **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**

Ver Memoria RSA ([www.hospitalariaszaragoza.es](http://www.hospitalariaszaragoza.es))

##### **PROCESOS**

Dan respuesta en dicho orden a los aspectos materiales citados por los usuarios y aportan valor al grupo de interés pacientes son:

- Proceso de Acogida.

Nos permite mantener una actitud de apertura (Centro Abierto) a la realidad de cada caso, valorando la necesidad concreta de atención, la efectividad del proceso asistencial que puede aplicarse en base a los resultados esperados.

- PAI (Plan de atención individualizado).

Proceso personalizado en coherencia con nuestro Valor de Salud Integral y que permite el seguimiento individualizado del paciente retroalimentar de forma continua la mejora (Centro Innovador).

-Intervenciones.

Ejecución de actuaciones individualizadas de conformidad a nuestro Modelo MACPerson (Modelo de Atención Centrado en la Persona), enmarcado en el Modelo Asistencial y Educativo de la Institución.

En coherencia al desarrollo de tales líneas estratégicas del Plan de Gestión, se traza nuestra Cartera de servicios.

Como Centro Responsable, nuestro compromiso con la calidad técnica y la seguridad de las intervenciones se explicita en nuestro modelo de gestión por procesos, con un ajuste total a vías clínicas y protocolos de actuación; garantizamos así la seguridad de los pacientes incluida la referida a seguridad de la información y de acuerdo a los requerimientos de la LOPD, a lo largo de todo el ciclo de su estancia entre nosotros, desde la acogida hasta el alta hospitalaria. Reseñar que no se han producido reclamaciones de aquellos relativas a datos sensibles. Como Centro Innovador, la mejora continua del ciclo se traduce en actualizaciones de aquellos, promovidas por los responsables y equipos técnicos de los procesos.

Evaluamos cada proceso y resolvemos las cuestiones de inter-fase que surgen a fin de gestionar de modo eficaz de principio a fin nuestra cadena de valor. Constatamos la inexistencia de incidentes en la prestación de nuestros servicios o por la información ofrecida sobre los mismos a los usuarios y a la sociedad. No constan multas o sanciones al respecto, durante este período.

Tampoco constan sobre publicidad o información lanzada al mercado relativa a nuestros servicios. Igualmente, y dado que operamos un sector en el que existe una alta regulación normativa del mismo, tanto autonómica (p.e. a través de los acuerdos marco) como estatal (Ley del Medicamento, p.e.), a las que nos ajustamos 100%, hacen que todos nuestros servicios asistenciales prestados no puedan ser nunca calificables como prohibidos o en litigio.

La propuesta de valor del Centro es intentar que todo sea escuela de Hospitalidad. Nuestro modelo de gestión explica la identidad del Proyecto Hospitalario en la realidad de la obra Hospitalaria, incorporando los elementos identificadores a todos los niveles del Centro. Todo ello se asienta en la Centralidad de la Persona Atendida. Desde 2014 nuestra forma de prestar la actividad se articula a través del Modelo Asistencial y Educativo y desde 2018 en la Asistencia en Hermanas Hospitalarias. Las premisas irrenunciables de nuestro modelo son:

?Defensa de la dignidad

?Atención a la persona en su integridad

\*Inserción en la comunidad

Disponemos del documento Cartera de Servicios a través del cual informamos públicamente a los ciudadanos sobre los servicios que prestamos. Toda esta información es promocionada igualmente a través de nuestra web corporativa ([www.hospitalariaszaragoza.es](http://www.hospitalariaszaragoza.es)). Los contenidos se desarrollan en una cartera de servicios que contiene:

?Quienes somos

?Líneas de actividad

?Modelo de Atención

?Valores Hospitalarios

?Servicios y Horarios

?Creación de Valor

?Programas

La Cartera de Servicios se traza en coherencia con nuestra política y estrategia basada en la Salud Mental Comunitaria, apostando por la integración en el entorno social, familiar y la lucha contra el estigma de la enfermedad mental.

La distribución de nuestros servicios asistenciales, abarcan diversas modalidades terapéuticas, con una planificación, que responde al modelo de Maslow, recogida en una plantilla de actividades diaria y por unidades asistenciales.

La experiencia y especialización progresiva de los profesionales permite la adaptación a la creciente demanda sanitaria ligada al incremento del nivel de vida de la ciudadanía, adopción de ?nuevos modelos de gestión?, o la coordinación con los servicios sociales que tienden a intensificarse.

En cuanto a los servicios nos encontramos con una triple oferta:

- ? salud mental
- ? discapacidad intelectual
- ? psicogeriatría

Esta cartera de servicios ha sido difundida por medios telemáticos (Web y Redes Sociales) y desde el propio Centro, mediante una guía (a través de un proyecto conjunto con Grupo Piquer aliado) que difunden los contenidos de la misma y de nuestro propio programa de radiofónico Abejar Radio.

El Centro establece estrategias para promocionar los servicios entre los clientes y otros grupos de interés (página web, otros medios en internet, medios informativos, congresos, publicaciones científicas, de forma directa en el propio centro, cartera de servicios?). Estas estrategias se despliegan a través Plan de Comunicación, donde hemos definido los objetivos específicos de comunicación externa: fortalecernos, posicionarnos, diferenciarnos, concienciar.

#### **GRUPO DE INTERÉS /MEDIOS**

Pacientes y familias: Web, RR. SS, medios informativos, cartera de servicios, cartelería, carta

Aliados: Web, medios informativos, memorias

Sociedad: Web, RR. SS, medios informativos

Profesionales: Web, RR. SS, comunicación interna, cartera de servicios

Aunque buena parte de las actuaciones son planificadas en nuestro plan de comunicación externa, en otros casos algunas de las estrategias de marketing han pasado por convertir al Centro en un referente. Por ejemplo, en el caso de la esquizofrenia refractaria, la discapacidad intelectual con alteraciones conductuales, el deporte inclusivo y la excelencia en la gestión.

Evaluamos cada proceso y resolvemos las cuestiones de inter-fase que surgen a fin de gestionar de modo eficaz de principio a fin nuestra cadena de valor. Constatamos la inexistencia de incidentes en la prestación de nuestros servicios o por la información ofrecida sobre los mismos a los usuarios y a la sociedad. No constan multas o sanciones al respecto, durante este período.

Tampoco constan sobre publicidad o información lanzada al mercado relativa a nuestros servicios. Igualmente, y dado que operamos un sector en el que existe una alta regulación normativa del mismo, tanto autonómica (p.e. a través de los acuerdos marco) como estatal (Ley del Medicamento, p.e.), a las que nos ajustamos 100%, hacen que todos nuestros servicios asistenciales prestados no puedan ser nunca calificables como ?prohibidos o en litigio?.

Sistema de verificación de medicamentos: El 9 de Febrero de 2019 entró en vigor en España el Reglamento Delegado 2016/161 de 2 de octubre de 2015 que modifica la Directiva 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011 y establece disposiciones detalladas relativas a los dispositivos de seguridad que deben figurar en los envases de los medicamentos de uso humano. El Centro, cumple dicho reglamento.

#### **PERSONAS EMPLEADAS**

## Satisfacción de las personas empleadas

### 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

Ver memoria RSA 2023 ([Memoria\\_Hospitalarias\\_zaragoza\\_2023-v4.pdf](http://hospitalariaszaragoza.es))

El Centro en su modelo Hospitalario, de relación con los Colaboradores obtiene la información de las necesidades, demandas y sugerencias buscando añadir valor en cada acción realizada, comprendiendo, anticipando y satisfaciendo necesidades, expectativas y oportunidades.

El Centro mantiene un diálogo con los Colaboradores con distintos medios y actividades, y dispone de un procedimiento (Voz de Clima Laboral) con el que se recoge de forma sistematizada la voz del Colaborador.

Cada dos años se realiza la encuesta de clima laboral. La encuesta está diseñada para determinar las necesidades y expectativas de los Colaboradores en su relación con el centro o los servicios. Se incluyen preguntas que abordan diversos aspectos de la cadena de valor y la experiencia ofrecida.

Estas preguntas están diseñadas para recopilar información valiosa sobre cómo se percibe y experimenta el Centro o los servicios, con el objetivo de identificar áreas de mejora y optimización.

Además, los colaboradores tienen acceso directo tanto a sus responsables funcionales como a los responsables orgánicos, para comunicarles cualquier necesidad o expectativa que consideren.

Como consecuencia de los resultados obtenidos en la encuesta de clima realizada en el año 2021 se estableció el Plan de Acción para las Encuestas de Satisfacción (PAES) para corregir las dimensiones peor valoradas: organización y planificación, seguridad motivación y reconocimiento, formación y desarrollo.

En el año 2023 se ha establecido el Plan para la mejora del clima laboral de una manera Responsable, Inclusiva y Sostenible (PACA)

El seguimiento de estos planes se realiza mensualmente, se analizan los resultados de las acciones implantadas y cuando se aprecia una posibilidad de mejora, se proponen los cambios para hacerla efectiva y solventar la necesidad o expectativa detectada.

En esa misma línea también disponemos de encuestas de satisfacción de voluntarios.

?

#### ACCIONES IMPLEMENTADAS

##### Organización

Acuerdo personal de enfermería. Debido a la escasez de profesionales de este colectivo, desde la dirección del Centro, se ha trabajado en planificar la cobertura del servicio y la actualización de tareas potenciando las tareas operativas.

Reorganización de los descansos. Ha permitido la programación del tiempo necesario para el desarrollo de las tareas.

Modificación de los horarios de comidas para el personal de fines de semana y festivos de 12 horas. Esto ha permitido estructurar y distribuir las tareas en fin de semana de manera más equilibrada.

#### Incorporaciones

Dos TCAEs como refuerzo para los turnos de mañana y tarde. Esto ha permitido programar el trabajo y el tiempo necesario para su desarrollo.

Dos TCAEs en Unidad F debido a la detección de nuevas necesidades para pacientes TEA, permitiendo estructurar y distribuir las tareas de manera más equilibrada y con el tiempo necesario para desarrollarlas.

Consolidación de dos peones para el transporte de carros de comida y lavandería, tareas que desarrollaba el perfil TCAE. De este modo, los tiempos asignados para la realización de tareas operativas para el perfil TCAE se amplía.

Consolidación de una persona para servicios generales. Encargado de reponer y contabilizar stock, tareas que realizaba el perfil TCAE. De este modo se han podido restructuring tareas de manera más equilibrada.

Consolidación de un integrador social. para la atención de pacientes del Programa de Pacientes Complejos (PPC). Permitiendo que los tiempos asignados para realización de tareas de otros perfiles profesionales sean mayores.

Médico Psiquiatra: Se incorpora un nuevo médico psiquiatra para reforzar el área médica. De este modo se distribuyen las tareas de manera más equilibrada entre el perfil Psiquiatra.

#### Formación/Soporte

Formación en bienestar emocional. A lo largo del año 2023 se han realizado un total de 10 acciones formativas encaminadas a mejorar el bienestar emocional de los profesionales.

Programa Coach. Se incorpora en el mes de abril una coach para apoyar al personal auxiliar de enfermería. Es voluntario. Llegan a participar un total de 16 personas. Con cuatro sesiones presenciales, en el centro, cada una de ellas.

Se ha dado soporte a los mandos intermedios (coordinadores área) en el mes de octubre. Participando un total de tres.

Resto de mandos y personas clave para el año 2024.

Formación en Administración Segura del Medicamento. para el perfil TCAE.

Formación en Prevención del Atragantamiento y Sistema Lifevac.

#### Formación en contención mecánica

##### Experiencia global de los Colaboradores.

Alineado con el propósito, Reconocemos a los pacientes como protagonistas de una vida llena de sentido.

La integración de manera adecuada, del proceso de relación con los colaboradores y el proceso gestión del conocimiento contribuye a la creación de valor y a la configuración de buenas prácticas, mejorando así la experiencia global de los colaboradores.

La experiencia de valor de las iniciativas de materialidad anteriores, medidas de acuerdo a

los resultados de satisfacción e importancia, es utilizada para la creación de valor concretada en proyectos, planes y actividades específicos que se articulan para corregir las dimensiones peor valoradas: organización y planificación, motivación y reconocimiento, formación y desarrollo y cuyo resultado son las buenas prácticas que se incorporaran a las políticas de gestión de personas para mejorar la oferta de valor para los Colaboradores.

La creación de valor a través de la mejora de la experiencia de los colaboradores nos permite lograr una cultura empresarial más sólida, retener talento clave y aumentar su capacidad de adaptación a los cambios.

De esta manera desarrollamos el modelo hospitalario de relación con los colaboradores, aportando valor y garantizando la sostenibilidad relacional.

La evaluación de la oferta de Valor que el Centro realiza en su modelo de relación con los colaboradores se realiza mensualmente en el comité de personas y en el Consejo de Dirección.

La experiencia Global nos permite detectar cambios en su experiencia, así como evaluar las mejoras que se han llevado a cabo y que se plasmarán en la oferta de Valor que el Centro realiza garantizando la sostenibilidad relacional.

La revisión se realiza en dos épocas del año, en tiempo ordinario de acuerdo al plan de gestión y el tiempo de verano (plan Verano).

El proceso Grupos de Interés es evaluado y revisado una vez al año para adaptarlo a las mejoras continuas.

El resto de procesos que participan en la experiencia global del colaborador se revisan anualmente

Proceso de Gestión del Conocimiento. (Centro Inclusivo, Abierto).

Proceso de relación con los Colaboradores. (Centro Resiliente, Innovador). (Centro Sostenible, Responsable)

## Igualdad de oportunidades y no discriminación

**23.- ¿Cómo se garantiza en su organización 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, cultura...)?**

La organización se ha comprometido con los 10 principios de la Carta de la Diversidad (o similar) y realiza una gestión activa de la diversidad, con planes específicos que se comunican, implantan y evalúan, analizando su impacto en las personas.

### 23.1. Información adicional.

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf (hospitalariaszaragoza.es))

Dar respuesta a la situación de abandono sanitario y exclusión social de las mujeres con enfermedad mental fue el propósito con el que se fundó Hermanas Hospitalarias en el año 1881. Hoy, esta perspectiva de género continúa vertebrando cada uno de los proyectos e iniciativas que llevamos a cabo.

La igualdad de trato y oportunidades entre hombres y mujeres continúa siendo un reto pendiente de la sociedad, situación que se agrava en el caso de mujeres que padecen

enfermedad mental y/o discapacidad psíquica o intelectual. Llevamos a cabo proyectos de lucha contra el doble estigma que sufren estas mujeres a la hora de desarrollar su propio proyecto vital.

Como señala nuestro Código de conducta, ?En la Obra hospitalaria hay igualdad de trato, sin discriminación por razón de raza, género, edad, credo, orientación sexual, estado civil, capacidad diferenciada, condición social, orientación política u opiniones de otra naturaleza, o nacionalidad, o cualquier otra circunstancia similar (?) se establece la igualdad de oportunidades en el ámbito profesional y en los diferentes procesos: ingreso, ascenso y evaluación.

Este compromiso, fuerte y continuista con la integración de criterios de no discriminación por razón de sexo, tanto directa como indirecta, en nuestra gestión interna y en las políticas y procedimientos que se aprueban, nos lleva a la implantación de instrumentos transversales efectivos como Planes de igualdad (Plan de Igualdad (hospitalariaszaragoza.es) o Protocolos de acoso laboral

Somos especialmente sensibles a la mejora de su calidad de vida laboral y al pleno respeto a sus derechos, como la Igualdad entre mujeres y hombres como Principio jurídico Universal reconocido en diversos textos internacionales sobre Derechos Humanos.

## **Corresponsabilidad en los cuidados y 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?**

Se desarrolla un Plan de Conciliación y Corresponsabilidad con objetivos, medidas, indicadores y evaluación periódica que se comunica a todos los trabajadores.

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

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf (hospitalariaszaragoza.es)

Hermanas y colaboradores, en misión compartida y siempre al servicio de las personas atendidas, ponen en práctica en su labor diaria el estilo hospitalario, caracterizado por su alta preparación técnica y humanidad

Plan concilia resultado de la organización y planificación que se hace de la jornada en el centro, permite disfrutar de 17 días festivos más, con un impacto económico 200.000?. Este plan Concilia se recoge en el Plan de Igualdad del Centro (Plan de Igualdad (hospitalariaszaragoza.es)).

La elección de esos 17 días se realiza en dos momentos del año y el proceso se articula de forma libre y transparente y es conocido por los representantes legales de los trabajadores. Conciliación familiar especial verano. Para facilitar la conciliación de la vida personal, se facilita durante el periodo estival que los trabajadores de tarde puedan hacerlo en turno de mañana.

## **PERFIL DE LA PLANTILLA**

El 100% de la plantilla está cubierta por el convenio de ?Establecimientos sanitarios de hospitalización y asistencia privada de Aragón?. Como Centro inclusivo se ha contratado

para los servicios externalizados con una empresa de inserción laboral. De media interanual el porcentaje de mujeres en el Centro es del 70%. Véase Plan de Igualdad). Esta representación en los órganos de gobierno supone el 75%.

Alineado con el propósito, ?Reconocemos a los pacientes como protagonistas de una vida llena de sentido?.

La integración de manera adecuada, del proceso de relación con los colaboradores y el proceso gestión del conocimiento contribuye a la creación de valor y a la configuración de buenas prácticas, mejorando así la experiencia global de los colaboradores.

La experiencia de valor de las iniciativas de materialidad anteriores, medidas de acuerdo a los resultados de satisfacción e importancia, es utilizada para la creación de valor concretada en proyectos, planes y actividades específicos que se articulan para corregir las dimensiones peor valoradas: organización y planificación, motivación y reconocimiento, formación y desarrollo y cuyo resultado son las buenas prácticas que se incorporaran a las políticas de gestión de personas para mejorar la oferta de valor para los Colaboradores.

La creación de valor a través de la mejora de la experiencia de los colaboradores nos permite lograr una cultura empresarial más sólida, retener talento clave y aumentar su capacidad de adaptación a los cambios.

De esta manera desarrollamos el modelo hospitalario de relación con los colaboradores, aportando valor y garantizando la sostenibilidad relacional.

La evaluación de la oferta de Valor que el Centro realiza en su modelo de relación con los colaboradores se realiza mensualmente en el comité de personas y en el Consejo de Dirección.

La experiencia Global nos permite detectar cambios en su experiencia, así como evaluar las mejoras que se han llevado a cabo y que se plasmarán en la oferta de Valor que el Centro realiza garantizando la sostenibilidad relacional.

La revisión se realiza en dos épocas del año, en tiempo ordinario de acuerdo al plan de gestión y el tiempo de verano (plan Verano).

El proceso Grupos de Interés es evaluado y revisado una vez al año para adaptarlo a las mejoras continuas.

El resto de procesos que participan en la experiencia global del colaborador se revisan anualmente

- Proceso de Gestión del Conocimiento. (Centro Inclusivo, Abierto).
- Proceso de relación con los Colaboradores. (Centro Resiliente, Innovador). (Centro Sostenible, Responsable).

## Formación y desarrollo profesional

### 25.- ¿Cómo gestiona su organización las necesidades de formación de las personas empleadas y voluntarias?

Existe un Plan de Formación Anual que planifica todas las acciones formativas y en cuyo proceso de elaboración participa toda la plantilla y voluntariado planteando sus necesidades y propuestas formativas.

#### 25.1. Información adicional.

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf)  
(hospitalariaszaragoza.es)

Alineado con el propósito, ?Reconocemos a los pacientes como protagonistas de una vida llena de sentido?, consideramos Colaboradores del Centro a todas aquellas personas que trabajan en nuestra Obra y están al servicio de los destinatarios de la misión. Son nuestro principal activo para transmitir nuestra misión, valores e identidad.

La matriz de materialidad identifica los siguientes aspectos materiales del grupo de interés Colaboradores. Así por ejemplo para el año 2023 se tendría:

Condiciones laborales seguras

Satisfacemos las expectativas profesionales

Implicamos a los profesionales en los procesos Generamos experiencias de valor para los GCI.

Desarrollando proyectos específicos que dan respuesta a los aspectos materiales y que generan valor al impactar sobre los ODS. Así por ejemplo para el año 2023 se tendría,

Garantizar la seguridad del trabajador ODS 8

Garantizar la satisfacción del trabajador ODS 16

Garantizar la integración del trabajador ODS 4

Doble Estigma. ODS 17 y 5

Garantizar la gestión del valor ODS 12 y 17.

En base a la materialidad previa y de acuerdo a la estrategia y como grupo de interés clave, la ?Voz del Colaborador? es incorporada a nuestro Plan de Gestión, al conocer sus expectativas y percepciones puede un Centro Resiliente (e Innovador) dirigir sus acciones hacia la mejora continua, en coherencia a la Matriz MC2 (Matriz del Cambio por el Conocimiento)

Los principales objetivos específicos que se desarrollan en el Plan de Gestión que responden a la materialidad de los Colaboradores son:

Evaluar la oferta del proyecto hospitalario frente a las necesidades actuales.

Impulsar el liderazgo y corresponsabilidad de mandos intermedios y puesto clave.

Impulsar políticas activas de mejora de la productividad manteniendo la calidad, escuchando a los Mandos Intermedios y Puestos Clave del Centro.

Desplegar la formación en identidad a nivel provincial y local en todos los niveles de la Institución.

Sistematizar el seguimiento de la implantación de los valores hospitalarios en todos los ámbitos de gestión.?

Los principales PROCESOS que dan respuesta a los aspectos materiales citados por los Colaboradores y aportan valor al grupo de interés son:

- Gestión del Conocimiento. Establece la sistemática de detección de necesidades formativas, priorización de las mismas y aprobación del plan anual de formación para que los profesionales dispongan de una oferta formativa adecuada a sus necesidades y a las del Centro.

- Relación con Colaboradores, con los siguientes subprocesos de gestión de personal: Proceso de Administración. Seguridad. Organización y Planificación. (Centro Sostenible, Responsable).

- Proceso de Desarrollo. Satisfacción. Motivación y Reconocimiento. (Centro Resiliente, Innovador)
- Integración. Integración Formación y Desarrollo. (Centro Inclusivo, Abierto)

Garantizamos la formación continua de nuestros colaboradores gracias a una importante inversión anual que nos permite cumplir dos objetivos:

1. Dar respuesta a la exigencia de actualización constante de conocimientos que caracteriza al sector socio sanitario.

2. Mantener el alto nivel de especialización y cualificación de nuestros profesionales.

El Plan de Formación Anual del Centro facilita contenidos actualizados, tanto de formación técnica-asistencial, de seguridad y salud o de habilidades profesionales en general. En 2023 se han desarrollado 85 acciones formativas, que han supuesto 1973 horas de formación presencial y 1949 horas de formación ?on line?

Cada año, hacemos seguimiento del cumplimiento del calendario formativo planificado, así como un análisis del grado de satisfacción de los colaboradores con la formación recibida, en función de la adecuación de esta a su puesto de trabajo y a sus conocimientos previos.

## **26.- ¿Cómo se gestiona el desarrollo de las personas en su organización?**

La organización cuenta con un modelo de evaluación de desempeño que incluye el desarrollo de las personas en base a competencias.

### **26.1. Información adicional.**

Ver memoria RSA 2023 ([Memoria\\_Hospitalarias\\_zaragoza\\_2023-v4.pdf](http://hospitalariaszaragoza.es))

Alineado con el propósito, Reconocemos a los pacientes como protagonistas de una vida llena de sentido?, consideramos Colaboradores del Centro a todas aquellas personas que trabajan en nuestra Obra y están al servicio de los destinatarios de la misión. Son nuestro principal activo para transmitir nuestra misión, valores e identidad.

La matriz de materialidad identifica los siguientes aspectos materiales del grupo de interés Colaboradores. Así por ejemplo para el año 2023 se tendría

Condiciones laborales seguras

Satisfacemos las expectativas profesionales

Implicamos a los profesionales en los procesos Generamos experiencias de valor para los GCI.

Desarrollando proyectos específicos que dan respuesta a los aspectos materiales y que generan valor al impactar sobre los ODS. Así por ejemplo para el año 2023 se tendría,

Garantizar la seguridad del trabajador ODS 8

Garantizar la satisfacción del trabajador ODS 16

Garantizar la integración del trabajador ODS 4

Doble Estigma. ODS 17 y 5

Garantizar la gestión del valor ODS 12 y 17.

En base a la materialidad previa y de acuerdo a la estrategia y como grupo de interés clave, la ?Voz del Colaborador? es incorporada a nuestro Plan de Gestión, al conocer sus expectativas y percepciones puede un Centro Resiliente (e Innovador) dirigir sus acciones hacia la mejora continua, en coherencia a la Matriz MC2 (Matriz del Cambio por el

Conocimiento)

Los principales objetivos específicos que se desarrollan en el Plan de Gestión que responden a la materialidad de los Colaboradores son:

- Evaluar la oferta del proyecto hospitalario frente a las necesidades actuales
- Impulsar el liderazgo y corresponsabilidad de mandos intermedios y puesto clave
- Impulsar políticas activas de mejora de la productividad manteniendo la calidad, escuchando a los Mandos Intermedios y Puestos Clave del Centro.
- Desplegar la formación en identidad a nivel provincial y local en todos los niveles de la Institución.
- Sistematizar el seguimiento de la implantación de los valores hospitalarios en todos los ámbitos de gestión.

?

Los principales PROCESOS que dan respuesta a los aspectos materiales citados por los Colaboradores y aportan valor al grupo de interés son:

- Gestión del Conocimiento. Establece la sistemática de detección de necesidades formativas, priorización de las mismas y aprobación del plan anual de formación para que los profesionales dispongan de una oferta formativa adecuada a sus necesidades y a las del Centro.
- Relación con Colaboradores, con los siguientes subprocesos de gestión de personal: Proceso de Administración. Seguridad. Organización y Planificación. (Centro Sostenible, Responsable).
- Proceso de Desarrollo. Satisfacción. Motivación y Reconocimiento. (Centro Resiliente, Innovador)
- Integración. Integración Formación y Desarrollo. (Centro Inclusivo, Abierto)

Además se está desarrollando el PROGRAMA COACH.

Se incorpora en el mes de abril una coach para apoyar al personal auxiliar de enfermería. Es voluntario. Llegan a participar un total de 16 personas. Con cuatro sesiones presenciales, en el centro, cada una de ellas.

Se ha dado soporte a los mandos intermedios médicos en el mes de octubre. Participando un total de tres.

Resto de mandos y personas clave para el año 2024.

## Seguridad y Salud

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

Se dispone de un Plan de Organización Saludable o similar, en el que se incorporan todas las medidas de prevención de riesgos laborales y las medidas adicionales para favorecer la salud de las personas empleadas y voluntarias, con planificación, indicadores y sistema de evaluación.

#### 27.1. Información adicional.

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf (hospitalariaszaragoza.es))

La integración de la prevención en todas las actividades de los centros y dispositivos de la Institución va mucho más allá del mero cumplimiento normativo. Se trata de entender la

prevención de riesgos laborales como una responsabilidad compartida

El liderazgo de los mandos intermedios es clave para conseguir una transformación de la cultura preventiva en un marco de mejora continua. Se consigue a través de la creación de escenarios de mutua cooperación entre los colaboradores y combinando el cumplimiento de las instrucciones de trabajo seguro con su desarrollo y perfeccionamiento, fruto de las aportaciones de su experiencia y su conocimiento.

La formación en este ámbito es clave para la acción preventiva por lo que se trabaja de forma especial en mantener actualizados los contenidos y ampliar las temáticas incluidas.

El Servicio de Prevención mancomunado de Hermanas Hospitalarias apoya a los centros en esta apuesta y está trabajando en la implantación de una herramienta unificada de gestión. Entre sus funciones está:

- Ofrecer asesoramiento técnico
- Elaborar el Plan de prevención y colaborar en su implantación
- Confeccionar soportes para información y formación
- Participar activamente en las auditorías del Sistema de Gestión de la Prevención.

En 2023 se ha realizado la Auditoria de Prevención de Riesgos Laborales en nuestro Centro.

## AREAS DE MEJORA FACTORES PSICOSOCIALES

### CARGA DE TRABAJO

Programar el volumen de trabajo y el tiempo necesario para su desarrollo.

Estructurar y distribuir la asignación de tareas de manera equilibrada entre los trabajadores, evitando los esfuerzos intensos y continuados.

Investigar y corregir las causas por las que los tiempos asignados para la realización de la tarea son escasos: dificultad de la tarea, cantidad excesiva, inadecuación de los recursos (materiales, humanos, económicos, etc.).

Prestar especial atención a aquellos puestos donde los errores pueden tener consecuencias graves para la producción o el servicio que se presta.

Tan negativo es un exceso de información en calidad o cantidad, como un defecto de la misma. Detectar el origen del problema y buscar un punto de equilibrio.

### PARTICIPACIÓN/SUPERVISIÓN

Definir, clarificar, comunicar claramente el nivel de participación que se otorga a los distintos agentes de la organización; en qué aspectos el ámbito de su capacidad de participación está limitado a la consulta, la propuesta, en cuáles se dispone también de capacidad decisoria, de consulta, etc.

Analizar los medios actuales existentes en su organización para canalizar la participación (buzones, paneles, reuniones periódicas, órganos de representación, encuestas, etc.);

Evitar que los sistemas de control (de trabajo, tiempo, horarios...) generen una supervisión excesiva.

Flexibilizar progresivamente la supervisión promoviendo la delegación en los trabajadores y la responsabilidad individual.

## PROVEEDORES

## **Compras responsables**

### **28.- ¿Se han definido criterios de compra responsable para los productos, bienes y servicios?**

Los criterios de compra integran aspectos ambientales y sociales específicos para todos los productos, bienes y servicios que adquiere la organización, y son revisados de forma periódica.

#### **28.1. Información adicional.**

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf (hospitalariaszaragoza.es)

Creando Valor Sostenible. Comprometidos.

Alineado con el propósito, ?Reconocemos a los pacientes como protagonistas de una vida llena de sentido?, consideramos a los proveedores del Centro a todas aquellas personas y organizaciones externas al Centro, con las que se decide trabajar para poder alcanzar nuestro propósito y visión creando valor sostenible.

La creación de alianzas es un medio para lograr mayor impacto positivo con nuestras acciones y por este motivo impulsamos colaboraciones con otras entidades que comparten nuestros valores y trabajan con los mismos colectivos.

La matriz de materialidad identifica los siguientes aspectos materiales del grupo de interés. Así por ejemplo para el año 2023 se tendría

Generamos experiencias de valor para los GCI. Generamos redes de valor.

Desarrollando proyectos específicos que dan respuesta a los aspectos materiales y que generan valor al impactar sobre los ODS. Así por ejemplo se tendría,

Doble Estigma. ODS 17 y 5

Garantizar la gestión del valor ODS 12 y 17.

Construimos alianzas con Administraciones públicas, y otros organismos, con los que compartimos objetivos y motivación: ofrecer una atención integral de calidad a las personas que más lo necesitan para poder curarles, cuidarles y apoyarles en el desarrollo de sus proyectos.

Al conocer las necesidades y expectativas, establecemos la materialidad previa y de acuerdo a la estrategia desarrollada, puede un Centro Resiliente (e Innovador) dirigir sus acciones hacia la mejora continua, en coherencia a la Matriz MC2 (Matriz del Cambio por el Conocimiento) estableciéndose el siguiente enfoque de gestión.

Los principales objetivos específicos que se desarrollan en el Plan de Gestión que responden a la materialidad de los proveedores:

Impulsar la visibilidad del Proyecto Hospitalario y el diálogo con la sociedad incidiendo en la sensibilidad hacia la inclusión de las personas más desfavorecidas.

Contribuir a la transformación sostenible e inclusiva de la sociedad, contando con el compromiso solidario de todos los niveles de la Institución.

Establecer un plan de lucha contra el estigma Clasificación de nuestras alianzas.

El Centro clasifica a los aliados y proveedores de acuerdo a

- Su participación en nuestro mapa de procesos  
Aliados y proveedores Estratégicos  
Aliados y proveedores operativos.  
Aliados y proveedores de soporte.

- Su nivel de relación con el Centro  
Nivel 1. Compartir objetivos y proyectos.  
Nivel 2. Compartir actividades y recursos.  
Nivel 3. Prestar ayuda esporádica.  
Nivel 4. Conocimiento de los que es o hace el otro.

Para desplegar tal enfoque estratégico con respecto al Grupo de Interés Aliados y proveedores, el Centro, en su filosofía de gestión por procesos, desarrolla los siguientes procesos:

Los principales PROCESOS que dan respuesta a los aspectos materiales citados y aportan valor al grupo de interés son:

- Plan de Gestión. Establecer la sistemática que garantice la implantación del Documento Capitular según el Marco de Identidad y de acuerdo al modelo de excelencia EFQM (referente de la gestión del CNNSC), así como el despliegue del plan de gestión anual que contiene acciones y objetivos asignados a los procesos, la evaluación y revisión tanto de la política como de los objetivos del hospital.
- Gestión del Conocimiento. Establece la sistemática de detección de necesidades formativas, priorización de las mismas y aprobación del plan anual de formación para que los profesionales dispongan de una oferta formativa adecuada a sus necesidades y a las del Centro.
- Relación con los colaboradores y los subprocesos asociados en los ámbitos de administración, desarrollo e implicación de las personas.
- Gestión Económico Financiera. Establecer la sistemática de detección de necesidades financieras, priorización de las mismas y aprobación del presupuesto anual, para que se disponga de los recursos necesarios en tiempo y forma.
- Gestión de Infraestructuras. Establecer la sistemática de mantenimiento de los bienes y servicios garantizando que los mismos se adecuan a las necesidades y expectativas para el desarrollo de la Misión.
- Compras y servicios generales Seguridad de la información.
- Sistemas de información.

En Hermanas Hospitalarias ponemos en valor el uso eficiente de los recursos en todos los procesos de compras que se llevan a cabo. Por eso hablamos de COMPRAS RESPONSABLES

En todos los casos, deben ajustarse al Procedimiento Marco de compras de la Institución, aprobado en 2017 y que incluye los siguientes aspectos:

Análisis pormenorizado de los diferentes presupuestos presentados

Sistema de autorizaciones jerárquicas en función de la naturaleza de cada compra y de la cuantía económica

Las operaciones deben estar previamente reflejadas en el Plan de Gestión Anual del centro  
La relevancia de este proceso tiene su origen en la relación directa del nivel de satisfacción y confort de usuarios, pacientes y familiares con la calidad de los servicios y productos que

ofrecemos

Como Centro Sostenible (Responsable), nuestro modelo de relación con los proveedores busca la equidad en el alcance, la eficiencia en los procesos y la eficacia en los resultados para garantizar la seguridad, la satisfacción y la integración de los proveedores en el desarrollo del proyecto Hospitalario.

Como Centro Resiliente (Innovador), las mejoras continuas del ciclo son promovidas por los responsables y equipos técnicos de los procesos.

Como Centro Inclusivo (Abierto), nuestro modelo de relación con proveedores nos lleva a determinar las necesidades, expectativas y satisfacción (Voz) del este grupo clave de interés.

Disponemos de distintos cauces para fomentar su participación y la comunicación. Evaluamos cada proceso y resolvemos las cuestiones de inter-fase que surgen a fin de gestionar de modo eficaz de principio a fin nuestra cadena de valor.

## **Clasificación y evaluación de proveedores**

### **29.- ¿Existen criterios de clasificación y evaluación de los proveedores que integren aspectos sociales, ambientales y de proximidad?**

Los criterios de clasificación y selección de proveedores valoran el desarrollo de la responsabilidad social en el proveedor y su actividad integrando aspectos ambientales, de proximidad, prácticas comerciales éticas, diversidad e inclusión, cumplimiento legal y aspectos sociales.

#### **29.1. Información adicional.**

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf (hospitalariaszaragoza.es)

Creando Valor Sostenible. COMPROMETIDOS CON NUESTROS PROVEEDORES. APOYANDO EL DESARROLLO ECONÓMICO DE NUESTRO ENTORNO.

Alineado con el propósito, ?Reconocemos a los pacientes como protagonistas de una vida llena de sentido?, consideramos a los proveedores del Centro a todas aquellas personas y organizaciones externas al Centro, con las que se decide trabajar para poder alcanzar nuestro propósito y visión creando valor sostenible.

La creación de alianzas es un medio para lograr mayor impacto positivo con nuestras acciones y por este motivo impulsamos colaboraciones con otras entidades que comparten nuestros valores y trabajan con los mismos colectivos

La matriz de materialidad identifica los siguientes aspectos materiales del grupo de interés. Así por ejemplo para el año 2023 se tendría

Generamos experiencias de valor para los GCI. Generamos redes de valor.

Desarrollando proyectos específicos que dan respuesta a los aspectos materiales y que generan valor al impactar sobre los ODS. Así por ejemplo se tendría,

Doble Estigma. ODS 17 y 5

Garantizar la gestión del valor ODS 12 y 17.

Construimos alianzas con Administraciones públicas, y otros organismos, con los que compartimos objetivos y motivación: ofrecer una atención integral de calidad a las personas que más lo necesitan para poder curarles, cuidarles y apoyarles en el desarrollo de sus

proyectos.

Al conocer las necesidades y expectativas, establecemos la materialidad previa y de acuerdo a la estrategia desarrollada, puede un Centro Resiliente (e Innovador) dirigir sus acciones hacia la mejora continua, en coherencia a la Matriz MC2 (Matriz del Cambio por el Conocimiento) estableciéndose el siguiente enfoque de gestión

Los principales objetivos específicos que se desarrollan en el Plan de Gestión que responden a la materialidad de los proveedores:

Impulsar la visibilidad del Proyecto Hospitalario y el diálogo con la sociedad incidiendo en la sensibilidad hacia la inclusión de las personas más desfavorecidas.

Contribuir a la transformación sostenible e inclusiva de la sociedad, contando con el compromiso solidario de todos los niveles de la Institución.

Establecer un plan de lucha contra el estigma Clasificación de nuestras alianzas.

El Centro clasifica a los aliados y proveedores de acuerdo a

- Su participación en nuestro mapa de procesos

Aliados y proveedores Estratégicos

Aliados y proveedores operativos.

Aliados y proveedores de soporte.

- Su nivel de relación con el Centro

Nivel 1. Compartir objetivos y proyectos.

Nivel 2. Compartir actividades y recursos.

Nivel 3. Prestar ayuda esporádica.

Nivel 4. Conocimiento de los que es o hace el otro.

Para desplegar tal enfoque estratégico con respecto al Grupo de Interés Aliados y proveedores, el Centro, en su filosofía de gestión por procesos, desarrolla los siguientes procesos:

Los principales PROCESOS que dan respuesta a los aspectos materiales citados y aportan valor al grupo de interés son:

- Plan de Gestión. Establecer la sistemática que garantice la implantación del Documento Capitular según el Marco de Identidad y de acuerdo al modelo de excelencia EFQM (referente de la gestión del CNNSC), así como el despliegue del plan de gestión anual que contiene acciones y objetivos asignados a los procesos, la evaluación y revisión tanto de la política como de los objetivos del hospital.

- Gestión del Conocimiento. Establece la sistemática de detección de necesidades formativas, priorización de las mismas y aprobación del plan anual de formación para que los profesionales dispongan de una oferta formativa adecuada a sus necesidades y a las del Centro.

- Relación con los colaboradores y los subprocesos asociados en los ámbitos de administración, desarrollo e implicación de las personas.

- Gestión Económico Financiera. Establecer la sistemática de detección de necesidades financieras, priorización de las mismas y aprobación del presupuesto anual, para que se disponga de los recursos necesarios en tiempo y forma.

- Gestión de Infraestructuras. Establecer la sistemática de mantenimiento de los bienes y servicios garantizando que los mismos se adecuan a las necesidades y expectativas para el desarrollo de la Misión.

- Compras y servicios generales Seguridad de la información.

Sistemas de información.

Según el Código de Conducta de Hermanas Hospitalarias, ?La selección de los proveedores se rige por criterios de objetividad, profesionalidad y transparencia, conciliando el interés en la obtención de las mejores condiciones, con la conveniencia de mantener relaciones estables con proveedores éticos y responsables?.

Todos los proveedores con los que trabajamos conocen nuestro Código de Conducta. De esta forma les trasmitimos, además de los valores de Hermanas Hospitalarias, nuestro compromiso como Institución económica, social y ambientalmente responsable.

Más del 90% de las compras que realizamos tienen lugar en el mercado nacional, lo que implica una contribución importante de la Institución al desarrollo económico del país y a la creación de empleo en las áreas de influencia de nuestros centros.

#### PERIODO MEDIO DE PAGO A PROVEEDORES 33 días

En línea con nuestra apuesta por la inclusión laboral de colectivos vulnerables, destacan entre nuestros proveedores Centros Especiales de Empleo (CEE), empresas en las que al menos el 70% de su plantilla está integrada por personas con discapacidad y que prestan servicios de lavandería, costura, limpieza y recepción.

Gracias a nuestro procedimiento de homologación de proveedores, basado en criterios de eficacia, eficiencia y ética, garantizamos al mismo tiempo el mantenimiento de altos estándares de calidad en los servicios que ofrecemos y un elevado grado de confort en la experiencia de pacientes y familiares.

El 90% DE LAS COMPRAS Se realizan a proveedores locales (Km. 0)

Este procedimiento exige el cumplimiento pleno de la normativa legal vigente y el mantenimiento del acuerdo de confidencialidad, así como otros requisitos específicos cuando el tipo de actividad contratada lo requiere.

Aspectos que valoramos en el proceso de evaluación de proveedores son, además de la calidad y el precio unitario, la solvencia económica de la empresa, la oferta de productos sostenibles y adaptados a necesidades especiales o la proximidad (favoreciendo compras locales en lo posible).

El adecuado control de los recursos económicos, así como el equilibrio en la gestión financiera a corto y largo plazo permitirá identificar las oportunidades para establecer alianzas clave con proveedores locales y con la comunidad de acuerdo con la política y estrategia y la misión de la organización (Km-0).

El Centro mantiene una relación de mejora continua con estos proveedores, elaborando procedimientos conjuntos para optimizar los procesos de compras

## SOCIAL

### 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 que permiten a la organización medir su impacto social.

#### 30.1. Información adicional.

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf (hospitalariaszaragoza.es))

### Creando Valor sostenible

Existe un modelo de gestión de responsabilidad social alineado con nuestro propósito y estrategia, y con los objetivos de desarrollo sostenible. Las iniciativas implantadas generan valor compartido.

Alineado con el propósito, "Reconocemos a los pacientes como protagonistas de una vida llena de sentido, nuestro diálogo con la sociedad se focaliza en la educación, en concreto en la infancia y la juventud, se presenta como un diálogo participativo dentro de un espacio de corresponsabilidad, que ofrece la posibilidad de iniciar nuevos procesos y transformaciones, en el nivel más bajo posible, pero en el más alto necesario, para garantizar la sostenibilidad de la Obra Hospitalaria.

La matriz de materialidad identifica los siguientes aspectos materiales del grupo de interés.

Así por ejemplo para el año 2023 se tendría

Generamos experiencias de valor para los GCI.

Generamos redes de valor.

Desarrollamos proyectos específicos que dan respuesta a los aspectos materiales y que generan valor al impactar sobre los ODS. Así por ejemplo para el año 2023 se tendría,

Doble Estigma. ODS 17 y 5

Garantizar la gestión del valor ODS 12 y 17.

Al conocer las necesidades y expectativas, establecemos la materialidad previa y de acuerdo a la estrategia desarrollada, puede un Centro Resiliente (e Innovador) dirigir sus acciones hacia la mejora continua, en coherencia a la Matriz MC2 (Matriz del Cambio por el Conocimiento) estableciéndose el siguiente enfoque de gestión,

Los principales objetivos específicos que se desarrollan en el Plan de Gestión que responden a la materialidad de la Sociedad:

Impulsar la visibilidad del Proyecto Hospitalario y el diálogo con la sociedad incidiendo en la sensibilidad hacia la inclusión de las personas más desfavorecidas.

Contribuir a la transformación sostenible e inclusiva de la sociedad, contando con el compromiso solidario de todos los niveles de la Institución.

Establecer un plan de lucha contra el estigma dando participación y protagonismo a colaboradores/as.

Estableciendo canales de comunicación e interacción con el entorno social, adecuando los planes de comunicación a cada cultura y motivando a que cada colaborador sea un entusiasta impulsor de los proyectos que se realizan, se promueven compromisos sociales y voluntarios basados en valores a favor de una humanidad equitativamente sana.

Estamos plenamente comprometidos en potenciar nuestra presencia en los distintos foros de nuestro campo de actuación y motivamos que cada colaborador sea un canal comunicador de nuestros proyectos.

Elaboramos una oferta de valor para la sociedad que garantiza la Seguridad, Satisfacción y la Integración, así como la equidad en el alcance, la eficiencia en los procesos y la eficacia en los resultados, desarrollando proyectos específicos que generan valor al impactar sobre los ODS dando respuesta a la materialidad demandada de nuestros grupos clave de interés.

Los principales PROCESOS que dan respuesta a los aspectos materiales citados y aportan valor al grupo de interés son:

Plan de Gestión. Establecer la sistemática que garantice la implantación del Documento Capitular según el Marco de Identidad y de acuerdo al modelo de excelencia EFQM (referente de la gestión del CNNSC), así como el despliegue del plan de gestión anual que contiene acciones y objetivos asignados a los procesos, la evaluación y revisión tanto de la política como de los objetivos del hospital.

Gestión del Conocimiento. Establece la sistemática de detección de necesidades formativas, priorización de las mismas y aprobación del plan anual de formación para que los profesionales dispongan de una oferta formativa adecuada a sus necesidades y a las del Centro.

Relación con los colaboradores y los subprocesos asociados en los ámbitos de administración, desarrollo e implicación de las personas.

Gestión Económico Financiera. Establecer la sistemática de detección de necesidades financieras, priorización de las mismas y aprobación del presupuesto anual, para que se disponga de los recursos necesarios en tiempo y forma.

Gestión de Infraestructuras. Establecer la sistemática de mantenimiento de los de bienes y servicios garantizando que los mismos se adecuan a las necesidades y expectativas para el desarrollo de la Misión.

Como Centro Sostenible (Responsable), nuestro modelo de relación con la sociedad busca la equidad en el alcance, la eficiencia en los procesos y la eficacia en los resultados para garantizar la seguridad, la satisfacción y la integración de los colaboradores en el desarrollo del proyecto Hospitalario.

Como Centro Resiliente (Innovador), las mejoras continuas del ciclo son promovidas por los responsables y equipos técnicos de los procesos.

Como Centro Inclusivo (Abierto), nuestro modelo de relación con la sociedad nos lleva a determinar las necesidades, expectativas y satisfacción (Voz) del este grupo clave de interés.

De esta manera desarrollamos el modelo hospitalario de relación con la sociedad a la que aporta valor y garantiza la sostenibilidad.

Disponemos de distintos cauces para fomentar su participación y la comunicación. Evaluamos cada proceso y resolvemos las cuestiones de inter-fase que surgen a fin de gestionar de modo eficaz de principio a fin nuestra cadena de valor.

## Alineación de los proyectos sociales con la estrategia de negocio

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

Se desarrollan proyectos unidos a la estrategia, dotados de presupuesto, con planes de acción específicos y revisión de los resultados obtenidos y medición de impactos.

#### **31.1. Información adicional.**

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf (hospitalariaszaragoza.es))

Alineado con el propósito, "Reconocemos a los pacientes como protagonistas de una vida

llena de sentido, nuestro diálogo con la sociedad se focaliza en la educación, en concreto en la infancia y la juventud, se presenta como un diálogo participativo dentro de un espacio de corresponsabilidad, que ofrece la posibilidad de iniciar nuevos procesos y transformaciones, en el nivel más bajo posible, pero en el más alto necesario, para garantizar la sostenibilidad de la Obra Hospitalaria.

La matriz de materialidad identifica los siguientes aspectos materiales del grupo de interés.

Así por ejemplo para el año 2023 se tendría

Generamos experiencias de valor para los GCI.

Generamos redes de valor.

Desarrollamos proyectos específicos que dan respuesta a los aspectos materiales y que generan valor al impactar sobre los ODS. Así por ejemplo para el año 2023 se tendría,

Doble Estigma. ODS 17 y 5

Garantizar la gestión del valor ODS 12 y 17.

### **LUCHA CONTRA EL ESTIGMA**

Impulsamos proyectos de sensibilización orientados a eliminar el estigma social que padecen los colectivos más vulnerables, especialmente las personas con problemas de salud mental.

Por un lado, a través de iniciativas internas fomentando el respeto y la protección de sus derechos y, por otro, con campañas de sensibilización en centros escolares y universidades, que buscan reducir los prejuicios asociados a la salud mental.

### **PROYECTO ENROSCADOS**

Permite acercar la realidad de la salud mental a estudiantes de centros escolares en Aragón mediante la práctica deportiva del balonmano. Cuenta con el apoyo de la Real Federación Española de Balonmano, el Gobierno de Aragón y de Zaragoza Deporte.

Abejar Radio fue reconocida en 2018 por AERO (Asociación Española de Radio Online) y por el Colegio Profesional de Trabajo Social como buena práctica profesional en 2021. Además, se ha seleccionado como unas de las mejores buenas prácticas en 2022 en el V Congreso Mundial de Educación, celebrado en Santiago de Compostela.

### **PROYECTO DOBLE ESTIGMA**

Surge con el fin de fomentar la participación social y el empoderamiento de las mujeres con enfermedad mental que residen en el Centro. Ofrece una educación no sexista y promueve la defensa de los derechos fundamentales y la autonomía de las mujeres que, por su condición de mujeres y su estado de salud, se ven sometidas a una estigmatización que puede verse agravada cuando viven en un recurso residencial.

### **PROYECTO DESTACADO: ABEJAR RADIO SCHOOL**

Abejar Radio, la radio del Centro Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. del Carmen de Hermanas Hospitalarias lanza un nuevo proyecto que apuesta por la inclusión.

Un proyecto de radio inclusiva para estudiantes que surge de la alianza entre Abejar Radio y Onda CRIE, la radio del Centro Rural de Innovación Educativa Venta del Olivar del Gobierno de Aragón.

Abejar Radio School tiene por objetivo fundamental trabajar la desestigmatización de la imagen que se tiene de las personas con enfermedad mental.

Un proyecto que, a la vez, mejora la capacidad de socialización de los participantes, contribuyendo a una mejora significativa de la imagen de sí mismos, incrementándose así, su autoestima personal y motivacional. Destaca de manera considerable algunas competencias clave como el manejo de habilidades personales, hablar en público, el trabajo en equipo y la empatía.

Se trata de un taller de radio en el que participan estudiantes aragoneses y usuarios de nuestro Centro. La actividad consta de dos partes diferencias, una primera de sensibilización sobre salud mental, donde se acerca a los estudiantes la realidad de las personas con enfermedad mental. La segunda parte consiste en la grabación de un programa de radio en directo en el que participan usuarios y estudiantes. Durante todos los jueves del curso escolar a las 15:30 horas los programas de esta radio inclusiva para estudiantes aragoneses, Abejar Radio School, son emitidos en directo por el canal de Twith Crieventa y compartidos en Abejarradioschool.

#### ABEJAR CREATIVE.

Nueva actividad en nuestro centro, dotar de nuevas habilidades y destrezas utilizando la creatividad es el objetivo de la misma. Una iniciativa en la que personas con enfermedad mental elaboran productos de carácter solidario mediante diferentes técnicas de arte, como scrap y aromaterapia.

Un nuevo proyecto que supone un espacio integrador y rehabilitador para personas con enfermedad mental.

Se trata de una herramienta socioeducativa y artística que permite una mayor normalización de su día a día. Destaca de manera considerable algunas competencias clave como el manejo de habilidades personales, el trabajo en equipo, la empatía y la creatividad. Promueve la desestigmatización de la imagen de las personas con enfermedad mental mediante el arte, a la vez que busca mejorar la capacidad de socialización de los participantes y su autoestima personal y motivacional.

La gama de productos que se realizan dentro de este nuevo proyecto es muy diversa. Desde la línea de artículos para empresas, a la de centros de estética o a los detalles para congresos, bodas y comuniones.

Nuestros productos solidarios en la bolsa del congresista en el Congreso Internacional de Educación y Diversidad de Teruel.

?

#### COMPROMETIDOS CON LA CREACIÓN DE VALOR COMPARTIDO

Movidos por nuestra responsabilidad social, buscamos permanentemente diferentes formas de contribuir a afrontar algunos de los desafíos presentes y futuros que tiene la sociedad.

La solidaridad ha sido siempre un pilar fundamental del Centro, en especial asociada con retos de salud y reducción de las desigualdades, tratando de aportar nuestro granito de arena en aquellos lugares y con aquellos colectivos que más lo necesitan.

En nuestro Centro se llevan a cabo acciones solidarias muy diversas que promueven la participación activa de las personas que atendemos, siempre en el centro de nuestra actividad, así como de sus familias.

A través de la acción colectiva, tratamos de alcanzar con nuestros proyectos solidarios un impacto positivo mayor en la sociedad. Algunos ejemplos son:

Campañas de recogida de juguetes y objetos de puericultura para la iniciativa ?Le damos la vuelta? Empresa de Reinserción laboral.

Tapones para una nueva vida: Recogida y entrega de tapones de plástico a una planta de

reciclaje para ayudar a niños y niñas con problemas de salud. Fecha de inicio: 26/10/18

### NUESTRA PROPIA APUESTA POR LA INCLUSIÓN LABORAL

La integración sociolaboral juega un papel crucial en el proceso de mejora de la calidad de vida de las personas que tratamos, así como en su grado de autonomía.

Es por ello que, siendo conocedores de los obstáculos a los que estas personas se enfrentan para acceder a un puesto de trabajo normalizado, contamos con un Centro Ocupacional, además de trabajar conjuntamente con otras entidades y realizar una búsqueda activa de oportunidades formativas para nuestros usuarios, en favor de la inserción laboral.

Entre la actividad habitual de nuestro Centro Ocupacional destaca el procesamiento de artículos de inyección plástica y montaje, la manipulación y el retractilado de diferentes productos, así como otras tareas de emblistado de productos.

### Transparencia con el entorno social de la organización

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

Sí, se comparten con las personas empleadas, voluntarias y grupos de interés, fomentando la colaboración activa en todas sus fases, incluida la evaluación y medición de impacto y la comunicación sistematizada.

#### 32.1. Información adicional

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf (hospitalariaszaragoza.es))

Nuestra organización basa su actividad y gestión en valores éticos favorecedores del compromiso social ayudando a mejorar el ámbito económico, social y ambiental de su entorno en un contexto de diálogo con los grupos de interés de la organización, entre los que la Sociedad ocupa un rango destacado.

Estableciendo canales de comunicación e interacción con el entorno social, adecuando los planes de comunicación a cada cultura y motivando a que cada colaborador sea un entusiasta impulsor de los proyectos que se realizan, se promueven compromisos sociales y voluntarios basados en valores a favor de una humanidad equitativamente sana.

Estamos plenamente comprometidos en potenciar nuestra presencia en los distintos foros de nuestro campo de actuación y motivamos que cada colaborador sea un canal comunicador de nuestros proyectos.

#### Creando Valor sostenible

Existe un modelo de gestión de responsabilidad social alineado con nuestro propósito y estrategia, y con los objetivos de desarrollo sostenible. Las iniciativas implantadas generan valor compartido.

Alineado con el propósito, "Reconocemos a los pacientes como protagonistas de una vida llena de sentido, nuestro diálogo con la sociedad se focaliza en la educación, en concreto en la infancia y la juventud, se presenta como un diálogo participativo dentro de un espacio de corresponsabilidad, que ofrece la posibilidad de iniciar nuevos procesos y

transformaciones, en el nivel más bajo posible, pero en el más alto necesario, para garantizar la sostenibilidad de la Obra Hospitalaria.

La matriz de materialidad identifica los siguientes aspectos materiales del grupo de interés.

Así por ejemplo para el año 2023 se tendría

Generamos experiencias de valor para los GCI.

Generamos redes de valor.

Desarrollamos proyectos específicos que dan respuesta a los aspectos materiales y que generan valor al impactar sobre los ODS. Así por ejemplo para el año 2023 se tendría,

Doble Estigma. ODS 17 y 5

Garantizar la gestión del valor ODS 12 y 17.

Al conocer las necesidades y expectativas, establecemos la materialidad previa y de acuerdo a la estrategia desarrollada, puede un Centro Resiliente (e Innovador) dirigir sus acciones hacia la mejora continua, en coherencia a la Matriz MC2 (Matriz del Cambio por el Conocimiento) estableciéndose el siguiente enfoque de gestión,

?

Los principales objetivos específicos que se desarrollan en el Plan de Gestión que responden a la materialidad de la Sociedad:

Impulsar la visibilidad del Proyecto Hospitalario y el diálogo con la sociedad incidiendo en la sensibilidad hacia la inclusión de las personas más desfavorecidas.

Contribuir a la transformación sostenible e inclusiva de la sociedad, contando con el compromiso solidario de todos los niveles de la Institución.

Establecer un plan de lucha contra el estigma dando participación y protagonismo a colaboradores/as.

Estableciendo canales de comunicación e interacción con el entorno social, adecuando los planes de comunicación a cada cultura y motivando a que cada colaborador sea un entusiasta impulsor de los proyectos que se realizan, se promueven compromisos sociales y voluntarios basados en valores a favor de una humanidad equitativamente sana.

Estamos plenamente comprometidos en potenciar nuestra presencia en los distintos foros de nuestro campo de actuación y motivamos que cada colaborador sea un canal comunicador de nuestros proyectos.

Elaboramos una oferta de valor para la sociedad que garantiza la Seguridad, Satisfacción y la Integración, así como la equidad en el alcance, la eficiencia en los procesos y la eficacia en los resultados, desarrollando proyectos específicos que generan valor al impactar sobre los ODS dando respuesta a la materialidad demandada de nuestros grupos clave de interés

Los principales PROCESOS que dan respuesta a los aspectos materiales citados y aportan valor al grupo de interés son:

Plan de Gestión. Establecer la sistemática que garantice la implantación del Documento Capitular según el Marco de Identidad y de acuerdo al modelo de excelencia EFQM (referente de la gestión del CNNSC), así como el despliegue del plan de gestión anual que contiene acciones y objetivos asignados a los procesos, la evaluación y revisión tanto de la política como de los objetivos del hospital.

Gestión del Conocimiento. Establece la sistemática de detección de necesidades formativas, priorización de las mismas y aprobación del plan anual de formación para que los profesionales dispongan de una oferta formativa adecuada a sus necesidades y a las del Centro.

Relación con los colaboradores y los subprocesos asociados en los ámbitos de

administración, desarrollo e implicación de las personas.

Gestión Económico Financiera. Establecer la sistemática de detección de necesidades financieras, priorización de las mismas y aprobación del presupuesto anual, para que se disponga de los recursos necesarios en tiempo y forma.

Gestión de Infraestructuras. Establecer la sistemática de mantenimiento de los bienes y servicios garantizando que los mismos se adecuan a las necesidades y expectativas para el desarrollo de la Misión.

Como Centro Sostenible (Responsable), nuestro modelo de relación con la sociedad busca la equidad en el alcance, la eficiencia en los procesos y la eficacia en los resultados para garantizar la seguridad, la satisfacción y la integración de los colaboradores en el desarrollo del proyecto Hospitalario.

Como Centro Resiliente (Innovador), las mejoras continuas del ciclo son promovidas por los responsables y equipos técnicos de los procesos.

Como Centro Inclusivo (Abierto), nuestro modelo de relación con la sociedad nos lleva a determinar las necesidades, expectativas y satisfacción (Voz) del este grupo clave de interés.

De esta manera desarrollamos el modelo hospitalario de relación con la sociedad a la que le aporta valor y garantiza la sostenibilidad.

Disponemos de distintos cauces para fomentar su participación y la comunicación. Evaluamos cada proceso y resolvemos las cuestiones de interfase que surgen a fin de gestionar de modo eficaz de principio a fin nuestra cadena de valor.

?

Los Valores hospitalarios como generadores de cultura. Formación en el Marco de Identidad.

El CNPNSC pertenece a la Congregación de HHSCJ la cual ha definido un MII que recoge los atributos específicos de la Institución y orienta las políticas de gestión. Se define una visión, misión y valores que el centro difunde a todos los grupos de interés. Existe una Dirección provincial de Identidad cuyas directrices se despliegan en el Centro a través de los objetivos del PGA. Ej.: formación a todo el personal del centro.

El MII y los valores hospitalarios se operativizan en el Modelo Hospitalario que comprende: modelo asistencial; de gestión y administración; de relación con los colaboradores; y de diálogo con la sociedad.

Establece las políticas de gestión de personas que tienen como objetivo la integración en la misión institucional, reflejado en la vivencia de los valores hospitalarios. Se cuida el proceso de incorporación, formación permanente, modelo de relaciones laborales, comunicación interna y la participación activa.

Acciones para generar cultura institucional:

Formación en tres niveles (acogida, iniciación, profundización) Entrega del MII a todos los miembros de la comunidad hospitalaria Iconografía de valores en todos los centros

Charlas, conferencias,

Celebración de fechas significativas (San Benito Menni, El Pilar, Navidad...)

HH dispone de un Código de Conducta que expone los principios a seguir en su comportamiento tanto interna como externamente. Existe un Órgano de control y seguimiento (Comité de Observancia) que vigila su cumplimiento.

La Dirección revisa el nivel de implantación incorporando objetivos al PGA con revisión al menos semestral e indicadores asociados (% formación en MII, Resultados Encuesta de Satisfacción de Personas en materia de identidad, % cumplimiento PCI, etc.)

Debido a la pandemia a la digitalización del área de personas se detecta la necesidad de disponer de la formación en Marco de Identidad en formato no presencial.

Se ha ido avanzando en la implantación de la iconografía institucional realizando nuevos modelos de cartelería más actuales y que sean mejor recibidos por nuestros usuarios (carteles de valores propios, vinilos, etc.)

Como consecuencia de la situación de estos dos últimos años, se ha posibilitado la realización del Curso de acogida a las nuevas incorporaciones de manera on line. Estará disponible durante el año 2022

Instalación de nuevos modelos de iconografía en las áreas rehabilitadas.

?

Código de conducta y Ética en toda actuación.

El Código de Conducta elaborado en el año 2017 por el Gobierno General de la Congregación, es un documento en el que una entidad, de manera voluntaria, expone los principios que se compromete a seguir en su comportamiento tanto interna como externamente.

El Código de Conducta se entregó físicamente a los profesionales, proveedores y clientes en el año de su publicación y se encuentra disponible en la intranet . Existe un curso on-line para las nuevas incorporaciones.

Existe un Comité de Observancia que vela por el cumplimiento del Código de Conducta y al que se pueden hacer notificaciones de posibles incumplimientos a través del canal de denuncias que se encuentra habilitado en la página web.

Las acciones y objetivos son evaluados conjuntamente con el PGA.

Sistémica de análisis de errores, incidencias, cambio. Trabajo colaborativo para la mejora de procesos.

El modelo de gestión de CNPNSC se basa en procesos recogido en su Mapa de Procesos. La asignación de personas responsables en cada uno de ellos se realiza de forma alineada con la estructura organizativa, de modo que los responsables de las distintas áreas, dispositivos y unidades, se encargan de gestionar y mejorar los procesos asociados y los indicadores de eficiencia correspondientes.

El CNPNSC mantiene un organigrama que asegura el protagonismo de todas las áreas de gestión (asistenciales y no asistenciales) en la mejora continua. Existe un compromiso para difundir la calidad entre sus profesionales:

Impulso de los líderes en el desempeño de equipos y personas hacia la excelencia.  
Encuentros formales con su superior jerárquico

La estructura de MMII permite gestionar la mejora continua en la gestión de equipos interdisciplinares y asumir la gestión del cambio vinculado a la estrategia.

Apoyo sistemático para impulsar la creatividad e innovación, la investigación, fomento de la publicación, formación y presencia en foros profesionales.

Marco estable de apoyo en estructura provincial de investigación, docencia con participación en proyectos provinciales, en las que están integrados diversos profesionales de CNPNSC.

Las diferentes comisiones del centro son el vehículo fundamental para el análisis de las incidencias y la instrumentalización de la mejora continua.

Se tratan indicadores, incidencias y objetivos y se establecen las medidas o acciones de mejora / correctoras para solucionar las incidencias y evitar que vuelvan a suceder.

Posteriormente se evalúa la eficacia de esas acciones.

Los líderes de la organización fomentan comisiones y grupos de trabajo específicos, vinculados al desarrollo de procedimientos, revisión de procesos, implantación de estrategias, objetivos y acciones del Plan de Gestión difundido a la dirección y MMII y evaluado como mínimo cada seis meses.

En el centro se dispone de una aplicación anónima y de carácter no punitivo para la comunicación de incidentes de seguridad del usuario y paciente. En la Comisión de Seguridad se valora cada uno de ellos y se plantean acciones para evitar y prevenir que estos incidentes lleguen al usuario.

Se elaboran guías de actuación y se actualizan procedimientos con el objetivo de adaptarlos a la realidad presente del centro y de establecer circuitos y acciones encaminadas a la mejora continua.

Se realizan adaptaciones de infraestructuras y adquisición de equipamiento cuando se detectan y/o comunican necesidades por parte de las comisiones y colaboradores.

En CNPNSC el ciclo de mejora continua se cierra con las comunicaciones de buenas prácticas y de acciones de mejora que se han llevado a cabo.

El sistema de gestión se evalúa y revisa de forma continua en los grupos de trabajo, comisiones, Juntas técnicas, Consejo de Dirección.

La innovación introduce mejoras en los procesos de CNPNSC a la hora de generar resultados en los diferentes grupos de trabajo/comisiones (desde guías de trabajo de la comisión de seguridad a guías de lucha contra el estigma).

Los líderes de CNPNSC planifican y gestionan las respuestas a las nuevas exigencias del entorno siguiendo las siguientes etapas ante cada uno de los nuevos acontecimientos.

Participación sistemática en foros y congresos para facilitar el aprendizaje y el cambio.

Los líderes de CNPNSC participan en comisiones de la Institución HH y a nivel de la CAA y en foros consultivos de las administraciones públicas (Consejo Asesor de Salud Mental de Aragón).

El director gerente preside el Forum de Entidades Aragonesa para la Salud Mental y es miembro de la Junta Directiva de AESA, la patronal sanitaria.

El coordinador de salud mental y dos psiquiatras de su equipo forman parte de la Comisión de Ingresos de Salud Mental del Sector II y III.

El responsable de área de Trabajo social es el coordinador autonómico de los procesos de rehabilitación en salud mental

El coordinador de salud mental, la jefa de enfermería y el responsable de trabajo social del Centro forman parte de un comité de coordinación con el departamento de sanidad creado ad-hoc para los procesos asistenciales de rehabilitación en salud mental.

Además, se participa periódicamente en foros científicos que facilitan el intercambio de experiencias con otras organizaciones: Jornadas de Salud Mental y

Varios profesionales participan en comisiones externas y grupos de trabajo al centro.

En la Comisión de Ingresos de los sectores II Y III se analizan los pacientes susceptibles de nuestro recurso de atención y se toman las decisiones al respecto.

En el comité de coordinación se estudian los casos y su vinculación con el circuito asistencial para buscar de la eficiencia del proceso de atención.

Como coordinador del proceso autonómico de rehabilitación en salud mental es el interlocutor ante el departamento del dicho proceso y responsable de la equidad en el alcance, la eficiencia de mismo y la eficacia de los resultados en salud obtenidos.

## **Comunicación y fomento de buenas prácticas**

### **33.- ¿En el caso de desarrollar actuaciones en materia social ¿en qué medida se realiza una comunicación proactiva en la Comunidad Local?**

Existe un plan de comunicación de las actividades que se desarrollan y se evalúan los impactos en medios de comunicación y redes sociales.

#### **33.1. Información adicional**

Ver memoria RSA 2023 ([Memoria\\_Hospitalarias\\_zaragoza\\_2023-v4.pdf](http://hospitalariaszaragoza.es))

El Plan comunicación 2022-2024 del Centro persigue tres objetivos principales. El primero es apoyar las acciones propuestas en el Documento del I Capítulo Provincial ?Practicad la Hospitalidad?, el segundo es consolidar el liderazgo de la comunicación en nuestro ámbito de actuación dando visibilidad a la marca Hermanas Hospitalarias subrayando nuestra identidad y valores hospitalarios, y el tercero es impulsar la comunicación a nivel local, alineando el presente plan, así como las iniciativas que de él se deriven con la estrategia de comunicación de la Institución.

El Plan ordena, sistematiza y formaliza las diferentes maneras de comunicar que desde el Centro se han ido articulando.

El plan estable los públicos existentes dentro del Centro, los de la Comunidad Hospitalaria, así como los públicos del entorno político y social.

El plan determina los Canales y herramientas de comunicación en este sentido señalar la importancia que en el ámbito de la Responsabilidad social tiene la Comunicación digital y nuestra presencia en redes sociales, y como la memoria también está publicada y difundida por estos medios.

El Centro dispone de una estructura de comunicación que le permite desarrollar la actividad de comunicación y en concreto lo relativo a esta memoria que recoge los proyectos e hitos más destacados del Centro Neuropsiquiátrico NS del Carmen durante 2023, tercer año haciendo frente a la pandemia sanitaria de la COVID-19, y centrados en continuar desarrollando nuestra actividad con los mismos estándares de calidad en el nuevo contexto.

A partir de una labor de identificación de grupos de interés y aspectos materiales desde el año 2015, en el que redactamos nuestra primera Memoria anual de RSC en base a los Estándares GRI, hemos ido publicando cada año nuestra memoria de Responsabilidad Social.

Llevar a cabo una gestión responsable social, ambiental y económica es un firme compromiso de la Institución que se materializa en numerosas acciones con las que, a lo largo del año, el Centro Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. del Carmen de Hermanas Hospitalarias contribuye al cumplimiento progresivo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas (ODS).

El plan de comunicación nos permite además seguir GENERANDO Y COMPARTIENDO CONOCIMIENTO

? PROTAGONISTA DE UNA VIDA LLENA DE SENTIDO. Estigma 0.?

El Fórum de Entidades Aragonesas de Salud Mental celebró este año el Día Mundial de la Salud Mental en el Centro con el eslogan ?Protagonistas de una vida llena de sentido.

Estigma 0?, con el que quiere recordar a la sociedad que éste es el objetivo de las dieciséis entidades, sin ánimo de lucro, integradas en la asociación que gestionan los recursos de rehabilitación psicosocial del Gobierno de Aragón.

A lo largo de este tiempo hemos evolucionado en nuestro modelo de atención centrado en la persona. En la actualidad reconocemos a las personas con enfermedad mental como protagonistas de una vida llena de sentido en nuestro modelo de atención. Empatizamos con sus necesidades, cuidamos de su entorno, humanizamos su atención.

Esto se traduce en una mayor participación de la persona en la toma de decisiones sobre su tratamiento, un enfoque más holístico que abarca no solo los síntomas, sino también su bienestar general y una mayor colaboración entre los diferentes profesionales para brindar una atención integral y personalizada.

Con un enfoque continuo en la humanización, la recuperación y la integración comunitaria, el uso de terapias basadas en la evidencia y la promoción de la participación y la inclusión social, buscamos mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y brindarles el apoyo necesario para vivir vidas plenas y significativas.

Después de 50 años el reto fundamental es lograr que cuantos trabajamos en el ámbito de la salud mental acertemos a dar hoy una respuesta humana, actualizada y significativa desde la identidad que nos es propia, a las personas con enfermedad mental. Este reto es generador de ilusión y compromiso.

El futuro será ilusionante y prometedor para que la persona con enfermedad mental sea protagonista de una vida llena de sentido.

#### ? PROYECTO DESTACADO: ABEJAR RADIO SCHOOL

Abejar Radio, la radio del Centro Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. del Carmen de Hermanas Hospitalarias lanza un nuevo proyecto que apuesta por la inclusión.

Un proyecto de radio inclusiva para estudiantes que surge de la alianza entre Abejar Radio y Onda CRIE, la radio del Centro Rural de Innovación Educativa Venta del Olivar del Gobierno de Aragón.

Abejar Radio School tiene por objetivo fundamental trabajar la desestigmatización de la imagen que se tiene de las personas con enfermedad mental.

Un proyecto que, a la vez, mejora la capacidad de socialización de los participantes, contribuyendo a una mejora significativa de la imagen de sí mismos, incrementándose así, su autoestima personal y motivacional. Destaca de manera considerable algunas competencias clave como el manejo de habilidades personales, hablar en público, el trabajo en equipo y la empatía.

Se trata de un taller de radio en el que participan estudiantes aragoneses y usuarios de nuestro Centro.

La actividad consta de dos partes diferencias, una primera de sensibilización sobre salud mental, donde se acerca a los estudiantes la realidad de las personas con enfermedad mental.

La segunda parte consiste en la grabación de un programa de radio en directo en el que participan usuarios y estudiantes.

Durante todos los jueves del curso escolar a las 15:30 horas los programas de esta radio inclusiva para estudiantes aragoneses, Abejar Radio School, son emitidos en directo por el canal de Twiith Crieventa y compartidos en Abejarradioschool.

#### ? CAMPUS INCLUSIVO. Club Deportivo Hispanos del Carmen.

Una de las 10 mejores experiencias educativas.

Nuestro Centro desarrolla, colabora y participa en diversas actividades docentes que permiten a nuestros profesionales compartir conocimiento, experiencia y buenas prácticas en el ámbito sociosanitario.

Nuestra relación con la sociedad se plasma igualmente en la participación activa en encuentros empresariales, foros académicos y de investigación, así como en iniciativas de benchmarking ligadas a la gestión del conocimiento.

La experiencia educativa del Campus Inclusivo Sagrada Familia demuestra, que en edades entre 3 a 6 años no existe estigma hacia las personas con enfermedad mental que interaccionan mediante el deporte con los escolares.

## ? INVESTIGACIÓN SOBRE LAS BASES CEREBRALES DE LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS EN LA ESQUIZOFRENIA

Este proyecto, tiene como objetivo estudiar los mecanismos biológicos de las alucinaciones auditivas verbales en personas con Esquizofrenia mediante neuroimagen funcional y se llevará a cabo en el Hospital San Joan de Deu de Barcelona.

El Centro Ntra. Sra. del Carmen, referente en Aragón en psicosis refractaria al tratamiento, aportará una muestra de pacientes a dicho estudio de investigación.

Se une así a la línea de investigación coordinada por el grupo FIDMAG, (Hermanas Hospitalarias Research Foundation) que forma parte de CIBERSAM (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental), el cual, en los últimos 5 años ha desarrollado más de 45 proyectos de investigación en Salud Mental competitivos a nivel nacional e internacional en el área de Psiquiatría y Neurociencia. Sus investigadores han publicado un total de 207 artículos científicos (el 68% de ellos en revistas de primer cuartil).

## AMBIENTAL

### Impacto ambiental

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

Se evalúa el impacto ambiental y se ha desarrollado un plan de acciones en materia ambiental global para toda la organización, que cuenta con objetivos e indicadores en seguimiento cuyo resultado se mide periódicamente.

#### 34.1. Información adicional.

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf (hospitalariaszaragoza.es)

Existe un compromiso medioambiental y social en la retirada de activos y recursos que ya no se necesitan.

Se dispone de un inventario de activos que nos permite saber que recursos están amortizados y cuales están obsoletos.

Se promueve la economía circular, aumentando el ciclo de vida del producto, realizando una gestión eficiente de los recursos y una correcta eliminación de los residuos.

Los residuos generados, tanto peligrosos como no peligrosos, se recogen y almacenan de manera diferenciada para su posterior tratamiento. Disponemos de gestores de residuos

peligrosos autorizados para la gestión, transporte, tratamiento, valorización y eliminación de los residuos.

En las actividades de construcción, operación y mantenimiento de instalaciones se busca la reutilización de los RCD y, en el momento de la eliminación, siempre, como primera opción, su derivación para el reciclaje.

Se establecen contratos con gestores autorizados que remiten los residuos a instalaciones de eliminación o valorización.

Se dispone de un inventario de equipamiento. Se dispone de indicadores ambientales.

En el PGA, existen objetivos de carácter medioambiental que aseguran el control de los aspectos ambientales.

Existe un registro de los residuos peligrosos (residuos biosanitarios, medicamentos caducados, aceite, pilas) así como de los consumos de los recursos.

Se fomenta la sensibilización medioambiental tanto de residentes como de profesionales (consumo responsable de agua y energía, recogida selectiva de los residuos y depósito en diferentes contenedores para su reciclaje, reutilización de materiales en los talleres y terapias)

Existen objetivos e indicadores integrados en el PGA con una dinámica de seguimiento y revisión establecida.

Se realiza una formación anual incorporada en el Plan de Formación y se dispone de un registro de los consumos mensuales así como de un registro de los residuos (según la recogida).

## Compromiso frente al cambio climático

### 35.- ¿Se participa o se ponen en marcha acciones que evidencien el compromiso público de la organización para prevenir la contaminación?

Existe un compromiso público junto con un plan de acciones que se comunica interna y externamente y que periódicamente es evaluado. Se publican los resultados del plan y la contribución al logro de los compromisos adquiridos.

#### 35.1. Información adicional.

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf (hospitalariaszaragoza.es))

#### CUIDAR LA SALUD CUIDANDO NUESTRA CASA COMÚN

Hermanas Hospitalarias está comprometida con una gestión ambiental integral que abarca no solo las actividades que desarrolla, sino también la actualización y mejora de las instalaciones y los servicios que ofrecemos.

Llevamos a cabo una gestión ambiental integral que abarca no solo las actividades que desarrollamos, sino también la actualización y mejora de nuestras instalaciones y los servicios que ofrecemos.

De esta forma, buscamos minimizar los potenciales impactos negativos que nuestra actividad puede tener en el entorno, tanto de forma directa como indirecta.

El marco de referencia para estas actuaciones es:

? Encíclica Laudato Si

? Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas. Como Institución sociosanitaria, que ofrece servicios esencialmente asistenciales, no tenemos un gran volumen de

emisiones de gases de efecto invernadero asociadas a nuestra actividad directa, siendo las más destacables las derivadas del transporte.

#### LUCHA CONTRA EL CAMBIO CLIMÁTICO.

De forma habitual se organizan actividades de sensibilización en las que participan usuarios y pacientes, colaboradores, voluntarios y familiares de pacientes.

#### 5 PRIORIDADES AMBIENTALES:

? USO RACIONAL DE RECURSOS con preferencia por aquellos más respetuosos con el medioambiente

? OPTIMIZACIÓN DE CONSUMOS electricidad, gas, agua, papel y cartón, plásticos y combustibles, entre otros.

? REDUCCIÓN DE LOS RESIDUOS GENERADOS y adecuada recogida selectiva de los mismos, que facilite su posterior reutilización o reciclado.

? CUMPLIMIENTO NORMATIVO en materia ambiental.

? SENSIBILIZACIÓN sobre el cuidado de nuestra Casa Común, protección del medioambiente y hábitos de vida saludables.

?

#### OPTIMIZACIÓN DE LAS INSTALACIONES

El proceso de adecuación progresiva de nuestras instalaciones a las nuevas demandas normativas y de nuestros grupos de interés, especialmente usuarios y pacientes, tiene como pilares fundamentales:

Selección de materiales y técnicas respetuosas con el entorno.

Climatización inteligente en Área Sociosanitaria.

Mejora de la eficiencia energética.

En los últimos años hemos puesto en marcha medidas orientadas a la renovación de sistemas de climatización por otros más eficientes, la incorporación de energías limpias, la mejora del aislamiento de puertas y ventanas o la creación de espacios seguros y adaptados.

Sustitución progresiva de la luminaria de nuestras instalaciones por iluminación LED y a la instalación de interruptores con detección de presencia en aseos, vestuarios y otras zonas de paso.

#### EFICIENCIA EN LA GESTIÓN Y EL CONSUMO

El mayor impacto ambiental de la actividad asistencial, se asocia a la generación de residuos biosanitarios.

Nuestras instalaciones cuentan con contenedores y papeleras señalizadas para garantizar que los residuos son recogidos de forma segregada, según su tipología, con el objeto de facilitar su posterior reciclado, reutilización o valorización. Controlar tanto el volumen de residuos generados como el grado de reciclaje y reutilización de los mismos, siendo en su mayoría residuos no peligrosos.

Una vez realizada la recogida selectiva, contamos con la colaboración de empresas autorizadas y certificadas para su adecuado tratamiento.

#### CONSUMOS

En cuanto a los consumos de electricidad y gas, tratamos de mantener un consumo responsable y ajustado a las necesidades.

Continuamos asimismo con nuestra estrategia de eficiencia energética.

La reducción en el consumo de agua, electricidad y gas no solo refleja un compromiso con la eficiencia energética, sino que también alinea al centro con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), especialmente con el ODS 7 que busca garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos. La estrategia de eficiencia energética adoptada puede incluir medidas como la mejora de la infraestructura, la inversión en tecnologías limpias y la promoción de prácticas sostenibles entre los consumidores.

Para un centro comprometido con los ODS, la bajada del consumo en los tres parámetros analizados no solo representa un logro en términos de eficiencia energética, sino que también contribuye a la lucha contra el cambio climático y apoya la transición hacia una economía más verde y sostenible. Esto demuestra un enfoque proactivo y responsable hacia la gestión de recursos y la sostenibilidad ambiental, lo cual es esencial para construir un futuro más resiliente y justo para todos.

## Economía circular

### 36.- ¿Hasta qué nivel se ha desarrollado en su organización el modelo de economía circular?

La organización ha comenzado a integrar los conceptos de la economía circular en sus operaciones y cuenta con objetivos y un plan de acciones para su desarrollo.

#### 36.1. Información adicional

Ver memoria RSA 2023 ([Memoria\\_Hospitalarias\\_zaragoza\\_2023-v4.pdf](http://hospitalariaszaragoza.es))

#### PROYECTO aRopa2

Contribuimos de manera activa y voluntaria a la preservación del medio ambiente al considerar que el desarrollo y bienestar social de todos los grupos de interés está íntimamente relacionado con una prestación sostenible de los servicios en toda su cadena de valor.

Para ello desde septiembre de 2016, participamos activamente en el Proyecto aRopa2.

Este es un proyecto de recogida y reutilización de ropa usada al objeto de proteger el medio ambiente, creando en su proceso puestos de trabajo para personas en situación o riesgo de exclusión social. Igualmente, parte de esta ropa reutilizada, tras un proceso de higienización, se dedica a entrega social, a personas que carecen de recursos económicos para adquirirla.

Mediante la colocación de contenedores en nuestras instalaciones, los trabajadores, pacientes y familiares participan en el proyecto, contribuyendo así, al objetivo de mejorar nuestro compromiso con la solidaridad ante situaciones desfavorecidas, poniendo en marcha iniciativas para garantizar un desarrollo sostenible.

#### SENSIBILIZACIÓN AMBIENTAL

#### PRIORIZAR EL USO DE TREN AL DE AVIÓN PARA DESPLAZAMIENTOS A MEDIA Y LARGA DISTANCIA

Para desplazamientos a media y larga distancia. Supone una reducción significativa de la huella de carbono (8 veces menor en tren)

**USO GENERALIZADO DE VIDEOCONFERENCIAS PARA REUNIONES Y FORMACIÓN.**  
Se ha realizado una inversión tecnológica importante para adaptar los equipos y las instalaciones a estos sistemas de comunicación en remoto.

**DESPLAZAMIENTOS DE PACIENTES, FAMILIARES Y VOLUNTARIOS**

Fomentamos el uso de transporte colectivo o de medios de transporte con cero emisiones como la bicicleta.

**NUESTRA CADENA DE SUMINISTROS**

Contratación con proveedores locales y de proximidad, y priorización de compras centralizadas siempre que es posible.

**Comunicación ambiental**

**37.- En el caso de desarrollar actuaciones en materia ambiental ¿en qué medida se comunica a los diferentes grupos de interés?**

Se comunica a todos los grupos de interés, con planes de comunicación específicos y por diversos canales (web, RRSS, newsletter, etc.) y existe una medición y seguimiento periódico.

**37.1. Información adicional**

Ver memoria RSA 2023 (Memoria\_Hospitalarias\_zaragoza\_2023-v4.pdf  
(hospitalariaszaragoza.es)

El proceso estratégico plan de Gestión tiene como misión la de establecer la sistemática que garantice la implantación del Documento del Capítulo Provincial (plan estratégico de la Congregación a nivel Provincial), según el Marco de Identidad de la Institución y de acuerdo al modelo de excelencia EFQM (referente de la gestión del Centro), así como el despliegue del plan de gestión anual que contiene acciones y objetivos asignados a los procesos, la evaluación y revisión tanto de la política como de los objetivos del hospital.

Plantea la sostenibilidad de la Obra Hospitalaria en el ámbito económico, social y ambiental como el reto estratégico.

El Modelo de Negocio y el Modelo de Gestión nos permiten poner en práctica la Propuesta de Valor del Centro Practicar la Hospitalidad, integrando las nuevas necesidades y demandas del mercado y respondiendo las expectativas e intereses de nuestros grupos clave de interés.

Nuestro modelo de gestión explícita la identidad del Proyecto Hospitalario en la realidad de la Obra Hospitalaria incorporando los elementos identificadores a todos los niveles del Centro, se fundamenta en el axioma de que los resultados excelentes en el Rendimiento General de una Organización, en sus Usuarios, en las Personas y en la Sociedad en la que actúa, se logran mediante un Liderazgo que dirija e impulse la Política y la Estrategia, y que se hace realidad a través de las Personas, las Alianzas y Recursos, y los Procesos.

El Marco de Identidad de la Institución es la guía que recuerda nuestra fidelidad a la misión. Practicar la Hospitalidad, es nuestro presente manifestado en la adaptación a las exigencias de los tiempos. El Modelo EFQM de excelencia en la gestión utilizado en y durante el tiempo de desarrollo de la misión.

Id\_Time que explica nuestra realidad hospitalaria desde una aproximación a su estructura

basándose en la triangulación de perspectivas (la identitaria, la de los tiempos y la del método).

Desde la Perspectiva Identitaria. Marco de identidad de la Institución. Desde la Perspectiva de los Tiempos. Documento capitular.

Desde la Perspectiva del Método. Modelo EFQM & GRI 4

El plan de comunicación ambiental forma parte de la estrategia de comunicación del Centro (Plan de comunicación del Centro), incluida en el plan de gestión del Centro, en la perspectiva Identitaria, de acuerdo al modelo de relación con la sociedad del Marco de Identidad de la Institución y al Código de Buena Conducta.

El Plan de Gestión es presentado a los principales grupos de interés. Tanto las experiencias de valor como las buenas prácticas de creación de valor están incluidas en la estrategia de comunicación del centro.

## **VALORACIÓN GLOBAL DE LA GESTIÓN SOCIALMENTE RESPONSABLE**

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

### **Valoración Global**

**39.- ¿En qué nivel de 1 a 10 siendo 10 muy alto valora su satisfacción con la gestión socialmente responsable que actualmente realiza?**

9

### **Puntos fuertes y áreas de Mejora**

**40.- ¿Podría enunciar un punto fuerte?**

Estructura de trabajo por proyectos.

**41.- ¿Podría enunciar un area de mejora?**

La evaluación periódica de los resultados obtenidos en certificaciones como la ISO 14001 del plan de gestión ambiental.

## **Agenda 2030 y Objetivos de Desarrollo Sostenible**

**¿Conoce su organización la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)?**

Sí, mi organización conoce la Agenda 2030 y tiene un compromiso público con la consecución de los ODS.

**En caso afirmativo, ¿su organización tiene identificados los ODS prioritarios sobre los que más impacta?**

Sí

**Si la respuesta a la anterior pregunta es afirmativa, ¿Cuales son?**

- ODS 3. Salud y bienestar.
- ODS 4. Educación de calidad.
- ODS 5. Igualdad de género.
- ODS 7. Energía asequible y no contaminante.
- ODS 8. Trabajo decente y crecimiento económico.
- ODS 10. Reducción de las desigualdades.
- ODS 12. Producción y consumo responsable.
- ODS 17. Alianzas para lograr los objetivos.