



Área de Salud I - Murcia-Oeste
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca



Responsabilidad Social Corporativa
Memoria 20**11**



Área I Murcia-Oeste

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

MEMORIA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA 2011



Edita

Unidad de Calidad Asistencial

Área I -Murcia Oeste

Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca"
Servicio Murciano de Salud

Coordinación editorial

Julio José López-Picazo Ferrer

Juan de Dios Cánovas García

Nuria Tomás García

Memoria de responsabilidad social corporativa 2011. Área I Murcia-Oeste

Primera edición Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social; 2013.

ISBN 978-84-96994-89-8

Depósito Legal MU-1184-2012

ÍNDICE

1	Estrategia y análisis	3
2	Perfil de la organización	10
3	Parámetros de la memoria	26
4	Gobierno corporativo, compromisos, retos y participación de los grupos de interés	32
5	Enfoque de gestión e indicadores de desempeño	63
6	Glosario	135
7	Informe de verificación	137
8	Nivel de aplicación GRI	139
9	Anexo: índice GRI	141



1 Estrategia y análisis



1.1.

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

Es innegable que la construcción de un futuro con una mayor calidad de vida para todos pasa necesariamente por el compromiso decidido de las organizaciones con el bienestar social y medioambiental del entorno donde desarrollan sus actividades. Para la organización, este compromiso incluye el impecable desempeño de la labor de los profesionales que redundan en la mayor calidad de los servicios que ofrecemos y la generación de beneficios para la sociedad murciana, así como en la creación de empleo sostenible, estable y de calidad.

Además de su impacto en la actividad sanitaria y en la generación de empleo, el Hospital en concreto y el conjunto del Área I Murcia-Oeste en general, cumplen una labor social que va más allá de la prestación sanitaria y que constituye un elemento esencial de la sociedad murciana.

Ser socialmente responsables como ciudadanos y como profesionales, no debe interpretarse como un gasto más o un requisito a cumplir por los dictados de las modas o presiones diversas, sino como una inversión imprescindible para conseguir avanzar y progresar de forma correcta y sostenible. Es el resultado de entender que en un mundo globalizado, hasta los pequeños gestos de todos -positivos y negativos- tienen una repercusión directa o indirecta para los demás.

Por ello, la capacidad de contribuir voluntariamente a un futuro sostenible es especialmente importante en el caso de las organizaciones sanitarias. En el HUVA, el Plan Estratégico 2010-2013 incorpora la responsabilidad social como un integrante más de la misión. Entre los valores estratégicos no falta la figura del respeto por el entorno, el cual nos conduce ineludiblemente hacia compromisos con la sociedad y el medio ambiente, y que se traducen entre otros, en líneas de actuación concretas para impulsar los proyectos de cooperación, el desarrollo de sistemas de Gestión Medioambiental o el fomento de la colaboración de los profesionales con asociaciones de pacientes y resto de grupos de interés, todo ello dentro del marco del modelo de excelencia EFQM que adoptamos.

Me llena de satisfacción difundir este documento para dar a conocer los esfuerzos realizados en el campo de la responsabilidad social corporativa. La presente memoria se ha elaborado de conformidad con la Guía del GRI en su versión 3.1 y constituye una presentación equilibrada y razonable del desempeño económico, social y ambiental de la organización. Constituye la primera memoria de sostenibilidad y refleja un proyecto compartido entre sus profesionales, los ciudadanos, proveedores y la sociedad murciana, con un único fin: cumplir la misión de forma responsable y sostenible.

José Vicente Albaladejo Andréu
Director Gerente

1.2.

Descripción de los principales impactos, riesgos y oportunidades.

IMPACTOS.

Durante 2009 se desarrolla el último Plan Estratégico vigente 2010-2013, con el que se pretende coordinar la toma de decisiones de forma que la organización avance y afronte los nuevos escenarios derivados del entorno social, tecnológico y demográfico. El Plan marca una serie de líneas estratégicas que pretenden conseguir la mejora de los servicios y la satisfacción de los clientes y personas que integran la organización. Ha sido un proceso participativo, en el que se han podido plasmar el intercambio de ideas de líderes y personas del hospital. La metodología de elaboración del Plan se inicia con la revisión y actualización de la Misión, Visión y Valores a fin de asegurar su sintonía con la del Servicio Murciano de Salud (SMS) y la función que se espera de nosotros. Tras ello, la fase de “Diagnóstico de Situación” ha tenido como objetivo analizar y evaluar de forma ordenada el marco en el que desarrollamos la labor asistencial, para conocer los factores y condicionantes internos y externos que pueden influir sobre el planteamiento estratégico y el funcionamiento de la organización en los próximos años. La reflexión estratégica continúa con el análisis de la información relevante identificada para cada uno de los grupos de interés, mediante una matriz DAFO. A partir de este análisis se identifica el escenario básico o más probable para fijar las estrategias. Asimismo, se analizan los riesgos que pueden tener una mayor incidencia en el HUVA, y se identifican estrategias y acciones a desarrollar en el caso de que dichos riesgos se puedan producir.

Como resultado, el Plan Estratégico (PE) formula sus ejes estratégicos alineándolos con el modelo EQM, que se desarrollan en líneas, acciones y objetivos estratégicos, *Figuras 1.1.a y 1.1.b*. Posteriormente, el Plan de Gestión Anual (PGA) concreta los objetivos operativos a alcanzar las acciones a desarrollar, los recursos asociados y los indicadores de seguimiento. Este Plan, viene a reflejar los impactos de la organización a través de sus líneas (21) establecidas.

Ejes Estratégicos	Líneas	Acciones	Obj. Estratégicos	Obj. Operativos
Liderazgo	4	6	6	21
Pol. y Estrategia	4	4	7	23
Personas	4	4	7	25
Alianzas y Recursos	5	6	8	25
Procesos	4	7	11	33
Total	21	26	39	127

Fig. 1.1.a. Líneas, acciones y objetivos del Plan Estratégico

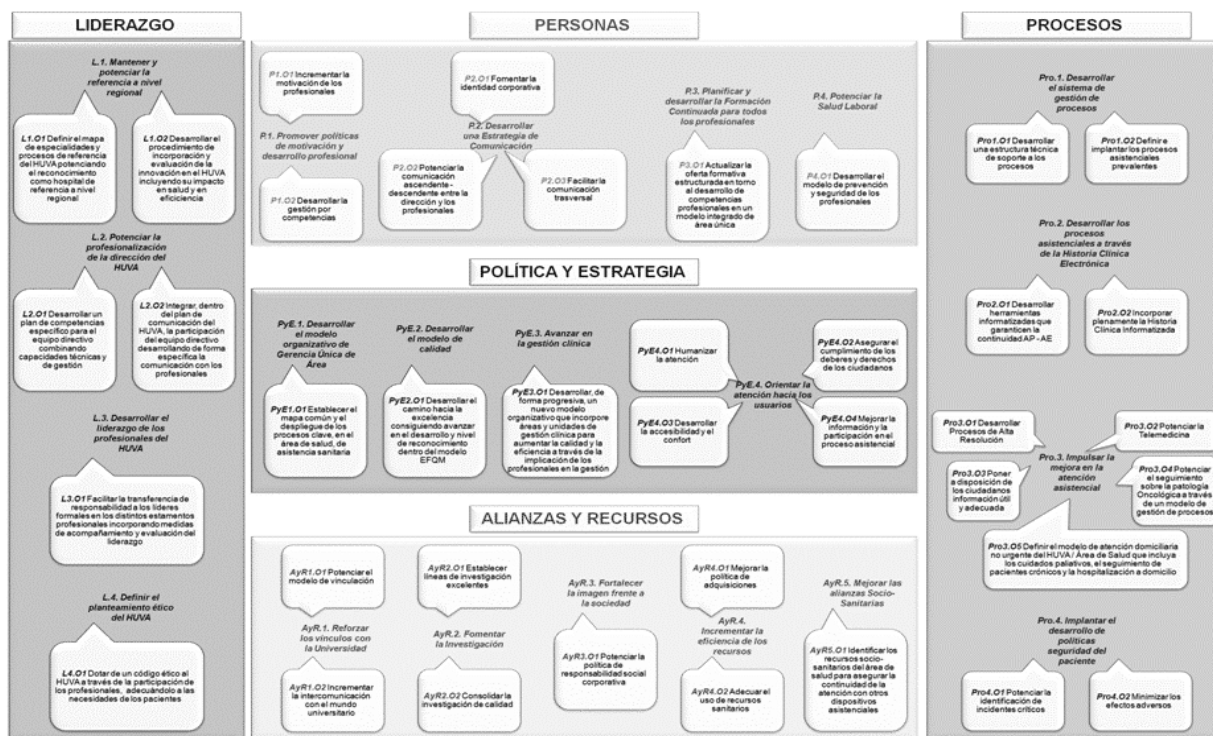


Fig. 1.1.b. Líneas del Plan Estratégico

El Plan Estratégico se traduce en una serie de objetivos anuales plasmados en el Contrato de Gestión anual. El cumplimiento del mismo está ligado a la existencia de una serie de procesos clave que operativamente desarrollan las actividades necesarias. Cada línea operativa dispone de un propietario-responsable de la misma que se encarga de realizar la gestión en el conjunto del proceso. Los subprocesos de mayor relevancia están definidos y activos de manera formal e informal.

Además anualmente se realiza la transformación a objetivos de unidades y servicios. Sus contenidos son negociados en los pactos de gestión, se despliegan en cascada a través de todos los líderes y retroalimentan la propia estructura y objetivos operativos del pacto de gestión.

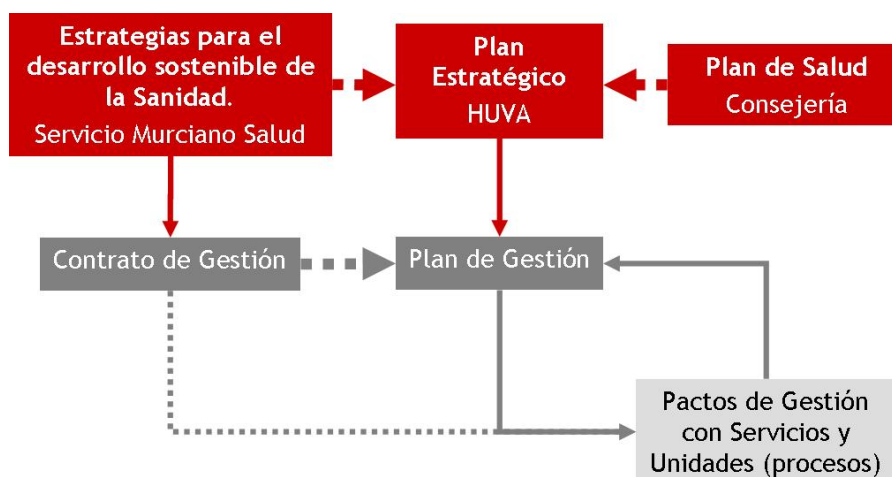


Fig. 1.1.c. Despliegue de la política y estrategia

OPORTUNIDADES.

De acuerdo con el PE y en íntima relación con los ejes que éste establece, la organización observa como posibles oportunidades:

- **En relación al ámbito socio-demográfico:**
 - La organización se muestra demográficamente muy activa, con una estructura de población joven, con poco sobre-envejecimiento.
 - La población mantendrá una estructura similar a la actual, manteniéndose estable la base de la pirámide (edades comprendidas de 0 a 14 años).
 - La Tasa de Mortalidad por cada 1.000 habitantes, es inferior (7,23 defunciones) con respecto a la media Nacional (8,59).
 - El número de inmigrantes irregulares en la Región ha disminuido un 25%.
 - Los inmigrantes pueden presentar patologías que permiten el estudio e investigación en enfermedades tropicales como el Chagas congénito para ser un centro de referencia internacional.
 - La satisfacción de los ciudadanos murcianos con la atención recibida en atención primaria y especializada es alta, por debajo de la media nacional, aunque en continua tendencia ascendente.
- **En relación al liderazgo.**
 - La Región de Murcia ha apostado por potenciar la sanidad de la Región, a través de grandes inversiones en infraestructuras y profesionales.
 - Previa a la reorganización del Mapa Sanitario, el Área de Salud I estaba compuesta por 3 hospitales (H.U. Virgen de la Arrixaca, H.U. Reina Sofía y H. José María Morales Meseguer). El nuevo Mapa sanitario establece para cada Área de Salud un hospital de Referencia.
 - El 32% de los ingresos hospitalarios del Servicio Murciano de Salud se llevaron a cabo en el HUVA.
 - La organización se identifica como referencia a nivel regional en muchas especialidades, así como referencia nacional para los MIR en algunas especialidades, como: Cirugía General y Digestiva.
 - El HUVA lidera la investigación hospitalaria sanitaria en la Región de Murcia.
 - La Universidad de Murcia ocupa el 9º lugar a nivel nacional en el área de biomedicina y ciencias de la salud y cuenta con más de 500 investigadores.
- **En cuanto a la estrategia adoptada por la organización, presenta las posibles siguientes oportunidades.**
 - La integración de Primaria y Especializada en Gerencia de Área Única puede permitir ganar en eficacia y mejorar la coordinación y continuidad asistencial.
 - Con la creación del nuevo Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria, se presenta la oportunidad de aglutinar esfuerzos de los diferentes equipos investigadores de la Región.
- **En cuanto a las personas de la organización.**
 - La política reciente del Servicio Murciano de Salud apuesta por el esfuerzo en el área de recursos humanos.
 - La incorporación de las personas que han superado las pruebas selectivas de

- la oferta de empleo público realizada en 2008.
- La carrera profesional permite consolidar un incremento económico para todas las categorías.
 - **En cuanto a las alianzas y recursos.**
 - Se espera completar el Plan del Hospital Materno Infantil del HUVA.
 - La puesta en marcha de dos nuevos hospitales en la región: el de Mar Menor y Cartagena.
 - El Servicio Murciano de Salud ha creado y ya está en funcionamiento la central de compras, encargada de centralizar el 85% de las compras (no incluye los fármacos).
 - La plataforma logística que se encargará de distribuir los materiales -tanto sanitarios como no sanitarios- a hospitales y centros de salud.
 - La principal Alianza del HUVA se identifica con la Universidad, destacando la construcción del nuevo Campus de Ciencias de la Salud.
 - **En cuanto a los procesos.**
 - La CSPS ha apostado por consolidar el modelo de Excelencia EFQM como herramienta de mejora y eso permite el desarrollo de la gestión por procesos en un ámbito de calidad.
 - Los modelos de gestión clínica, que se apoyan en gran medida en la gestión de los procesos asistenciales están desarrollándose en todas las Comunidades autónomas.

RIESGOS.

De acuerdo con el PE y en íntima relación con los ejes que éste establece, la organización observa como posibles riesgos:

- **En relación al ámbito socio-demográfico:**
 - La economía murciana ha experimentado desde 2008 una brusca y profunda desaceleración de su ritmo de crecimiento.
 - Durante 2011, la tasa de paro llega al 26'8% de la población (26'2% de hombres y 27'5% en mujeres), cifras superiores a la media del resto de España.
 - El aumento del desempleo se concentra en todos los sectores productivos, fundamentalmente en la construcción y sector servicios, así como en los inmigrantes, mujeres y jóvenes.
 - El nuevo escenario socioeconómico, con una tendencia al alza del número y porcentaje de parados, hace previsible una importante disminución de ingresos públicos.
- **En relación al liderazgo.**
 - La crisis económica puede frenar el liderazgo de la sanidad en la Región de Murcia.
 - El nuevo mapa sanitario puede disminuir el carácter de referencia del HUVA.
- **En cuanto a la estrategia adoptada por la organización, presenta los siguientes posibles riesgos.**
 - La nueva zonificación e integración entre Atención Primaria y Atención

- Especializada constituye un importante reto para la organización.
- La centralización de las estructuras de gestión de servicios centrales, resta autonomía en la capacidad de gestión del HUVA.
 - **En cuanto a las personas de la organización.**
 - La carrera profesional no constituye un estímulo para la mejora.
 - El desequilibrio entre los licenciados en medicina y las plazas MIR convocadas para la formación especializada es notorio.
 - Falta de flexibilidad y de capacidad de adaptación a corto plazo de la oferta de médicos, cuya movilidad en el interior del país, entre Comunidades Autónomas, y entre especialidades es muy baja.
 - **En cuanto a las alianzas y recursos.**
 - El fortalecimiento de otras Áreas, como la II de Cartagena, y la disminución de la dependencia sanitaria de otros hospitales de la Región.

En 2011 se ha mantenido el compromiso con el Modelo EFQM como principal herramienta de gestión. De esta forma se ha sometido el sistema de gestión a evaluación externa consiguiendo el reconocimiento EFQM 300+, además hemos mantenido la apuesta por la implantación de la Norma ISO 9000 en la gestión de procesos. Este año hemos dado un gran paso en este camino al certificar por dicha norma el sistema de gestión medioambiental.

COMPROMISOS.

Forma parte de los compromisos del HUVA conseguir la máxima eficiencia en la gestión del gasto público que se le asigna a la vez que adoptar las medidas medioambientales necesarias para minimizar o evitar los impactos medioambientales negativos que generan sus actividades. Gestionar la organización de una forma sostenible de manera que sea respetuosa tanto con los seres humanos como con el medio ambiente. En este sentido la organización se compromete a ampliar la cobertura de su próxima memoria RSC a la totalidad de la asistencia sanitaria pública prestada en el ámbito del AIMO, incluyendo tanto la atención primaria (centros de salud y sus consultorios) como la hospitalaria.

Consecuentemente, durante 2012 se elaborará un diagnóstico de situación sobre el manejo de medicamentos citostáticos en los centros de salud y se pondrá marcha un plan de mejora y corrección de deficiencias que incluirá procedimientos normalizados de manejo de citostáticos y sus residuos en centros sanitarios y en domicilios de pacientes. Posteriormente, se evaluará la corrección de las deficiencias detectadas.

En la misma línea, la organización se compromete a poner en marcha un grupo de trabajo con el objetivo de mejorar la protección e impactos ante la exposición a radiaciones ionizantes, de aquellos clientes que precisen técnicas de diagnóstico por imagen.



2 Perfil de la Organización



2.1.

Nombre de la Organización.

El Hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca” (HUVA) pertenece al Área I Murcia Oeste (AIMO), y se configura como una organización de servicios sanitarios públicos, perteneciente al SMS, que presta servicios sanitarios especializados a la población adscrita al Área I de Salud, erigiéndose como Hospital de referencia para toda la Región de Murcia.

2.2.

Principales marcas, productos y/o servicios.

Los servicios que se ofertan en el HUVA, son los servicios de atención a la Salud propios de un Hospital General Universitario, que como Área I, integra también los propios de la Atención Primaria, dispensados a través de los centros de salud y el resto de centros de sus catorce zonas básicas de salud (ZBS) que la integran y que viene recogidos en la *Fig. 2.2.a.* Además somos hospital de referencia tanto de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia como para otras CC.AA., limítrofes, manteniendo acuerdos con otras Áreas para la atención de aquellas especialidades que no se encuentran en su cartera de servicios.

SERVICIOS MÉDICOS	SERVICIOS QUIRÚRGICOS	SERVICIOS CENTRALES
ALERGIÁ ATENCIÓN PRIMARIA CARDIOLOGÍA CUIDADOS PALIATIVOS DEMENCIAS DIGESTIVO ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN GERIATRÍA MEDICINA INTENSIVA MEDICINA INTERNA MEDICINA TROPICAL M.I. INFECCIOSAS NEFROLOGÍA NEUMOLOGÍA NEUROLOGÍA ONCOLOGÍA PEDIATRÍA PSIQUIATRÍA REUMATOLOGÍA	ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA CIRUGÍA MÁXILOFACIAL CIRUGÍA PEDIATRICA CIRUGÍA PLÁSTICA Y QUEMADOS CIRUGÍA TORÁCICA DERMATOLOGÍA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA NEUROCIRUGÍA OFTALMOLOGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA TRAUMATOLOGÍA MAMA UROLOGÍA	ANÁLISIS CLÍNICOS ANATOMÍA PATOLÓGICA BANCO DE SANGRE BIOQUÍMICA Y GENÉTICA CLÍNICA FARMACIA HEMATOLOGÍA INMUNOLOGÍA MEDICINA NUCLEAR MICROBIOLOGÍA NEUROFISIOLOGÍA ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA RADIODIÁGNÓSTICO RADIOFARMACIA REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA URGENCIAS

Fig. 2.2.a. Cartera de Servicios.

2.3.

Estructura operativa de la organización, incluidas las principales divisiones, empresas operativas, filiales y negocios conjuntos.

Desde que el HUVA comenzó su funcionamiento en mayo de 1975, con escasas 500 camas de Hospitalización, hasta las 863 camas con las que cuenta hoy día, el HUVA ha ido consolidándose dentro del entramado asistencial hasta alcanzar su actual dimensión, produciéndose una renovación de estructuras y servicios para su adecuación constante a las necesidades y expectativas asistenciales que la ciudadanía actual demanda.

ESTRUCTURA OPERATIVA.

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

- **Órganos de Dirección y Gestión:**
 - **Unipersonales:** Director Gerente, Directores y Subdirectores de las tres divisiones existentes: Médica, Enfermería y de Gestión.
 - **Colegiados:** Comisión de Dirección (CD).

- **Órganos de Participación y asesoramiento:**
 - Comisión de Participación Hospitalaria (Participación).
 - Junta Técnico Asistencial (Asesoramiento).
 - Comisión de Bienestar Social (Asesoramiento).
 - Comisión Central de Garantía de la Calidad (Asesoramiento).

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

La Comisión de Dirección (CD). Órgano colegiado de dirección, supervisión y coordinación, encargado entre otros aspectos, de estudiar los objetivos sanitarios y los planes económicos del hospital, instrumentar los programas de dirección por objetivos, realizar el seguimiento de las actividades de los servicios y unidades del hospital; analizar y realizar las propuestas sobre el presupuesto anual del hospital y política de personal. Esta Comisión está presidida por el Director Gerente e integrada por las siguientes direcciones: Director Médico, de Enfermería y el de Gestión y Servicios Generales, así como los Subdirectores de las citadas divisiones.

A la CD podrán ser llamados a informar los Jefes de Departamento y Servicio, o los máximos responsables de las unidades, en su caso, cuando así se estime necesario.

La **Comisión de Participación Hospitalaria**, se constituye como Órgano colegiado de participación comunitaria en la planificación, control y evaluación de la asistencia. Entre otras funciones encomendadas, tienen la de conocer y elaborar las propuestas sobre los planes de actuación asistencial del hospital y sobre los programas económicos para cada ejercicio, así como conocer y elaborar propuestas respecto a los programas de dirección por objetivos que se derivan de los anteriores.

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

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

La **Comisión de Bienestar Social** es el órgano colegiado de asesoramiento al Director Gerente y a la Comisión de Participación Hospitalaria. Entre otras funciones se encuentran la de velar por el bienestar y atención general del paciente, propiciando una actitud positiva de todo el personal del hospital; analizar la información recogida por el servicio de atención al usuario (SAU); analizar aquellos aspectos específicos que puedan mejorar la asistencia, especialmente los relativos a dietas alimenticias, hostelería, visitas familiares, encuestas de hospitalización y en general, todos aquellos aspectos que contribuyan a hacer más satisfactoria y cómoda la estancia de los pacientes en el hospital, elevando las propuestas que procedan a la CD.

De un total de 5.168 empleados con los que cuenta el AIMO, el HUVA cuenta con una plantilla formada por 4.526 profesionales, con una edad media de 47 años, donde el 62% de la plantilla es personal fijo, y el resto lo constituyen personal interino y eventual, lo que refleja el impacto social y generación de empleo que en el entorno inmediato comporta la actividad del HUVA (*Fig. 2.8.a*).

Además de este empleo directo, también se genera empleo con empresas externas que realizan su actividad en el Hospital, colaborando en la prestación de servicios como limpieza, seguridad, alimentación o cafetería, donde se emplean un total de 583 trabajadores a su cargo.

El HUVA cuenta con acreditación para la actividad docente en especialidades médicas y enfermería, así como de autorización y acreditación asistencial para la extracción y donación de órganos.

ORGANIGRAMA (Fig. 2.3.a).

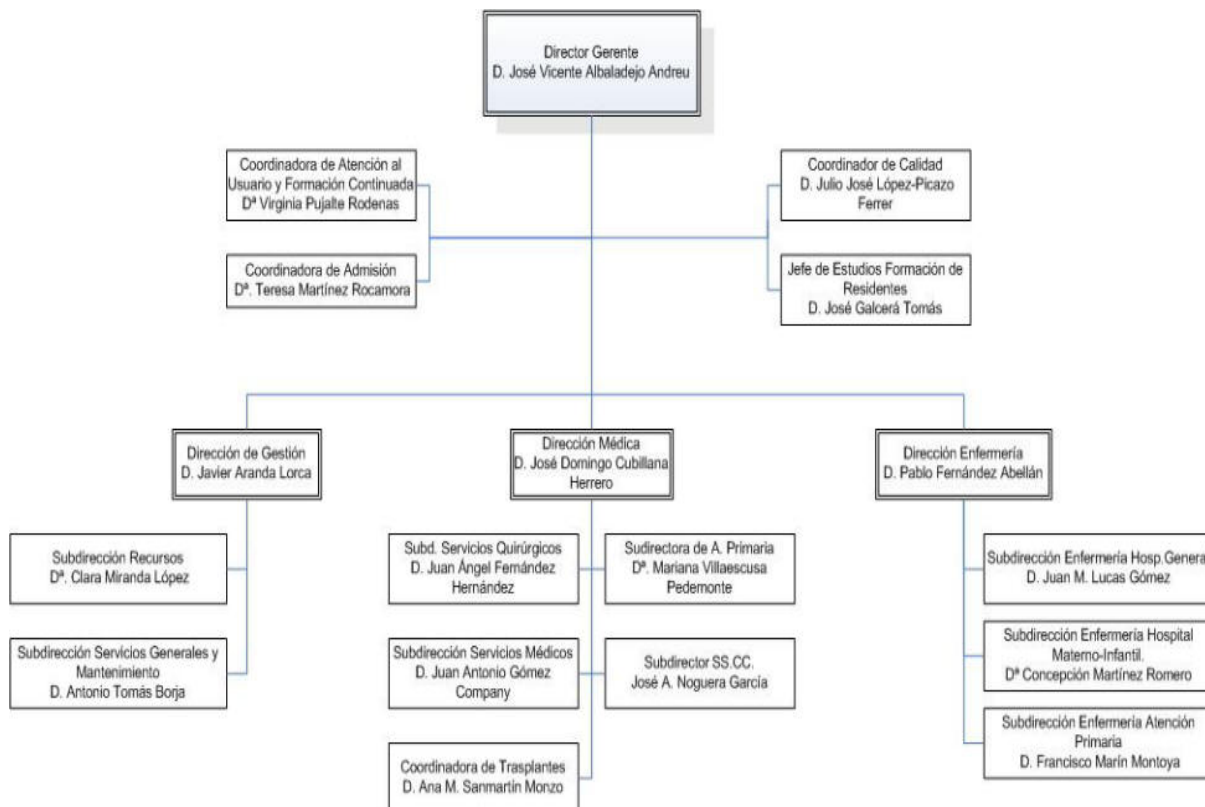


Fig. 2.3.a. Organigrama del Área I Murcia-Oeste.

MAPA DE COBERTURA (Fig. 2.3.b).

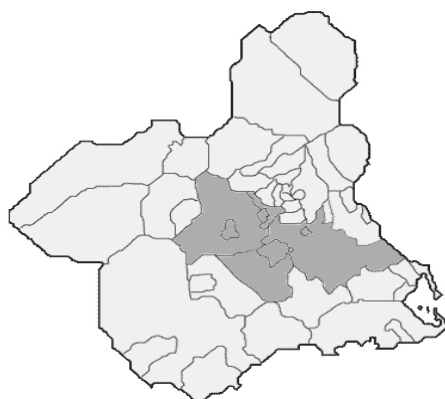


Fig. 2.3.b. Cobertura del Área I Murcia-Oeste.

De acuerdo con la Orden 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, publicada en el BORM número 103, de jueves 7 de mayo de 2009, se ordenan territorialmente los servicios de salud basándose en dos tipos de demarcaciones territoriales: el Área y Zonas Básicas de Salud.

Por su parte la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, ordena el Mapa Sanitario en demarcaciones territoriales denominadas Áreas de Salud (AS), perteneciendo el Hospital al Área I. Por todo ello, y de acuerdo con la Orden de 24 de abril de 2009, la delimitación del Mapa Sanitario perteneciente al Área I de Salud, quedó configurado con catorce Zonas Básicas de Salud y el centro de especialidades “Dr. Quesada”.

ESTRUCTURA DE GESTIÓN.

Tomando como referencia el Modelo EFQM de Calidad Total, el sistema de gestión se orienta en la actualidad a la gestión por procesos, al objeto de poder garantizar la transversalidad de las actuaciones y la implicación de todas las personas en el proyecto común. En este sentido, se ha creado un grupo promotor de procesos del que forma parte la dirección del HUVA. Éste ha generado la creación de otros 11 grupos multidisciplinares, en el que se han implicado 55 personas inicialmente, para diseñar o rediseñar los principales procesos de la organización que aparecen en su mapa cero.

Por las características de la actividad de la organización, los profesionales disponen de un alto grado de autonomía en la toma de decisiones clínicas, que es la esencia del trabajo. Prueba de ello (sin menoscabo de la existencia de documentos normalizados de interés general para toda la organización) es la elaboración de procedimientos, protocolos, guías de práctica y vías clínicas por los propios profesionales de la organización. Estos se dirigen a afrontar las decisiones diagnóstico-terapéuticas oportunas garantizando la máxima efectividad, eficiencia y seguridad. En 2011 hay contabilizados un total de 233 de estos documentos.

A medida que se avanza en el sistema de gestión, se observa el incremento de participación de las personas tanto en procesos como en equipos y grupos de mejora, lo que ha incidido en la mejora de la satisfacción tanto de las personas como del resto de grupos de interés. La pertenencia al SMS permite, además de contribuir a los objetivos comunes en materia sanitaria para los ciudadanos de la Región de Murcia, compartir estrategias comunes y utilizar herramientas conjuntas. Además, la transmisión de conocimientos y utilización de grupos de trabajo entre los diversos centros constituyen una fuente continua de aprendizaje. Prueba de todo ello es el funcionamiento ordinario de 20 comisiones y comités de profesionales, que aglutinan a un total de 281 profesionales (*fig. 4.1.a*).

2.4.

Localización de la sede principal de la organización.

La sede principal es el HUVA, en la que reside su estructura de gestión. Se ubica en la carretera de Madrid-Cartagena, s/n, 30120 El Palmar, Murcia, aproximadamente a diez

kilómetros del centro de la ciudad de Murcia. Es un paraje situado en la ladera de la montaña que separa la huerta del Segura con el litoral murciano del Mar Menor, considerado parque regional (Parque Regional del Valle y Carrascoy).

2.5.

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

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

2.6.

Naturaleza de la propiedad y forma jurídica.

El HUVA es una organización de servicios sanitarios perteneciente a la red pública del Servicio Murciano de Salud (SMS), Servicio Sanitario Regional que se configura jurídicamente como un Ente de Derecho Público, con forma de Entidad Pública Empresarial adscrita a la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia (CSPS).

2.7.

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

De acuerdo con la definición adoptada en la Misión *“El Área I Murcia-Oeste está formada por un conjunto multidisciplinar de personas que ofrecen, como centro público, los servicios de salud propios de la Atención Primaria y Hospitalaria en el marco geográfico que abarca, y de referencia para prestaciones y servicios de alta complejidad, facilitando una atención sanitaria accesible, resolutive, eficiente y de calidad a los ciudadanos y manteniendo su condición universitaria, docente e investigadora”*, como centro de referencia regional, el HUVA presta cobertura asistencial especializada a una población de 1.470.069 habitantes.

De forma directa, se da cobertura a un total de 251.631 habitantes pertenecientes a las catorce ZBS que integran el área de influencia del Hospital. Además de los catorce Centros de Salud existentes en las citadas ZBS y sus respectivos consultorios de áreas rurales, se dispone de un ambulatorio de especialidades, “Dr. Quesada”, ubicado en el céntrico barrio murciano de S. Andrés, al que se desplazan los distintos profesionales para dispensar la asistencia especializada necesaria.

2.8. Dimensiones de la organización informante

NÚMERO DE EMPLEADOS.

El Área I cuenta con una plantilla formada por 5.168 profesionales entre los dos niveles asistenciales: Atención Hospitalaria y Atención Primaria. La edad media de la plantilla es de 47 años, siendo el 62% personal fijo. La distribución por categorías y años es la que muestra la *Fig. 2.8.a*.

RELACIÓN LABORAL	Nº PERSONAS						TOTAL	
	HOSPITAL			PRIMARIA				
	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M		
PERSONAL FIJO	2.816	910	1.906	438	207	231	3.254	PLANTILLA ESTRUCTURAL
PERSONAL INTERINO	1.280	303	977	170	70	100	1.450	
PERSONAL EVENTUAL	430	117	313	18	3	15	448	PLANTILLA EVENTUAL
TOTAL	4.526	1.330	3.196	626	280	350	5.152	(Sin computar 16 directivos)

Figura 2.8.a Distribución por relación laboral y sexo.

La distribución de la plantilla estructural, sin tener en cuenta eventuales, por categoría profesional y sexo en los años 2010 y 2011, referidos según su lugar de trabajo, hospital o centros de atención primaria, se refleja en la figura siguiente *Fig. 2.8.b*.

CATEGORÍA PROFESIONAL	HOSPITAL						PRIMARIA					
	2010			2011			2010			2011		
	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M
PERSONAL DIRECTIVO	15	11	4	12	8	4	4	1	3	4	1	3
FACULTATIVOS	793	515	278	769	495	274	245	132	113	242	129	113
TÉCNICOS SUPERIORES, TEC.F.A., DIPLOM.	59	27	32	45	25	20	2	0	2	2	0	2
DIPLOMADOS SANITARIOS	1.357	317	1.040	1.369	321	1.048	208	81	127	209	80	129
TÉCNICOS SANITARIOS	191	28	163	189	32	157	5	1	4	5	3	2
TÉC. ESPECIALISTAS ADMINISTRACIÓN	69	24	45	138	34	104	7	4	3	7	4	3
TÉC. AUXILIARES SANITARIOS	1.078	29	1.049	1.069	31	1.038	29	0	29	31	0	31
TÉC. AUXILIARES ADMINISTRATIVOS	331	79	252	264	66	198	82	18	64	77	17	60
TÉC. AUXILIARES PROFESIONALES	129	84	45	103	83	20	30	30	0	30	30	0
CELADORES - OPERARIOS	401	212	189	406	205	201	29	19	10	25	17	8
NO SANITARIO - GRUPO E	155	18	137	174	18	156	2	0	2	2	0	2
TOTAL	4.582	1.345	3.237	4.538	1.318	3.220	643	286	357	630	280	350

Figura 2.8.b. Distribución plantilla estructural -sin eventuales- por categoría profesional y sexo en el Área I.

INGRESOS NETOS.

Al ser el HUVA una organización pública perteneciente a la red sanitaria del SMS, el 99'14% de sus ingresos provienen de la asignación presupuestaria anual que dicho ente público realiza. Fig. 2.8.c.

INGRESOS	2011	2010
Presupuesto Anual	517.690.725'33	543.929.930'81
Facturación cobrada procedente de Cobros a Terceros	4.304.585'79	4.105.690'73
TOTAL INGRESOS RECIBIDOS	521.995.311'12	548.035.621'54

Figura 2.8.c. Ingresos del HUVA por ejercicio

CANTIDAD DE PRODUCTOS O SERVICIOS PRESTADOS.

Al objeto de dar cumplimiento a la misión y dar cobertura a las necesidades asistenciales que la población protegida demanda, se ha ejecutado la siguiente actividad anual, según las siguientes áreas: Hospitalización, Consultas, Urgencias, Quirófanos, Alternativas a la Hospitalización y Servicios Generales.

Hospitalización	2011	2010
Media de camas utilizadas	662,9	678,9
Estancias	241.965	247.815
Altas	36.628	37.237
Índice de Rotación	42,45	42,95
Estancia Media total	6,60	6,69
Índice de Ocupación	76,82	78,67
Tasa de Ambulatorización ¹	28,05	27,95 ¹
Reingresos en Hospitalización	1.522	1.351

Figura 2.8.d. Hospitalización

Urgencias	2011	2010
Urgencias atendidas	195.646	194.671
Urgencias ingresadas	25.006	25.211
% Urgencias ingresadas	17,79	12,96

Figura 2.8.e. Urgencias

Quirófanos	2011	2010
Intervenciones Programadas con Anestesia General	6.018	5.976
Intervenciones Programadas con Anestesia Local	2.180	2.045
Intervenciones Urgentes Anestesia General	1.984	2.011
Intervenciones Urgentes Anestesia Local	585	621
Total mañana programados y urgentes	20.834	17.065
Cirugía extraordinaria (tardes)	774	1.390
Total actividad quirúrgica	21.608	18.455
Intervenciones menores	7.083	3.481
Estancia media preoperatoria de ingresos programados	1,03	0,92
% cancelación de cirugía programada	6,78%	7,12%
Índice de utilización quirófanos	73,95%	75,98%

Figura 2.8.f. Quirófanos

Alternativas a la Hospitalización	2011	2010
Hospitalización a Domicilio		
Nº. de Ingresos	252	237
Nº. de Estancias	4.601	2.783
Hospitalización de día quirúrgico		
Nº. Intervenciones	1.371	1.415
% Cirugía Programada	99,93%	99,58%
% Traslados a Hospitalización	0%	0,07%
Hospitalización de día médico		
Nº procedimientos/actuaciones	19.011	19.185

Figura 2.8.g. Alternativas a la Hospitalización.

¹Tasa de Ambulatorización (TA). Se obtiene mediante la siguiente formula: $TA = ((a + b) / (c+b)) * 100$, Donde: a) Número de intervenciones quirúrgicas de Cirugía Menor Ambulatoria (CMA) -sin ingreso hospitalario- realizadas en el Hospital (y ambulatorio en su caso).b) Número de intervenciones quirúrgicas CMA (sin ingreso hospitalario) realizadas en centros concertados (Hospitales a los que enviamos a los facultativos para que operen en sus instalaciones, pj. Hospital de S. José en Alcantarilla...).c) Número total de intervenciones quirúrgicas, programadas y urgentes realizadas en el Hospital.

Servicios Generales	2011	2010
Anatomía Patológica		
Citologías	18.097	20.687
Biopsias	18.104	18.423
Autopsias	150	175
Biopsias intra-operatorias	105	73
Diagnóstico por Imagen		
T.A.C.	21.453	18.263
Ecografías	29.925	26.711
RX simple	202.584	181.566
R.M	5.263	3.700
Farmacia		
Por stock de plantas		
Nº. Camas atendidas	945	945 ²
Nº. GFH hospitalarios solicitantes	179	179
Nº. GFH del Área I excluidos los Hospitalarios (Incluye, los centros de salud, consultorios, ambulatorio, residencias de ancianos, 061)	60	59
Nº. Pacientes atendidos	36.636	37.068
Por dosis unitarias		
Nº. Camas atendidas	547	547
Nº. GFH solicitantes Hospitalarios con pactos de stocks (Únicamente los existentes en el AIMO)	18	18
Nº. Pacientes atendidos	25.160	24.921
Tasa de Reclamación de tratamientos.	0.45%	0.45%
Rehabilitación		
CCEE Servicio Rehabilitación	18.030	19.161
Nº. Pacientes atendidos en Fisioterapia, Logopedia y Terapia ocupacional	14.923	15.948
Nº Total de Sesiones en Fisioterapia, Logopedia y Terapia ocupacional	306.473	321.784
Laboratorios. Determinaciones		
Bioquímica	7.427.414	7.826.224
Hematología	3.222.480	3.292.794
Microbiología	343.257	367.164
Urgencias	1.098.575	1.189.719
Total	12.091.726	12.675.901

Figura 2.8.h. Servicios Generales.

² La diferencia existente entre el número total de camas del HUVA expuesto en apartados anteriores, difiere de este dato debido a que aquí se tienen en cuenta las siguientes camas: todas las de hospitalización del hospital, incluidas reanimación, unidad de corta estancia, observación de urgencias, pre-hospitalización y hospital de día), algunas de ellas no siempre se encuentran en funcionamiento, sino que se habilitan eventualmente para determinadas fechas puntuales al año.

2.9.

Cambios significativos durante el periodo cubierto por la memoria en el tamaño, estructura y propiedad de la organización, incluidos: La localización de las actividades o cambios producidos en las mismas, aperturas, cierres y ampliación de instalaciones; y los cambios en la estructura del capital social y de otros tipos de capital, mantenimiento del mismo y operaciones de modificación del capital (para organizaciones del sector privado).

El HUVA, con el objeto de conseguir alcanzar los objetivos estratégicos (OE) marcados en el PE 2010-2013, se encuentra inmerso en una permanente renovación de sus infraestructuras asistenciales y tecnológicas, entre las que cabe destacar los siguientes cambios más significativos.

MEJORAS ORGANIZACIONALES.

- A) Implantación y despliegue de la gestión por procesos en la organización. Se ha definido el Mapa de Procesos e iniciado el diseño y despliegue de los procesos prioritarios clave, estratégicos y de soporte.
- B) Implementación del Proyecto “Marco Polo: hacia un Hospital sin papel”, encaminado al uso generalizado y sistemático de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en las Unidades de Hospitalización, y la mejora de la calidad y disponibilidad de la información clínica, así como conseguir una reducción en el uso del soporte papel.
- C) Implantación del sistema corporativo RIS/PACS, que ha posibilitado que desde el primer momento, pueda eliminarse la impresión de placas radiológicas y se introduzcan los circuitos necesarios para la inclusión de la imagen en el sistema, de manera que puedan recuperarse las imágenes en un entorno digital.
- D) Implantación del Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SiNASP). Los sistemas de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente son sistemas que permiten la comunicación y el registro de incidentes, eventos, circunstancias o errores que afectan a la seguridad de los pacientes. El propósito de los sistemas de notificación es mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.
- E) Implementación del plan de lactancia materna para la salud de las madres e hijos, donde se aplica una política de apoyo y ayuda permanente a todas las madres que deseen amamantar a sus bebés, llevando a cabo una identificación y eliminación de todas las barreras institucionales a la lactancia materna, promoviendo un plan de acción para llevar a cabo los cambios necesarios que favorezcan el adecuado establecimiento de la lactancia, a través del asesoramiento, información permanente, etc. Un equipo multidisciplinar creado “Comité de Lactancia Materna” revisa y actualiza el plan de manera sistemática.

MEJORAS DE INFRAESTRUCTURAS.

En 2011, la organización se encuentra inmersa en las obras de reforma y ampliación de las instalaciones del Hospital materno-infantil, aunque se han habilitado determinadas zonas que están siendo utilizadas para su uso. Su objeto es contar con una mayor capacidad y efectividad. Las características principales de estas infraestructuras se describen a continuación.

El presupuesto inicial de adjudicación ha supuesto una inversión de 39.352.725 €, que por necesidad se ha visto incrementada actualmente a 42.040.728 €, y cuyo equipamiento supone una inversión de 9.000.000 € más.

En cuanto a su dimensión, es decir metros utilizados, la siguiente *figura 2.9.a* muestra la superficie que aborda esta nueva infraestructura hospitalaria:

Tipos de superficie	m ²
Superficie a reformar	19.272
Superficie de nueva planta	30.817
Superficie a demoler	7.840
Superficie a urbanizar	10.947
TOTAL SUPERFICIE CONSTRUIDA	50.089
Superficie nueva central térmica	2.730

Fig. 2.9.a. Superficie de reforma y ampliación.

Con una distribución de siete plantas que albergan las siguientes zonas que muestra la *figura 2.9.b*.

Plantas	Distribución-Zonificación
P +3 y +4	Área pediátrica convencional para lactantes, aulario, psiquiatría pediátrica, trastornos de la alimentación pediátricos. Área convencional gineco-obstétrica. Administración. Área de medicina del trabajo. Psicología clínica. Lactantes. Oncología. Aislados. Hospital de día. Comedor.
P +2	Áreas de pediatría: hospital convencional pediátrico, hospital especial oncología, UCI pediátrica, críticos neonatología y UCI neonatología. Área gineco-obstétrico, hospital convencional gineco-obstétrico.
P +1	Área hospitalización convencional pediátrica -adolescentes-, área hospitalización pediátrica hemato/oncológico/nefrológico/endocrinológico. Área hospital día quirúrgico pediátrico, área gineco-obstetrica, Hospital convencional gineco-obstetrica, bloque quirúrgico del área técnico-asistencial, áreas generales y vestíbulos.
P 0	Área pediátrica consultas externas, vestíbulos y salas de espera, Área gineco-obstétrica consultas externas, unidad de atención al usuario, capilla, cafetería.
P -1	Área técnica de asistencia-diagnóstica por imagen, área de urgencias pediátricas, área gineco-obstétrica -área de partos urgentes- así como otras áreas de descarga de mercancías.
P -2	Laboratorios, vestuarios, gimnasio y almacén e instalaciones C.P.D.

Fig. 2.9.b. Distribución plantas-zonificación.

EN RELACIÓN A LOS INDICADORES DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.

Los resultados que se han obtenido en las distintas encuestas de satisfacción de pacientes confirman el impacto positivo de los cambios que se van implementando. La Organización valora como paciente "satisfecho" en las encuestas de satisfacción las valoraciones excelentes, como refleja la siguiente *figura 2.9c*. Además, en el área de atención al usuario se han recibido y tramitado 2.774 reclamaciones y 76 agradecimientos durante 2011.

		Hospita- lización	Quirúr- gica	Consulta Externa	Urgen- cias	GLOBAL
Satisfacción	% puntuaciones exce- lentes (≥ 8 en escala 10)	84,1%	70,0%	85,9%	80,0%	80,0%
Tasa general de problemas	% valoraciones negativas (excelencia: 0%)	11,2%	12,6%	14,6%	9,3%	11,9%
Infraestructura (confort)	% valoraciones negativas (excelencia: 0%)	35,2%	42,2%	10,6%	20,9%	27,2%
Competencia profesional	% valoraciones negativas (excelencia: 0%)	0,0%	0,7%	1,5%	0,7%	0,7%
Trato	% valoraciones negativas (excelencia: 0%)	1,2%	0,7%	1,5%	0,8%	1,1%

Figura 2.9.c. Encuesta de Satisfacción. La satisfacción se mide como el porcentaje de puntuaciones excelentes, siendo el objetivo alcanzar cifras cercanas al 80%. Las tasas de problemas (general y por categorías) indican la proporción de valoraciones negativas realizadas por los clientes, pretendiéndose reducirlas hasta o mantenerlas en valores no superiores al 15%.

Respecto a los clientes internos, las personas, la encuesta de satisfacción realizada también muestra tendencias positivas, como muestran los datos de la *Figura 2.9d*. En 2011, el 46% de los encuestados puntuaron su satisfacción de forma excelente. Igualmente, la tasa de problemas (porcentaje de respuestas con valoración negativa) se situó en el 21%, mostrando una reducción aproximada de 15 puntos porcentuales en relación a 2010.

Encuesta a las personas	2010	2011
Satisfacción (% puntuaciones excelentes, ≥ 8)	22%	46%
Tasa general de problemas (excelencia, 0%)	36%	21%

Fig. 2.9.d. Principales resultados de la encuesta a personas. Comparativa 2010-2011. La satisfacción se mide como el porcentaje de puntuaciones excelentes. La tasa de problemas indica la proporción de valoraciones negativas realizadas, siendo objetivo su minimización.

La *figura 2.9.e* desglosa la tasa general de problemas en sus distintas dimensiones. La mejora obtenida es uniforme y consistente en las doce dimensiones de la encuesta.

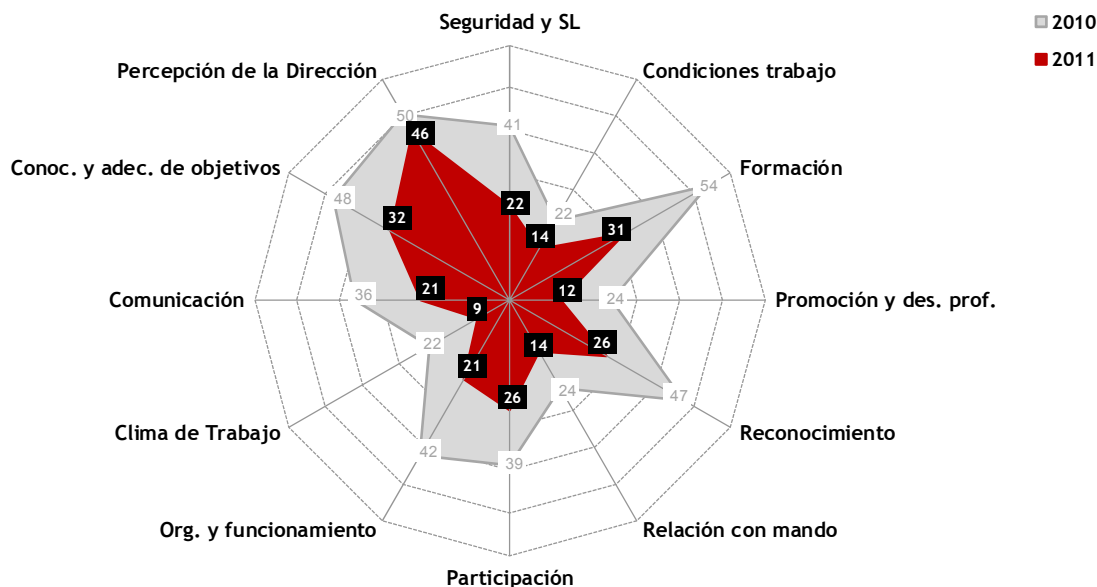


Fig. 2.9.e. Dimensiones evaluadas en la encuesta a personas expresadas en tasas de problemas (excelencia, 0%).
Comparativa 2010-2011

2.10.

Premios y distinciones recibidos durante el periodo informativo.

La actividad desarrollada por la organización ha sido objeto a lo largo del tiempo de numerosos reconocimientos y distinciones por parte de diversas instituciones y agentes sociales, claro ejemplo de ello, lo muestran los diversos premios y distinciones que se han recibido:

- Selección de la ponencia titulada “Mejora de la calidad de la asistencia perioperatoria en cirugía cardíaca”, entre las mejores experiencias en calidad asistencial. XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. 2011.
- Concesión del sello y certificado de excelencia europea EFQM en el nivel 300 +, otorgado por Club de Excelencia en Gestión y la organización EFQM Europa. 2011.
- Premio de la Asociación Española de Pediatría a la mejor comunicación oral “Exposición al humo medioambiental de tabaco y duración de la lactancia materna al año de vida”. 2011.
- Premio de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria a la mejor comunicación “Efecto del tipo de alimentación en el riesgo de sobrepeso al año de vida”. 2011.

- Premio Hipócrates, al Centro de Bioquímica y Genética Clínica, por ser Institución Sanitaria Relevante de la Región, concedido por el Colegio Oficial de Médicos. 2011.
- Finalistas de la VI edición de los premios “Best in Class”, a la mejor especialidad en Medicina del Aparato Digestivo. 2011.
- Distinción por la Sociedad Española de Neurología, como “Comunicaciones Estelares” en 2011, a las tres siguientes comunicaciones presentadas por el Servicio de Neurología del HUVA:
 - Fibrinólisis IV aislada.
 - TC de perfusión.
 - Terapia fibrinolítica intra-arterial.



3 Parámetros de la memoria



PERFIL DE LA MEMORIA

3.1.

Periodo cubierto por la información contenida en la memoria.

Al tratarse de la primera Memoria de Responsabilidad Social elaborada, se ha tomado la decisión de incluir además de las principales actividades desarrolladas en el ámbito de la RSC durante el año 2011, algunas de las realizadas durante el ejercicio 2010, fecha en la que se inicia el PE vigente. También se ha tenido a bien añadir datos e información referente a ejercicios anteriores al periodo de referencia, al considerar que pueden aportar información interesante que complementa y aclara una mejor comprensión de la trayectoria de la organización. En cualquier caso, la presente memoria valida la información referida al año 2011.

3.2.

Fecha de la memoria anterior más reciente.

No existe ninguna memoria anterior a ésta, ya que es la primera que se ha elaborado.

3.3.

Ciclo de presentación de memorias.

Al objeto de mantener la información de las actividades realizadas por la organización lo más actualizadas posibles, se ha adquirido el compromiso de elaborar bienalmente la Memoria RSC.

3.4.

Punto de contacto para cuestiones relativas a la memoria o su contenido.

Unidad de Calidad Asistencial del Área I Murcia-Oeste (UCA), ubicada en las instalaciones del HUVA, tercera planta del bloque técnico, área administrativa. Carretera de Madrid-Cartagena, s/n, 30120 El Palmar, Murcia. Teléfonos. 968 38 10 35 / 968 38 11 65

ALCANCE Y COBERTURA DE LA MEMORIA

3.5.

Proceso de definición del contenido de la memoria, incluyendo: Determinación de la materialidad; Prioridad de los aspectos incluidos en la memoria; Identificación de los grupos de interés que la organización prevé que utilicen la memoria.

Materialidad.

La información contenida en la memoria cubre los aspectos e Indicadores que reflejan los impactos significativos, sociales, ambientales y económicos de la organización así como aquéllos que podrían ejercer una influencia sustancial en las evaluaciones y decisiones de sus grupos de interés. La presente Memoria RSC se define teniendo en cuenta los intereses de estos grupos tras un análisis e investigación de cada uno, dirigido a conocer qué temas consideran prioritarios para la gestión socialmente responsable de la organización, en consonancia con la norma AA1000. Según el principio de comparabilidad, se han seleccionado, recopilado y divulgado los aspectos e información de forma consistente para que puedan analizar la información facilitada y darles así la posibilidad de apreciar los cambios experimentados en 2011, tanto en relación a otras organizaciones como en la propia organización.

La información que proporciona esta Memoria responde a además los indicadores elaborados en la guía G3.1. Con el fin de realizar una presentación equilibrada y razonable del desempeño, este documento se ha elaborado siguiendo este modelo para elaboración de memorias de sostenibilidad del Global Reporting Initiative (GRI).

Identificación de los Grupos de Interés que se prevé que utilicen el informe

En 2011, el ED junto con la UCA de la organización, de acuerdo con lo establecido en el objetivo marcado por el Plan Estratégico 2010-2013, en el que, entre otros objetivos primordiales figura el “(...) *abordar los retos de futuro provenientes de sus grupos de interés (...)*” se definen y concretan los principales grupos de interés que pueden utilizar este informe, priorizados según su relevancia para la organización:

- **Clientes** (Pacientes, Acompañantes y Usuarios en General).
- **Personas** (Plantilla Estructural -Fijos e Interinos-, Plantilla Eventual -Eventuales-, y Estudiantes -Grado y Postgrado-).
- **Sistema Sanitario** (SMS, Otras Áreas de Salud y otros Servicios de Salud y sus Áreas).
- **Proveedores.**
- **Sociedad** (Universidades; Asociaciones de Pacientes, Consumidores y Usuarios; Sociedades y Asociaciones Científicas; Colegios Profesionales; Ayuntamientos; Centros Educativos No Universitarios; Sindicatos; ONG's; Medios de Comunicación; Confesiones; Administración de Justicia; Cuerpos y Fuerzas de Seguridad).

3.6. Cobertura de la memoria.

La cobertura de de la presente Memoria se ciñe principalmente al ámbito de influencia del Hospital General Universitario “Virgen de la Arrixaca” (HUVA), integrado en el AIMO. Para acercar la asistencia especializada ambulatoria a los clientes, se dispone de un ambulatorio en el céntrico barrio de la capital murciana de S. Andrés, donde se desplazan los distintos profesionales para prestar la asistencia sanitaria especializada ambulatoria.

3.7. Indicar la existencia de limitaciones del alcance o cobertura de la memoria.

La memoria alcanza todos los impactos económicos, sociales y ambientales de la organización, para lo que se ha respondido exhaustivamente a lo solicitado por cada indicador, excepto aquellos que por su ámbito de actividad no se consideran de aplicación a esta organización, circunstancia que queda indicada expresamente en dichos apartados.

3.8. La base para incluir información en el caso de negocios conjuntos (joint ventures), filiales, instalaciones arrendadas, actividades subcontratadas y otras entidades que puedan afectar significativamente a la comparabilidad entre periodos y/o entre organizaciones.

Dadas las características que presenta como Hospital Público del SMS, no se dispone ni de negocios conjuntos ni de filiales.

3.9. Técnicas de medición de datos y bases para realizar los cálculos, incluidas las hipótesis y técnicas subyacentes a las estimaciones aplicadas en la recopilación de indicadores y demás información de la memoria.

Siguiendo las recomendaciones de la Guía GRI, la información recogida proviene de las fuentes de información interna de la propia organización. La recogida de datos junto con el análisis de necesidades y expectativas relevantes de sus GI, constituye la base imprescindible para conocer la situación del negocio y definir, desarrollar, revisar y actualizar su política y estrategia.

Para disponer de una información relevante y completa de los diferentes grupos de interés, la organización dispone de varios mecanismos (encuestas, grupos focales, sugerencias, quejas y reclamaciones, evaluaciones de resultados, reuniones, iniciativas, etc.). Mediante la *Figura 3.9.a* se muestran las distintas fuentes de información utilizadas y la periodicidad de su recopilación y análisis. La recogida y análisis de la información en los grupos de interés se realiza de forma sistemática para cada uno de ellos. Algunos de los datos obtenidos a partir de estas fuentes se reflejan en el apartado 2.9 de esta memoria.

GRUPOS DE INTERÉS	FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA
CLIENTES	• Encuestas de satisfacción de pacientes: Hospitalización, Consultas Externas, cirugía, urgencias, obstétrica, Atención Primaria.	Semestral.
	• Encuestas de satisfacción de procesos: Atención farmacéutica, UCI neonatal, etc...	Anual.
	• Quejas y reclamaciones del SAU.	Diario.
	• Reuniones con asociaciones de pacientes.	Esporádico.
PERSONAL DEL ÁREA	• Encuesta de satisfacción de las personas	Anual.
	• Reuniones periódicas con los representantes de los trabajadores.	Periódicas.
	• Reuniones con los Servicios y Unidades	Periódicas.
	• Buzón de sugerencias.	Diario.
	• Grupos de Mejora.	Esporádico.
SITEMA SANITARIO	• Reuniones del Comité de Seguridad y Salud Laboral.	Trimestral.
	• Plan de Salud.	Quinquenal.
	• Normativa legal.	Continua.
	• Contrato de Gestión.	Anual.
	• Documentos de control de Gestión	Cuatrimestral.
	• Instrucciones, Normativas y Circulares	Esporádico.
PROVEEDORES	• Reuniones periódicas con las direcciones de otros Hospitales	Periódicas.
	• Reuniones con los principales proveedores	Periódicas.
SOCIEDAD	• Reuniones con universidades.	Periódicas.
	• Reuniones con autoridades locales.	Periódicas.
	• Reuniones con asociaciones y sociedades científicas.	Periódicas.
	• Reuniones con asociaciones de pacientes, consumidores y usuarios.	Periódicas.
	• Reuniones con colegios profesionales.	Periódicas.
	• Reuniones con centros educativos no universitarios.	Periódicas.
	• Reuniones con sindicatos.	Periódicas.
	• Reuniones con ONG's.	Periódicas.
	• Reuniones con medios de comunicación.	Periódicas.
	• Reuniones con representantes de las distintas confesiones.	Periódicas.
	• Reuniones con representantes de la Admón. de Justicia.	Periódicas.
	• Reuniones con representantes de cuerpos y fuerzas de seguridad.	Periódicas.

Fig. 3.9.a Fuentes de información.

3.10.

Descripción del efecto que pueda tener la reexpresión de información perteneciente a memorias anteriores, junto con las razones que han motivado dicha reexpresión.

Es la primera memoria que se realiza.

3.11.

Cambios significativos relativos a periodos anteriores en el alcance, la cobertura o los métodos de valoración aplicados en la memoria.

Es la primera memoria que se realiza.

ÍNDICE DEL CONTENIDO DEL GRI

3.12.

Tabla que indica la localización de los contenidos básicos en la memoria.

La tabla donde se indica la localización de los contenidos básicos se encuentra en el Anexo.

VERIFICACIÓN

3.13.

Política y práctica actual en relación con la solicitud de verificación externa de la memoria.

Verificación realizada por Longinos Marín Rives, Director de la Cátedra de Responsabilidad Social Corporativa de la Universidad de Murcia, GRI Certified Training Program.



4

Gobierno corporativo, compromisos, retos y participación de los grupos de interés



GOBIERNO

4.1.

La estructura de gobierno de la organización, incluyendo los comités del máximo órgano de gobierno responsable de tareas tales como la definición de la estrategia o la supervisión de la organización.

En el apartado 2.3 se describe la estructura de gobierno del HUVA. Además de los órganos de gobierno, el HUVA tiene establecidos diferentes mecanismos favorecedores, tanto de la participación individual como del trabajo en equipo, como se puede comprobar en la *Figura 4.1.1*, donde se muestran los distintos mecanismos de participación existentes, así como la composición multidisciplinar con la que cuentan todos ellos.

Mecanismos de participación	Características y funciones principales	Número personas	Periodicidad
COMISIONES			
Historias Clínicas	Analizar y revisar el contenido de las HC, al objeto de verificar el que estén correctamente cumplimentadas. Controlar el adecuado orden de archivo, así como el correcto flujo en el circuito de préstamos de HC a los servicios internos del HUVA y al exterior. Realizar propuestas de mejora y elaborar y actualizar protocolos.	16	Cuatri-mestral
Seguridad del Paciente	Analizar, identificar y estudiar los incidentes y efectos adversos del HUVA, así como proponer medidas de corrección en el ámbito del ALMO. Asesorar a la Dirección.	13	Cuatri-mestral
Farmacia y Terapéutica	Equipos multidisciplinarios de asesoramiento, elaboración y revisión de protocolos y procedimientos.	10	Mensual
Interniveles y uso racional del medicamento	Selección de los medicamentos que usará el HUVA, basándose en criterios documentados de eficacia, seguridad y coste. Elaborar y actualizar la Guía Fármaco-Terapéutica del HUVA. Promover el uso racional del medicamento. Planificar actuaciones y asesoramiento a la Gerencia, sobre el uso racional de los medicamentos y coordinación entre los dos niveles asistenciales (Primaria y Especializada).	19	Trimes-tral
Formación continuada	Organizar, coordinar y supervisar las actividades de formación continuada de todos los profesionales de la organización.	18	Trimes-tral
Docencia	Organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos previstos en los programas formativos de las distintas especialidades en ciencias de la salud. Facilitar la integración de las actividades formativas y de los residentes con la actividad asistencial y ordinaria del Hospital, planificando su actividad profesional en el Centro.	18	Trimes-tral

Cuidados	Elaborar planes, protocolos y guías de cuidados de enfermería. Seguimiento y control de su implementación.	15	Quin- cenal
Mortalidad	Verificar Historias Clínicas de pacientes fallecidos en el Hospital. Elevar propuestas a la Dirección	8	Trimes- tral
Investigación clínica	Asesorar a la Dirección sobre áreas prioritarias, carencias y desarrollo de planes de investigación. Promover y difundir la Investigación.	10	Trimes- tral
Hemoterapia y transfusión	Verificar adecuación de la hemoterapia a la normativa vigente, así como formular las propuestas de mejora pertinentes. Realizar el seguimiento de las transfusiones realizadas.	10	Mensual
Infecciones y política antibiótica	Vigilancia y control de las infecciones nosocomiales. Revisión y elaboración de protocolos, así como emisión de propuestas de mejora.	12	Semes- tral
Transplantes	Elaboración de los protocolos de transplantes, así como su seguimiento y elaboración de propuestas de mejora. Implementación de programas de transplantes, revisión, seguimiento y control.	17	Trimes- tral
Melanomas	Evaluación y análisis de casos de melanomas y establecer tratamientos adecuados. Revisión y actualización de protocolos. Propuestas.	15	Mensual
COMITÉS			
Ético-Asistencial	Estudio, análisis, revisión, implementación de programas, propuestas y asesoramiento.	15	Trimes- tral
Investigación clínica	Estudio, análisis, implementación de programas, revisiones, propuestas y asesoramiento.	13	Trimes- tral
Mama	Estudio, análisis, determinación de tratamientos, implementación de programas, revisiones, seguimiento, propuestas y asesoramiento.	9	Semanal
Páncreas	Estudio, análisis, determinación de tratamientos, implementación de programas, revisiones, seguimiento, propuestas y asesoramiento.	13	Convo- catoria
Ético de Investigación	Estudio, análisis, revisión, implementación de programas, propuestas y asesoramiento.	19	Mensual
Lactancia Materna y crianza	Estudio, análisis, determinación de tratamientos, implementación de programas, revisiones, seguimiento, propuestas y asesoramiento.	8	Semes- tral
GRUPOS DE APOYO Y MEJORA			
Gestión medioambiental	Equipo multidisciplinar, en el que se debaten y proponen todas las actuaciones que en materia de gestión medioambiental afectan a la organización.	23	Trimes- tral

Fig.4.1.a Mecanismos de Participación.

4.2.

Ha de indicarse si el presidente del máximo órgano de gobierno ocupa también un cargo ejecutivo (y, de ser así, su función dentro de la dirección de la organización y las razones que la justifiquen).

El Director Gerente es el máximo responsable ejecutivo de la Organización.

4.3.

En aquellas organizaciones que tengan estructura directiva unitaria, se indicará el número de miembros del máximo órgano de gobierno que sean independientes o no ejecutivos.

La **Comisión de Dirección** está integrada por el Director Gerente, Director Médico, Director de Enfermería, Director de Gestión y SS.GG, y por diez subdirectores de las tres siguientes áreas de actuación: Médica, Enfermería y la de Gestión y SS.GG. Se reúne semanalmente y tiene funciones de dirección y gestión del Centro.

Subdirecciones Médicas: Subdirector de Servicios Quirúrgicos, de Servicios Médicos, de Atención Primaria y el Subdirector de Servicios Centrales.

Subdirecciones de Enfermería: Subdirector de Enfermería del Hospital General, del Hospital Materno-Infantil y el de Atención Primaria.

Subdirecciones de Gestión: Subdirectora de Recursos Humanos y el de Servicios Generales y Mantenimiento.

El **Equipo Directivo** tiene reuniones cuatrimestrales de Control de Gestión con la Dirección del SMS, mediante las cuáles se evalúa el desempeño realizado en los ámbitos económico, ambiental y social, reflejados en su contrato anual de gestión.

4.4.

Mecanismos de los accionistas y empleados para comunicar recomendaciones o indicaciones al máximo órgano de gobierno.

La organización pertenece al sistema sanitario público murciano, por lo que el término “accionista”, no existe como tal. Ahora bien, la organización entiende como accionistas a los ciudadanos y ciudadanas de la CARM, los cuales, a través de la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales de la Asamblea Regional (cuyo carácter en virtud del artículo 69 del Reglamento de la Asamblea Regional de Murcia -aprobado por el Pleno de la Cámara el día 13 de junio de 2002 y publicado en el BORM nº.127, de la misma fecha-, es de **Comisión Permanente Legislativa**, en la cual están presentes todos los partidos con representación parlamentaria) pueden comunicar recomendaciones o indicaciones a la Dirección.

Se mantiene con los empleados una relación tanto directa como a través de los representantes sindicales. La participación de los sindicatos en los órganos de gobierno viene regulada en los distintos ámbitos de negociación y en la normativa e instrucciones vigentes. Así, destacar las Comisiones que reúnen de forma periódica y en que participan los Sindicatos:

- Comisión de Participación Hospitalaria.
- Comisión de reubicación/adaptación por motivos de salud.

- Comisión de traslados internos.
- Comisión de seguridad y salud laboral.

Además de la participación que los empleados realizan a través de los representantes sindicales, el HUVA necesita disponer de una comunicación interna fluida, abierta, accesible y dinámica entre todas las personas que la componen. De ahí que se considere la comunicación como un elemento fundamental para lograr la identificación de los profesionales con el proyecto de la organización, que facilite la implicación y participación de todos ellos en la gestión y conocimiento de la Misión, Visión y Valores, así como en la mejora continua. Para ello se identifican dos tipos de comunicación:

- **Comunicación Formal:** estructurada con canales de comunicación establecidos y determinados a través de reuniones de los equipos de procesos, equipos de mejora, comisiones, comités, sesiones clínicas, etc. Sus integrantes y la periodicidad de sus encuentros se resumen en la *figura 5.4.1.a*. Asimismo, se utilizan las memorias, revista, correo electrónico y arrinet (intranet corporativa) como mecanismos formales de comunicación.
- **Comunicación Informal:** no se encuentra estructurada, se desarrolla en el ámbito de la actividad diaria, así como en los espacios que la Dirección habilita en determinados momentos, como son: actos sociales, celebraciones de Navidad, etc... En este sentido destacar los llamados “desayunos saludables”, contexto en el que el equipo directivo comparte con personas de la organización especialmente comprometidas con su buena marcha, un espacio para el intercambio de ideas, sugerencias, impresiones y medidas relacionadas con la gestión de las distintas competencias que les afecta.

Tipo de comunicación	Canal de comunicación	Medios de difusión
Formal	Descendente	Comisión de Dirección. Directores/Subdirectores y demás responsables. Juntas Generales/Consejo de Gestión. Reuniones comunicación Plan Estratégico. Reuniones Contrato de Gestión y Pactos de Gestión. Reuniones informativas en general. Reuniones con los representantes de los trabajadores Tablones de anuncios. Intranet (Arrinet)/Páginas WEB/Correo@. Folletos y publicaciones. Manual de acogida. Sesiones de reconocimientos. Desayunos Saludables. Revista Arrixaca. Visitas a Unidades y Servicios. Memoria Anual. Información impresa. Informe resultado encuestas.
	Ascendente	Encuestas de Satisfacción personas. Reuniones (con Directivos y con mandos intermedios) Comunicaciones directas con los mandos intermedios. Buzón de Sugerencias.
	Horizontal	Comisiones Equipos y grupos de mejora y trabajo. Sesiones (diarias-semanales) Protocolos/Guías clínicas. Procesos/Procedimientos.

Informal	Bidireccional	Reconocimientos. Comidas/cenas fin de año. Correo electrónico. Comunicaciones papel Arrinet. Revista Arrixaca.
----------	---------------	---

Fig. 4.4.a Canales de comunicación del HUVA.

4.5.

Vínculo entre la retribución de los miembros del máximo órgano de gobierno, altos directivos y ejecutivos (incluidos los acuerdos de abandono del cargo) y el desempeño de la organización (incluido su desempeño social y ambiental).

El Consejo de Administración del SMS, en su calidad de Órgano de Dirección y Administración de la citada Entidad Pública Empresarial, es quien fija las retribuciones del Director Gerente y del resto de personal directivo, teniendo en cuenta lo establecido para toda la Administración Autonómica por el Consejo de Gobierno Regional, así como lo establecido por el resto de normativa en vigor.

Es decir, conforme a lo dispuesto en el artículo 22.5 de la Ley 6/2011, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para el ejercicio 2011, las retribuciones a percibir por el personal funcionario (que hasta la Ley de Presupuestos Generales del Estado para el año 2007 han venido referenciadas a los grupos de titulación previstos en el artículo 25 de la Ley 30/1984, de 2 de Agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública y el artículo 13 de la Ley 5/2001, de 5 de diciembre, de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud), están referenciadas a los grupos y subgrupos de clasificación profesional establecidos en el artículo 76 y disposición transitoria tercera de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público, sin experimentar otras variaciones que las derivadas de los incrementos previstos en dichas normas presupuestarias, que pueden ser consultadas a través del siguiente enlace: <http://www.murciasalud.es/seccion.php?idsec=79>.

En la Administración Pública, los contratos blindados y las indemnizaciones de cesantías por dejar un determinado puesto con perfil de alto cargo, están expresamente prohibidos.

4.6.

Procedimientos implantados para evitar conflictos de intereses en el máximo órgano de gobierno.

La actuación del HUVA en materia de buen gobierno y transparencia en el ámbito de la gestión, se basa en los distintos procedimientos que para evitar posibles conflictos de intereses, instauran los siguientes pilares normativos.

- Ley 5/1994, de 1 de agosto, del Estatuto Regional de la Actividad Política.
- Decreto Legislativo 1/2001, de 26 de enero, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de la Función Pública de la Región de Murcia (BORM nº 85 de 12/04/2001).
- Leyes anuales de Presupuestos, donde se establece el nivel de Ingresos y Gastos para SMS, así como las Inversiones autorizadas.
- Ley 5/2010, de 27 de diciembre, de medidas extraordinarias para la sostenibilidad de las finanzas públicas (BORM 301 nº 31 de diciembre).
- Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, y que vino a sustituir a partir del 16 de diciembre a la antigua Ley de Contratos de Sector Público, Ley 30/2007 de 30 de octubre, en relación a la contratación de Servicios, Suministros y Obras.
- Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado (BOE nº 89 de 13/04/2007).
- Ley del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, Ley 55/2003, de 16 de Diciembre, en cuanto que fija las formas de provisión y selección del personal así como sus situaciones administrativas y fórmulas de vinculación.
- Ley 5/2001, de 5 de diciembre, de Personal Estatutario del Servicio Murciano de Salud (BORM, nº. 294, 21 de diciembre 2001).
- Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de la Administración Pública, tanto en el ámbito privado como en el público.
- Real Decreto 1382/1985, de 1 de agosto, que regula la relación laboral de carácter especial del personal de alta dirección (BOE, nº.192, de 12 de agosto de 1985)
- Decreto 28/1985, de 18 de abril, de la Consejería de Presidencia, sobre aplicación personal de la Administración Pública de la Región de Murcia de la Ley 53/1984, sobre incompatibilidades (BORM nº 89 de 20/04/1985)
- Real Decreto 598/1985, de 30 de abril, sobre incompatibilidades del personal al servicio de la Administración del Estado, de la Seguridad Social y de los organismos y empresas dependientes (BOE nº 107 de 04/05/1985).
- Ley de Protección de datos de carácter personal (Ley 15/1999, de 13 de Diciembre), con especial incidencia en razón a los datos que se manejan en la Administración Sanitaria, datos de salud especialmente protegidos.

4.7.

Procedimiento de determinación de la capacitación y experiencia exigible a los miembros del máximo órgano de gobierno para poder guiar la estrategia de la organización en los aspectos sociales, ambientales y económicos.

Los miembros que integran la CD acceden a esta condición a través del procedimiento de libre designación establecido para ello (ver apartado 4.6). Todos ellos tienen titulación universitaria y han acreditado capacidad y experiencia suficiente para el cargo.

4.8.

Declaraciones de misión y valores desarrolladas internamente, códigos de conducta y principios relevantes para el desempeño económico, ambiental y social, y el estado de su implementación.

La indiscutible naturaleza y carácter social que posee el HUVA, consistente en mejorar la salud de la población protegida, constituye sin duda, un aspecto de bienestar básico para la sociedad actual y futura.

En su camino hacia la excelencia, el HUVA ha transitado por diferentes etapas. En 2005 se realiza la llamada “Estrategia para el desarrollo sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010”, que condujo finalmente a la organización a una reflexión estratégica que provocó la adopción del Modelo EFQM como modelo de gestión, efectuándose por primera vez la definición de Misión, Visión y Valores del HUVA, que quedaron establecidos en la Memoria de Actividad Anual del Hospital del año 2006.

En 2010 se aprueba el vigente PE del HUVA, que responde a esta estrategia y filosofía de calidad, planteándose una serie de acciones y objetivos alineados con el modelo de EFQM de calidad total, que a modo de compromiso se desean alcanzar en el horizonte del año 2013. En él se modifica el concepto de Misión y Visión que hasta entonces se tenía, aspirando a ocupar una posición de liderazgo bajo un modelo integral de atención al paciente. A final de 2011, y a través de la participación de sus profesionales en un estudio tipo Delphi, la CD actualiza estas definiciones para adaptarlas a la nueva realidad, que se muestran a continuación.

Misión

El Área I Murcia-Oeste está formada por un conjunto multidisciplinar de personas que ofrecen, como centro público, los servicios de salud propios de la Atención Primaria y Hospitalaria en el marco geográfico que abarca, y de referencia para prestaciones y servicios de alta complejidad, facilitando una atención sanitaria accesible, resolutive, eficiente y de calidad a los ciudadanos y manteniendo su condición universitaria, docente e investigadora.

Fig. 4.8.a Misión.

Visión

El Área I Murcia-Oeste aspira a ocupar una posición de referencia y liderazgo para desarrollar un modelo integral de atención a la Salud. Mediante la participación e implicación de todos los profesionales y la coordinación de los niveles asistenciales, queremos prestar una atención adecuada, ágil y segura, estableciendo áreas de excelencia en los ámbitos asistencial, docente e investigador, sobre la base del respeto al entorno, el uso eficiente de los recursos y la sostenibilidad del sistema sanitario público.

Fig. 4.8.a Visión.

Valores

Para poder cumplir con la misión y avanzar hacia la visión, la Organización se apoya en los siguientes valores:

Orientación a los Pacientes.	Prestar una atención individualizada basada en el respeto mutuo, utilizando el diálogo cooperativo como herramienta de salud y velando por la dignidad del paciente y los familiares.
Orientación a los profesionales.	Promover políticas de motivación y desarrollo profesional fomentando el respeto entre las personas de la organización.
Equidad en la prestación.	Garantizar el acceso a la prestación asistencial en condiciones de igualdad.
Integración organizativa.	Evolucionar hacia un modelo de gestión colaborativo e integrado entre los servicios cuyo eje sea la continuidad asistencial.
Flexibilidad.	Diseñar y adaptar las prestaciones a las necesidades cambiantes de la población.
Compromiso con los valores éticos.	Potenciar, desarrollar y difundir los valores éticos y morales de la organización.
Docencia.	Orientar las acciones formativas a las necesidades y demandas de los profesionales y de la sociedad.
Investigación.	Liderar la investigación básica y trasnacional en ciencias biosanitarias.
Innovación.	Evaluar e incorporar las nuevas tecnologías y modelos organizativos, como herramienta para la mejora de la calidad.
Transparencia.	Comunicar de manera transparente los elementos clave de la organización (procedimientos y resultados).
Eficiencia en el uso de los recursos.	Desarrollar una gestión efectiva, eficiente y transparente de los recursos destinados a la consecución de la visión.
Orientación a la excelencia.	Incorporar la Calidad Total como instrumento para alcanzar la excelencia y lograr resultados excelentes.
Respeto al entorno.	Adquirir compromisos con la Sociedad y el Medioambiente.

Fig. 4.8.c Valores.

El desarrollo de la actividad de la organización, se centra en los ámbitos asistencial, docente e investigador y resulta afectado e implicado en la problemática medioambiental. Por ello tiene la responsabilidad de ser una organización respetuosa con el medioambiente desde las que se desarrollan o potencian entornos saludables para las actuales y futuras generaciones. En este sentido el HUVA tiene definida una política medioambiental en la que se asume el compromiso de seguir garantizando actualmente y en el futuro, la satisfacción de los clientes y la responsabilidad con el entorno.

En el HUVA existe una importante conciencia de que las acciones generan impactos, tanto sobre el medioambiente como sobre los grupos de interés con los que se

interacciona: trabajadores, proveedores, asociaciones no lucrativas, miembros de la comunidad, etc..., por lo que, para mejorar el desempeño ambiental, social y económico, gestionando por ello la organización a través de un sistema de gestión sostenible, con el que se pretende:

1. Adoptar las medidas necesarias para evitar o minimizar los impactos ambientales negativos que puede generar la actividad.
2. Gestionar la organización de una forma sostenible, de manera que sea respetuosa tanto con los seres humanos como con el medioambiente, asumiendo para ello los siguientes compromisos.
 - a. **Con el medio ambiente.** Se trata de ir más allá de las exigencias que la legislación ambiental aplicable impone, así como de cumplir con los demás requisitos ambientales a los que la organización se suscriba, para mejorar el desempeño ambiental y prevenir la contaminación, estableciendo procedimientos que permitan identificar, valorar y controlar los aspectos medioambientales de las actividades que tengan un impacto significativo.
 - b. **Con los clientes.** La organización mantiene el compromiso con la excelencia para ofrecer unos servicios y productos con la mayor calidad posible, promoviendo la mejora continua.
 - c. **Con los proveedores.** Se lleva a cabo una política de compras que contempla, además del precio y la calidad, criterios sociales y ambientales.
 - d. **Con los profesionales.** Se apuesta por la confianza y la responsabilidad como pautas que marcan la política de recursos humanos del HUVA. Se mantienen lugares de trabajo adecuados, saludables y seguros. Se propicia y facilita la formación de los trabajadores y colaboradores, así como la formación continuada que facilita su participación en la implementación y mejora del Sistema de Gestión Sostenible. Según la *figura EN5.b*, en 2011 se formaron 693 profesionales en estas materias.
 - e. **Con la participación de los grupos de interés en la construcción de un desarrollo sostenible: la búsqueda de alianzas para el cambio.** Comunicada esta política de sostenibilidad a todos los profesionales y otros grupos de interés, se implanta y mantiene en todos los niveles de la organización. Se desarrollan acciones que contribuyen a que los grupos de interés se impliquen activamente en la construcción de un desarrollo sostenible.
 - f. **Con la comunidad.** Se promueve el desarrollo de la comunidad con la participación en medios de comunicación, foros, redes y alianzas para la construcción de un entorno más justo, solidario y sostenible.
 - g. **Con la mejora de procesos y actividades.** Se identifican procesos claves, estableciendo anualmente objetivos cuantificables y evaluables, materializados en un plan por áreas y programas. Se profundiza constantemente en procedimientos y sistemas de gestión que mejoren constantemente la eficacia y eficiencia.

Esta Política de Sostenibilidad ha sido consensuada con los profesionales de la organización con la pretensión y espíritu de ser la guía para un Sistema de Gestión Sostenible en el HUVA. Su cumplimiento es posible gracias a la implicación de todas las personas que forman parte de la organización difundiéndose a todos los niveles y siendo revisada y publicada periódicamente, para su conocimiento por todas las partes interesadas.

En cuanto al código de conducta que rigen la organización y de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de funcionamiento interno del Comité Ético Asistencial del HUVA, implementado totalmente, la organización considera como principios rectores del código de conducta: *“Hacer el bien a los demás, con escrupuloso respeto a los valores de justicia y autonomía, debe ser la norma de conducta de todas las personas que están involucradas en el proceso asistencial: pacientes, profesionales sanitarios, administradores, gestores y todos los que de forma directa e indirecta participan en la atención clínica; esta norma de conducta, que no concierne al mundo jurídico o de la coercibilidad sino al fuero interno o al respeto humano, forma parte de la moral y de las acciones humanas en orden a su bondad o malicia”*.

4.9.

Procedimientos del máximo órgano de gobierno para supervisar la identificación y gestión, por parte de la organización, del desempeño económico, ambiental y social, incluidos riesgos y oportunidades relacionadas, así como la adherencia o cumplimiento de los estándares acordados a nivel internacional, códigos de conducta y principios.

El Director Gerente desempeña la función directiva en colaboración con el resto de miembros del ED, lo que incluye gestionar las medidas y acciones económicas, ambientales y sociales que se adoptan en la organización.

La revisión mensual del plan de gestión, junto con la cuatrimestral del Contrato de Gestión (CG) que vienen realizándose conjuntamente con los Servicios Centrales del SMS, permiten fijar los cambios y correcciones oportunas en la política estratégica. En este proceso se revisa y ajusta si procede, el grado de cumplimiento de los objetivos asistenciales e indicadores económicos.

La evaluación de la efectividad en la política estratégica de la organización, se lleva a cabo a través del grado de consecución de los objetivos estratégicos, el control de los indicadores de gestión interna y las encuestas de satisfacción de pacientes, usuarios y personas, así como la percepción de la Sociedad. Como consecuencia de las revisiones sistemáticas se realizan ajustes en el corto y medio plazo para satisfacer las necesidades y expectativas específicas y puntuales de los grupos de interés.

La Gestión económica y de Recursos Humanos es auditada con carácter anual por la empresa externa “Deloitte”, adjudicataria del concurso público realizado por la Consejería de Economía y Hacienda.

La gestión medioambiental, de acuerdo con el Plan de Auditoría interna se revisa por la auditora externa “Eurocontrol” de forma anual, para conseguir-mantener la certificación de la Norma ISO 14001:2004.

4.10.

Procedimientos para evaluar el desempeño propio del máximo órgano de gobierno, en especial con respecto al desempeño económico, ambiental y social.

Con carácter cuatrimestral, el ED mantiene reuniones de control de gestión con la Dirección de SMS (SS.CC), a través de las cuales se evalúa el desempeño de la organización en los distintos ámbitos de actuación: económico, ambiental y social.

COMPROMISOS CON INICIATIVAS EXTERNAS

4.11.

Descripción de cómo la organización ha adoptado un planteamiento o principio de precaución.

El HUVA, por las específicas y sensibles peculiaridades del sector en el que opera, dispone de diversos mecanismos para minimizar los riesgos del desarrollo o introducción de nuevos productos, ya que cualquier producto farmacéutico o material sanitario, previamente a su comercialización y uso asistencial, deberá disponer de la preceptiva autorización previa.

Previo introducción de un nuevo fármaco en la organización, se necesita la concesión de autorización. Este deberá contar con el visto bueno de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, que evaluará y realizará la selección de los medicamentos que podrán ser usados basándose en criterios de eficacia, seguridad y coste a fin de quedar en su caso, incluidos en la Guía Farmacoterapéutica de la organización. Asimismo, se estudiará y evaluará conforme a la bibliografía médica, los beneficios, efectos secundarios, contraindicaciones y coste del nuevo producto a incorporar en la organización. Durante 2011 se evaluaron 28 medicamentos, de los que 18 fueron aprobados e incorporados a la Guía y 3 rechazados, quedando 7 pendientes de evaluación en 2012.

En cuanto a los nuevos materiales sanitarios, todos han de disponer del marcado CE, así como de la ficha técnica del producto, además, determinados productos químicos como los reactivos de laboratorio y desinfectantes, también deben disponer de la pertinente ficha de seguridad del producto.

En cuanto a la seguridad del paciente, la Comisión de Seguridad del Paciente se encarga de identificar y estudiar los incidentes y efectos adversos que se producen o han producido en el hospital, para analizar y proponer medidas de corrección en dichos ámbitos. Los resultados de su actuación se recogen en las *figuras PR.1.b, PR.1.c y PR.1.d*. En cuanto a la seguridad física de las instalaciones, equipos y personas presentes en el Hospital queda asegurada con la acción de los diferentes equipos, en los que también se integra el personal de la empresa externa de vigilancia y seguridad, y la colaboración del Comité de Seguridad y Salud. Estos equipos son los responsables de analizar, protocolizar, hacer el seguimiento y adoptar las medidas necesarias para afrontar las posibles incidencias.

El impacto que pudiera darse relacionado con la alimentación de los pacientes hospitalizados se gestiona a través del servicio de cocina, que dispone de una serie de procedimientos de control y supervisión permanentes que garantizan la correcta y adecuada alimentación de los pacientes en función de sus necesidades particulares y estado de salud. Está certificado con la Norma ISO 9001.

4.12.

Principios o programas sociales, ambientales y económicos desarrollados externamente, así como cualquier otra iniciativa que la organización suscriba o apruebe.

Las áreas y elementos que aborda y engloba el programa social del HUVA son múltiples. Incorpora desde actuaciones solidarias con otros países, a través de la ONG “Cirugía Solidaria”, hasta la educación a los niños ingresados por un equipo de cuatro docentes dependientes de la Consejería de Educación, Formación y Empleo de la CARM (EAEHD - Equipo de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria-), una Ciberaula, o el apoyo y arte de los Payasos del Hospital.

El compromiso del HUVA con la solidaridad va más allá de la donación de material a las distintas ONG’s y asociaciones existentes. La organización a través de la concesión de permisos a sus empleados permite que personas con distintas especialidades profesionales y categorías puedan acudir a diversos países para asistir y colaborar *in situ*, como muestra *la figura 4.12.a*.

A través de una ONG propia denominada **Cirugía Solidaria**, la organización se encuentra totalmente implicada en proyectos como los de Camerún y Kafana, en los que, desde el año 2005 y de forma continuada hasta la fecha de hoy (como muestra las *figuras 4.12.b y 4.12c*) los profesionales del HUVA, junto a los de otros Hospitales de la Región, han asistido a más de 1.300 personas con cerca de las 1.600 intervenciones practicadas.

Año	Especialidades	Personas
2005	Cuatro Cirujanos Generales. Dos Anestelistas. Dos Enfermeras	8
2006	Cinco Cirujanos Generales. Dos Anestelistas. Dos Enfermeras. Un Auxiliar de Enfermería.	13
2007	Cinco Cirujanos Generales. Tres Anestelistas. Tres Enfermeras. Un Pediatra. Una Psicóloga.	13
2008	Cuatro Cirujanos Generales. Un Anestelista. Cuatro Enfermeras. Un Internista Digestólogo. Dos Residentes de Cirugía General. Dos Residentes de Anestesia.	14
2009	Cinco Cirujanos Generales. Dos Cirujanos Maxilofaciales. Un Anestelista. Cuatro Enfermeras. Un Internista Digestólogo. Un Fisioterapeuta. Una Psicóloga. Dos Residentes de Cirugía General. Dos Residentes de Anestesia.	19
2010	Ocho Cirujanos Generales. Dos residentes de Cirugía General. Tres Cirujanos Maxilofaciales. Un ORL. Un Pediatra. Un Internista. Cinco Anestelistas. Dos Residentes de Anestesia. Diez Enfermeras. Un Internista. Un Fisioterapeuta. Una Auxiliar de Clínica.	36
2011	Cinco Cirujanos Generales. Dos Residentes de cirugía General. Dos Cirujanos Maxilofaciales. Un ORL. Un Pediatra. Un Internista. Digestólogo. Tres Anestelistas. Un Residente de Anestesia. Seis Enfermeros. Un Fisioterapeuta. Un Periodista. Un Auxiliar de Clínica.	25
Total profesionales colaboradores:		128

Fig. 4.12.a Personal colaborador por categorías y número.

Año	Organización/Fundación/ Proyecto de ayuda	País de destino	Material entregado
2011	Cirugía Solidaria	Camerún	Fármacos y material fungible - gasas, jeringas, etc...- Fármacos, pijamas y mobiliarios
2011	Asociación de amigos de Honduras	Honduras	
2010	Asociación de padres del colegio "El Salvador" de Caravaca	España	Material informático
2010	Fundación "Jesús Abandonado"	España	Mobiliario
2010	Asociación de padres del colegio "S. José" de la Alberca	España	Material informático
2010	Asociación de padres y madres del instituto enseñanzas secundarias de Cox, Alicante.	España	Material informático
2010	Asociación, centro Unesco Murcia	España	Ropa sanitaria
2010	ONG "Fe y Alegría" Murcia	España	Ropa sanitaria
2010	Escuelas de enfermería de las Universidades Públicas de Murcia y Cartagena -UMU y UPCT-	España	Mobiliario quirúrgico
2010	Grupo de investigación de neurocirugía clínica experimental Nicex, de Ciberneted, de la facultad de medicina de la UMU.	España	Mobiliario quirúrgico
2010	Bomberos en acción	España	Mobiliario quirúrgico
2010	Coordinadora del pueblo Saharai	Sahara	Mobiliario quirúrgico
2010	Amigos de Honduras	Honduras	Mobiliario quirúrgico
2010	Cirugía Solidaria	Sahara y Camerún	Fármacos y material fungible - gasas, jeringas, etc...-
2010	Asociación de amigos de Honduras	Honduras	Fármacos, pijamas y mobiliario
2006-09	Asociación Adimur	Paraguay	Material sanitario
2006-09	San Manuel Cortés	Honduras	Mobiliario para dotar dispensarios
2006-09	Asociación apadrinamiento social de wilaya ausserd	Campamento Saharai Argelia	Ordenadores y vestuario clínico
2006-09	Delegación Saharai de la Comunidad Autónoma de Murcia	Campamento Saharai Argelia	Silla de ruedas
2006-09	Proyecto "Terremoto Perú"	Perú	Fármacos
2006-09	Proyecto "Necesidades del pueblo Paraguay"	Paraguay	Treinta ordenadores y material quirúrgico
2006-09	Proyecto "Hospital Centro de investigación enfermedades tropicales Dribi Gran Batanga"	Camerún	Material Electroencefalograma

Fig. 4.12.b. Donaciones a ONG's y Proyectos.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Nº. Pacientes	123	172	203	160	204	239	182	1.283
Nº. Intervenciones	144	210	230	194	246	278	246	1.548

Fig. 4.12.c. Colaboración con ONG's. Proyectos Camerún y Kafana.



En otros proyectos realizados, como los del Sahara, profesionales de la organización intervinieron en el año 2010 (29 pacientes, 31 intervenciones) pero, debido a las inestables condiciones de seguridad existentes en el País, en 2011 no se ha podido seguir visitando y colaborando con ellos.

En cuanto a las patologías más comunes y frecuentes intervenidas en estas colaboraciones, destacar las que resumidamente se muestran en la *Figura 4.12.e*.

Patologías Tratadas
Hernias: inguinales, umbilicales y epigástricas
Lipomas.
Patologías Mamarias.
Miomas.
Bocios.
Hidroceles.
Apendicetomía.
Perforación Duodenal.
Fístulas: Vesico-vaginales y enterocutáneas.
Fracturas: Húmero y maxilares.
Raíces Dentales.
Tumores: Gomosos, renales y nasales.
Cesáreas.

Fig. 4.12.e Principales patologías intervenidas.

En la siguiente dirección se encuentra el video de los dieciocho días de cirugía solidaria en Camerún: http://www.youtube.com/watch?v=6XrzQI3D_es

Conscientes de que un buen estado de ánimo constituye un elemento sanador de gran repercusión, el HUVA cuenta en su programa social con la colaboración de los **Payasos del Hospital**. Son diversos los estudios científicos que han demostrado que la risa es un elemento de curación muy importante en el tratamiento de las enfermedades. La risa y un buen estado de ánimo producen efectos beneficiosos y rápidamente apreciables. Por ello se ha querido incorporar este importante elemento en la organización. A través de la colaboración de los Payasos se obtiene un importante valor añadido a la labor terapéutica de los profesionales sanitarios, adaptando al HUVA en las milenarias técnicas para hacer reír.



Por ello, y en constante preocupación por conseguir un Hospital más humano y atento a todas las sensibilidades, sobre todo la de los más pequeños, desde el año 1998 el HUVA cuenta con la colaboración de los Payasos del Hospital (Asociación Pupaclown). Con ello, la organización pone a disposición de los Payasos todas sus infraestructuras y el apoyo de su personal para la realización de su labor sobre todos los niños enfermos ingresados (hasta 11 años) y jóvenes (hasta 18 años), sea cual sea su enfermedad.

Los niños ingresados en cualquier medio hospitalario se encuentran en un lugar que siempre tendrán asociado al dolor. Si para un adulto la hospitalización es difícil de soportar, ¿qué no será para ellos? Mediante la actuación de los Payasos de Hospital se pretende conseguir, con el arte del payaso, que los niños y jóvenes hospitalizados vean cubiertas aquellas necesidades que van más allá de las que cubren los profesionales sanitarios para paliar el estrés producido por la hospitalización. Desempeñan su labor en todas las áreas donde hay niños y jóvenes ingresados, que van a ser operados o que han de asistir a tratamientos continuados por alguna dolencia crónica.

En relación la actividad realizada, en 2011 atendieron de forma directa a 5.151 niños y jóvenes ingresados hasta que recibieron el alta hospitalaria. También se benefician indirectamente los familiares y el personal sanitario, así como otras asociaciones que trabajan en el ámbito de la enfermedad, unas 7.800 personas.



Foto: Martínez Bueso, E.

Asimismo, una vez dados de alta médica, en caso de que las enfermedades de las que han sido tratados en el HUVA dejen secuelas físicas y psíquicas que pudieran generar sentimientos de marginación, los Payasos de Hospital llevan a cabo actividades de integración social para niños y jóvenes enfermos crónicos en su ámbito social, al objeto de potenciar la relación entre ellos. Para conocer más detalles sobre la actividad, funcionamiento y actividades complementarias de los Payasos del Hospital, se puede acudir a: <http://www.pupaclown.com/pupaclown/index.php?seccion>.

La **Ciberaula** es otra de las actividades del programa social del HUVA. En colaboración con Caixa y Cruz Roja Juventud, se dispone de un aula ubicada en la segunda planta del hospital general consistente en un espacio cultural, habilitado y dotado con una serie de recursos culturales, tanto informáticos (ordenadores con posibilidad de videoconferencia, DVD, zona Wi-fi, etc.) como no informáticos (libros, revistas, juguetes y TV). Todo ello con el objetivo de dar respuesta a las necesidades de esparcimiento cultural que los clientes de la organización demandan.

La Ciberaula abre de lunes a viernes en horario de mañana (de 10 a 13 horas) y tarde (de 16 horas a 20 horas). Persigue como objetivos principales:



- Favorecer el desarrollo personal y social de las personas ingresadas mediante actividades individuales, grupales o en familia, de manera libre o dirigida.
- Potenciar el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación, para consolidar un contacto con su realidad cotidiana (familia, amistades...)
- Ofrecer a los familiares un espacio de encuentro, esparcimiento y descanso.
- Favorecer el acceso de adolescentes y jóvenes a la información y a los recursos sociales existentes.

El **Equipo de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria** (EAEHD) del HUVA está integrado por cuatro profesionales cualificados (tres maestros de primaria y un profesor de secundaria), que dependen de la Consejería de Educación, Formación y Empleo, integran este equipo. Su objetivo es evitar que la población infantil ingresada pierda el ritmo de su formación obligatoria, abarcando las áreas docentes de infantil, primaria y secundaria, permitiendo a estos niños proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital, y beneficiarse de las enseñanzas de los maestros y del material didáctico puesto a su disposición, en particular los casos de hospitalización prolongada. Además, realizan otros proyectos complementarios sobre música y actividades plásticas con la participación de especialistas de los diferentes centros educativos de la Región de Murcia.



Con esta humanización de la organización, además de prevenir graves desfases educativos, se puede ayudar a que los niños se conviertan en parte activa de su proceso de curación a través de la formación e información, así como a superar, mediante las actividades lúdicas y socializadoras, la ansiedad y la angustia que la enfermedad y hospitalización conllevan.

La pedagogía hospitalaria constituye un modo especial de entender la pedagogía. La educación que se imparte en modo alguno puede identificarse con la mera instrucción, entendida como transmisión de conocimientos formalizados. La pedagogía hospitalaria tiene más que ver con la salud y con la vida, que con la instrucción y el adiestramiento. Los niños atendidos durante 2011 se detallan en la *figura 4.12.f.*

Áreas	Niños atendidos
Hospitalizados:	
Aula de Pediatría	1.130
Aula de Aislados	24
Oncología	41
Pabellón General	366
Domicilio de los enfermos	109
TOTAL	1.670

Fig.4.12.f. Niños atendidos en HUVA y domicilio.

El proyecto **EmocionARTE** se está llevando a cabo en el HUVA por el EAEHD. Se fundamenta en la utilización de la música y las artes plásticas con el objetivo de aliviar la angustia de los menores ingresados, para que puedan mejorar tanto en su dimensión afectiva como en su seguridad personal. Con la utilización de técnicas educativas ligadas al arte se procura emocionar, pero también que los niños exterioricen algunos de los miedos asociados a su experiencia hospitalaria.



Una de las grandes ventajas que aportan los proyectos de música y arte que componen EmocionARTE es dejar volar la imaginación de niños y niñas ingresados, para que éstos puedan expresar sus emociones de una manera sencilla, ya que en la música “los medios y el fin son inseparables, cuando una emoción provocada por una nota musical recorre el cuerpo, ésta trata de salir fuera de una manera artística”. El arte aplicado en este ámbito está dando soluciones mucho más precisas de los hechos de la vida, que muchas otras herramientas. Para más información sobre estas interesantes experiencias, relatos y actividades a través de videos y fotos, visitar la dirección: <http://ecografias.blogspot.com.es/>.



La **Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica** del HUVA implementa una serie de medidas encaminadas a conseguir uno de los principales retos sanitarios para la Organización Mundial de la Salud y para la Unión Europea, cuyo detalle se puede encontrar en <http://pehsu.org/wp/wp-content/uploads/memopehsu11.pdf>. El impulso a la salud medioambiental constituye una respuesta creativa hacia la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

Además de proteger la salud y el medio ambiente de los niños y su entorno desde la etapa preconcepcional hasta el final de la adolescencia, también trabaja para reconocer, evaluar y manejar las enfermedades y los riesgos medioambientalmente relacionados con la infancia, así como para proporcionar educación, entrenamiento e investigación. En este sentido en el HUVA se han llevado a cabo diversas actuaciones relacionadas con pacientes de cáncer pediátrico, salud medioambiental reproductiva, lactancia materna y crianza natural, así como otras actividades de interés que pueden apreciarse a través de link anterior.

Además, la organización dispone de la **Galería Comercial Arrixaca** dentro de sus



instalaciones, orientada a satisfacer las demandas y necesidades tanto de los visitantes como de los empleados del HUVA. La Galería Comercial, cuenta con una treintena de establecimientos abiertos al público en horario de 9 a 21 horas en el caso de las tiendas, y de 8 a 23 horas los restaurantes y terrazas. En ella se puede encontrar la oferta de los más diversos servicios y productos: restaurantes, cafeterías, moda y complementos, floristería, peluquería, prensa y revistas, telefonía móvil, óptica, apuestas del Estado y agencias de viaje son algunos de los servicios que se ofertan.

Por último, pero no menos importante, el HUVA dispone de un **Parque Infantil** de más de 1.000 metros cuadrados, dotado de diversos juegos para el entretenimiento y diversión de los más pequeños que acuden a visitarnos.

4.13.

Principales asociaciones a las que pertenezca (tales como asociaciones sectoriales) y/o entes nacionales e internacionales a las que la organización apoya.

El HUVA forma parte a nivel nacional del **Grupo Oligopsonio**. Se trata de un grupo formado por doce Hospitales de prestigio nacional en representación de la mayoría de los diecisiete servicios autonómicos de salud existentes en el país, cuya Misión consiste en “*Ser un grupo de Hospitales que busca la mejora de las organizaciones, compartiendo información y estableciendo comparaciones entre nosotros*”. A nivel internacional, el Grupo Oligopsonio tiene establecidas alianzas con la Asociación de Hospitales Públicos de Francia.

Al mismo tiempo la organización colabora con la **Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria** en la Región de Murcia (FFIS). La FFIS es una fundación del sector público sin ánimo de lucro, que tiene como objeto esencial la gestión del conocimiento, investigación y gestión de proyectos de innovación en el ámbito biosanitarios. Fruto de esta colaboración es la integración de nuestra organización en el Programa Estratégico Común de Formación Continuada Sanitaria (PEC). El PEC es un proyecto formativo cooperativo, que se inició en 2006 con el objetivo de aumentar las competencias de las personas, convirtiéndolas en un conjunto de profesionales de la más alta cualificación y favoreciendo la traslación de conocimientos a la práctica clínica diaria, atendiendo a las necesidades dinámicas de la sociedad y contribuyendo así a la mejora de la calidad en la prestación de la atención sanitaria, tanto por el nivel científico y técnico como por los

aspectos humanos de la misma. Durante 2011 el Programa incluyó 141 actividades docentes, en las que participaron 2.494 personas de nuestra organización.

Además el HUVA forma parte y es sede del **Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB)**, creado en 2011 mediante los convenios suscritos entre distintas administraciones, destacando las universidades públicas de la región y el Servicio Murciano de Salud al que pertenecemos (BORM de 23 de abril de 2011). Conforman una de las apuestas centrales de política de investigación sanitaria y vertebrada, junto al resto de Institutos del Estado, la espina dorsal de la investigación sanitaria de excelencia en España. En este ámbito, el HUVA ha desarrollado 129 estudios de investigación clínica durante 2011

El hospital colabora estrechamente en la formación pregrado e investigación con la **Universidad de Murcia**, contando con 19 catedráticos de ésta entre sus jefes de servicio. Así en las dependencias del HUVA se está construyendo el nuevo Campus de Ciencias de la Salud. El Convenio de colaboración suscrito entre las dos organizaciones es considerado como una de nuestras alianzas más importantes

Asimismo el HUVA cuenta con múltiples asociaciones a nivel interno que, integradas por personas de la organización, son plataformas que permiten estrechar lazos de amistad y buena relación entre sus miembros a través de la práctica del deporte y actividades culturales, y que promueven incentivar una plantilla más cohesionada, motivada y unida entorno a la organización. Éstas son

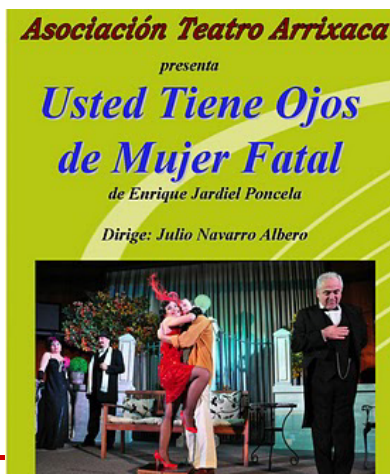
- **Asociación de Senderismo NaturArrixaca.**
- **Equipo Fútbol Arrixaca.**
- **Asociación Atletarrixaca.**
- **Asociación Teatro Arrixaca.**
- **Asociación Ciclista Arrixaca.**



La Asociación de Senderismo NaturArrixaca está formada por un grupo de trabajadores y amigos del HUVA, que se constituye sin ánimo de lucro, para difundir los beneficios del deporte del senderismo, despertar los sentidos visitando lugares paradisíacos, respetar y cuidar el Medio Ambiente y disfrutar de todas las maravillas que ofrece la Naturaleza. Más datos en <http://www.naturarrixaca.es/>.

Asociación de Teatro Arrixaca nace en febrero de 2007 a iniciativa de los propios trabajadores, como instrumento de actividad socio-cultural dentro del hospital. Esta formada por profesionales de todas las categorías dirigidos por el actor murciano Julio Navarro Alberó.

Se marca como objetivo la puesta en escena de al menos una obra de teatro al año, coincidiendo con las fechas navideñas, que después se repite en primavera. Esta obra va destinada a todos los profesionales del hospital, enfermos, acompañantes, y público en general. El grupo tiene un carácter altruista que le ha llevado a adquirir una postura de servicio social al ámbito hospitalario.



Los montajes realizados hasta ahora son:

1. La venganza de don Mendo.
2. Usted tiene Ojos de mujer fatal.
3. Cuadros de amor y humor fresco.
4. Los Pelópidas.

Los Pelópidas de Jorge Llopis, última obra realizada, es una comedia griega que fue estrenada en el Salón de Actos del HUVA en junio 2011.



Debido al éxito conseguido, el grupo no sólo se dedica a la realización de montajes teatrales dentro del propio hospital, sino que se reciben continuamente ofertas para representar en escenarios de toda la Región de Murcia, lo que ha llevado al grupo a realizar las siguientes acciones:

- Intercambio con compañías teatrales de otros hospitales, o bien, realizar actuaciones solicitadas por otros hospitales.
- Instauración de jornadas de teatro solidario. Cada año, y en las mismas fechas, actúan a beneficio de diferentes asociaciones y/o ONG'S, relacionadas con actividades sanitarias.
- Actuaciones de carácter social para centro de mayores, centros de la mujer, etc., aprovechando la red de teatros y auditorios existentes en Murcia.
- Actuaciones en congresos y eventos de carácter regional.

El equipo de Fútbol del HUVA es más que un simple equipo de fútbol de profesionales de la salud. Es un grupo humano que goza de prestigio nacional e internacional y se enorgullece de hacer acopio de valores como la lealtad, la solidaridad y el compañerismo. Participa en charlas y actos benéficos y compite con entrega, paseando así el nombre de Murcia y su hospital por todo el mundo.
<http://www.balompedicamurciana.es>.

Las actividades que realiza la asociación Atletarrixaca se pueden encontrar en http://arrinet.carm.es/accion_cultural.htm.

PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS

4.14.

Relación de grupos de interés que la organización ha incluido.

Los grupos de interés del HUVA se relacionan en el apartado 3.5 de la Memoria. Sus principales expectativas y preocupaciones, así como las actuaciones de la organización para satisfacerlas, se desarrolla en el apartado 4.17.

4.15

Base para la identificación y selección de grupos de interés con los que la organización se compromete.

La recogida de información junto al análisis de necesidades y expectativas relevantes de los grupos de interés, constituye la base imprescindible para el conocimiento de la situación del negocio, al objeto de poder definir, desarrollar, revisar y actualizar la estrategia.

Para ello, la recogida y análisis de la información de los citados grupos de interés se realiza de forma sistemática para cada uno de ellos.

a. Clientes.

La organización considera y distingue como tales, los siguientes: pacientes, acompañantes y usuarios en general. Convertidos todos ellos, en receptores de la actividad principal del HUVA, y que se establece en la misión, como oferta de “(...) *servicios de salud propios de la Atención Primaria y Hospitalaria en el marco geográfico que abarca, y de referencia para prestaciones y servicios de alta complejidad, facilitando una atención sanitaria accesible, resolutiva, eficiente y de calidad a los ciudadanos y manteniendo su condición universitaria, docente e investigadora*”.

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

- **Encuestas de Satisfacción.** Se realizan semestralmente desde el año 2002 a los pacientes hospitalizados. Progresivamente se han desplegando dichas encuestas sobre los procesos más relevantes, es decir, a pacientes atendidos en urgencias, consultas, cirugía, hospitalización, partos, docencia y atención primaria. Además se realizan encuestas de satisfacción ante la introducción de nuevos servicios o ciclos de mejora (UCI neonatal y atención farmacéutica). La organización considera clientes satisfechos aquéllos que asignan en las encuestas una valoración media global de como mínimo 8 puntos sobre 10. La *figura 2.9.c* muestra los últimos resultados obtenidos.
- **Quejas y Reclamaciones.** El Servicio de Atención al Usuario (SAU) recoge en tiempo real la información sobre quejas, reclamaciones, felicitaciones y sugerencias. Sobre todas ellas se trata de actuar de manera inmediata dando traslado e información a las personas interesadas.
- **Asociaciones de Pacientes/Usuarios.** A través de sus representantes, mantenemos el contacto con las diferentes asociaciones de pacientes y usuarios existentes, claro

ejemplo de ello, citar las que mantenemos con la asociación de personas con enfermedades renales, ostomizados, diabéticos, etc., todo ello encaminado a conocer sus necesidades y expectativas, y constituir una fuente de entrada para la estrategia que dé respuesta a sus demandas.

b. Personas del Área.

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

- **Encuestas de Satisfacción:** La primera encuesta de satisfacción dirigida al personal se realizó en el 2005, encuadrada dentro de las “Estrategias para el Desarrollo Sostenible”. En ella se recogieron diferentes aspectos, agrupados en dimensiones relacionadas con la gestión de personas. La segunda encuesta se ha realizado en 2010, con ligeras variaciones frente a la de 2005. La Consejería de Sanidad adaptó a la organización la encuesta del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) y la desplegó en toda la red del SMS para facilitar la comparación de resultados, consta de trece dimensiones, un ítem que mide el grado de satisfacción general y un apartado de priorización de los aspectos que influyen en la satisfacción. Está adecuadamente segmentada (por edad, sexo, categoría profesional, etc.). La tercera encuesta se realizó en 2011, siendo la pretensión a partir de ahora realizarla de forma anual, con el compromiso para el ejercicio futuro, de complementarla con otra encuesta dirigida a investigar los avances en cultura de seguridad del paciente. Las encuestas se aplican al 100% de los trabajadores, registrando unas tasas de respuesta que han ido mejorando progresivamente (ya en la segunda edición mostraba una tendencia superior a las del resto del SMS) hasta alcanzar unos altos niveles. La satisfacción global, obtenida como la media de puntuaciones en un espectro de cero a diez, también muestra una tendencia positiva. Ver *figuras 2.4.d y 2.4.e*.
- **Comisiones Clínicas.** Recogen información relativa a la actividad asistencial. Ver *fig. 41.a*.
- **Reuniones de Trabajo.** La periodicidad de las reuniones de los respectivos Directivos con personal de los estamentos correspondientes, permite al ED conocer de viva voz las necesidades, propuestas, intereses, aportaciones y demandas de los diferentes profesionales del Hospital. Asimismo, se mantienen reuniones periódicas con representantes de los trabajadores, con quienes se suelen alcanzar diferentes acuerdos.
- **Equipos y grupos de Mejora.** Proponen soluciones o acciones dirigidas a mejorar el ámbito para el que han sido constituidos.
- **Otros canales de comunicación:** Buzón de sugerencias, quejas y reclamaciones, tanto físicos como a través de Arrinet, etc ...

c. Sistema Sanitario.

Debido a que el HUVA pertenece al SMS, se reciben directrices e instrucciones tanto desde la CSPS como desde el propio SMS que son de obligado cumplimiento para la organización, y que sirven de fuente de información para determinar la estrategia a seguir.

Para la prestación del servicio se articula un CG que representa en la actualidad el 98% de la actividad del HUVA. A través del citado CG se priorizan las actuaciones en línea con el Plan de Salud vigente y se determinan los objetivos y metas a alcanzar. Fruto del permanente control y revisión, se detectan las mejoras que se incorporan en el CP del siguiente ejercicio.

El SMS, junto a la CSPS, son los actores que marcan las pautas de actuación en ámbitos tan importantes como la gestión de RRHH, desarrollo de la actividad, inversiones, etc. Esta información constituye la base para la formulación de la estrategia de la organización. Su revisión conlleva la introducción de nuevas mejoras como el incremento de la actividad quirúrgica en turno de tarde, o la remodelación de las infraestructuras del Centro.

Como Hospital de referencia regional, se prestan servicios a las ocho áreas de salud restantes del SMS, así como a los pacientes de otras áreas autonómicas diferentes, limítrofes o más distantes. Esta situación requiere de una mayor coordinación para priorizar derivaciones, realizar de traslados de pacientes, continuidad de procesos, etc... Con carácter periódico, el Gerente de la organización, se reúne con los restantes Gerentes de las ocho áreas de salud del SMS, y con el Gerente del SMS, al objeto de coordinar actividades, buenas prácticas y demás cuestiones que suponen un interés común para todo el servicio regional de salud y que precisan de un mayor impulso.

d. Proveedores.

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

Se realizan reuniones periódicas para buscar áreas de mejora, fruto de las cuales se establecen protocolos y procedimientos de actuación para determinados servicios, formación para las personas destinadas a dichos servicios (por ejemplo, el servicio externalizado de limpieza), y en definitiva se busca maximizar la calidad, eficiencia y coste de la prestación.

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

Otro botón de muestra en esta colaboración permanente con los proveedores, es la implementación e incorporación de nuevas tecnologías a través de préstamos temporales que realizan los proveedores, sin que supongan coste alguno para la organización. En definitiva se buscan sinergias eficientes basadas en diversos aspectos de la gestión del centro.

e. Sociedad.

En el ámbito sociedad, el HUVA mantiene una relación activa con todos los grupos de interés que lo integran: Ayuntamientos, ONG's, Sindicatos, Universidades, Asociaciones, Sociedades Profesionales y Colegios, Centros Educativos, Medios de Comunicación, Confesiones. Instrumentada a través de reuniones, visitas y/o comparecencias regulares de los profesionales tanto en los medios de comunicación, como en otros foros donde se efectúan conferencias, charlas y entrevistas sobre cuestiones sanitarias y de salud, que también sirven como estupenda plataforma para poder conocer de primera mano sus necesidades y expectativas.

Con la Universidad de Murcia, se mantiene una especial e intensa relación a través de la Comisión Mixta existente, potenciada mediante las reuniones con la Facultad de Medicina, cuyos integrantes son mayoritariamente facultativos del HUVA.

4.16.

Enfoques adoptados para la inclusión de los grupos de interés, incluidas la frecuencia de su participación por tipos y categoría de grupos de interés.

Son diversos los mecanismos utilizados para disponer de una información relevante y completa de los grupos de interés: encuestas, grupos focales, benchmarking, sugerencias, quejas y reclamaciones, evaluaciones de resultados, reuniones individuales y de grupo, iniciativas y otros. Mediante *la Figura 3.9.a* se muestran las fuentes de información utilizadas, así como la periodicidad de su recopilación y análisis.

4.17.

Principales preocupaciones y aspectos de interés que hayan surgido a través de la participación de los grupos de interés y la forma en la que ha respondido la organización a los mismos en la elaboración de la memoria.

a. Clientes.

La información proveniente de los clientes llega a la organización a través del contacto directo, que en 2011 se tradujo en 39.647 ingresos y 634.000 consultas, proporcionando un valioso conocimiento de "primera mano" de los clientes. Además también se consigue a través de los resultados obtenidos en las encuestas, sugerencias, autoevaluaciones EFQM, realización de actividades de aprendizaje y mejores prácticas, así como mediante reuniones periódicas y programadas con asociaciones de usuarios, directivos de otros hospitales, etc.... Todo ello permite a la organización poder identificar áreas de mejora y

modificar sus procesos, así como la inclusión de nuevos servicios dirigidos hacia una mayor satisfacción y mejora de la calidad asistencial.

Fruto de esta permanente interacción con los clientes se han introducido numerosas mejoras en la organización. Destacan las realizadas en infraestructura del área maternal (nuevo centro en construcción), en la organización (proceso perinatal) o la información, cambios en urgencias (planta preingreso), cirugía sin ingreso, cuidados domiciliarios y paliativos o mejoras en las esperas del centro de especialidades entre otras.

Además, se han introducido procesos de cuidado en el área de enfermería como “atención al ingreso”, “prevención de úlceras por presión”, “prevención de caídas” o del informe de continuidad de cuidados que se entrega al alta con recomendaciones para el enfermero de su centro de salud. Sus tendencias son sostenidamente favorables, cumplen ampliamente el objetivo general marcado por el SMS y superan al resto de hospitales de la red.

b. Personas.

Dentro de la Misión y Visión de la organización se recoge como uno de sus enunciados más destacables, la participación e implicación de todos los profesionales y su orientación, a través de la promoción de políticas de motivación y desarrollo profesional fomentando el respeto entre las personas de la organización.

La organización utiliza las distintas fuentes de información descritas en el apartado 4.15 b) para detectar las necesidades las personas que integran la organización y a partir de ellas implantar las mejoras oportunas. Del análisis de estas fuentes de información se han identificado cuatro dimensiones de actuación preferente en el ámbito de las personas, cuyos datos referidos a 2011 pueden consultarse también en los puntos 4.1.3 y 5.3.1.4, así como en los indicadores EN5 y LA10:

- Formación.
- Participación.
- Comunicación.
- Reconocimiento.

Formación.

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

La formación se desarrolla de manera continua, tanto de forma teórica como práctica en el desempeño del puesto de trabajo. El despliegue de un programa propio de formación, la participación activa en la planificación de las actividades formativas que desde los SS.CC es se ofertan a todos los centros del SMS y el establecimiento de procedimientos sistematizados que permiten identificar, desarrollar y mantener el conocimiento y capacidad de las personas que integran la Organización a través de la movilidad interna y la promoción profesional, son ejemplos de la implicación de la organización en el desarrollo integral de las personas que lo conforman.

Tras detectar determinadas necesidades de formación, a través de diversos mecanismos implantados, como: encuestas anuales de satisfacción, demandadas planteadas por determinadas comisiones como las de formación continua, docencia, reubicación/adaptación por motivos de salud, de traslados internos y de seguridad y salud laboral, la organización ha introducido una serie de mejoras en este ámbito, como la implementación de la formación continua en las distintas especialidades, los planes de formación, los diagnósticos de necesidades de formación, convocatorias de movilidad, etc...

Con el fin de asegurarse que los profesionales de la organización dispongan de los mejores conocimientos para poder realizar su actividad, se han articulado diferentes mecanismos que propician la gestión del conocimiento, así son múltiples las participaciones de los profesionales en diferentes cursos y congresos a nivel nacional e internacional (*Ver epígrafe 5.3.1.4*), con la presentación de comunicaciones y ponencias que permiten el intercambio de experiencias y conocimientos con otros profesionales, así como la publicación de artículos en revistas especializadas y de gran impacto.

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

Participación.

La organización reconoce entre sus valores la *“integración organizativa”*, mediante la que poder *“evolucionar hacia un modelo de gestión colaborativo e integrado entre los servicios, cuyo eje sea la continuidad asistencial”*. La implicación, la asunción de responsabilidades por parte de todos, el trabajo en equipo y el intercambio de conocimientos es la base para la consecución de los objetivos de la organización. Por ello se ha adquirido un compromiso con la gestión excelente a través de la gestión por procesos, la creación de grupos de mejora y equipos de trabajo creados para el desarrollo de proyectos o acciones de mejoras específicas, los cuales se pueden derivar de los propios equipos establecidos o bien de las acciones marcadas en los CG.

El Área tiene presente que la participación de las personas es un elemento motivador, por ello, tiene establecidos diferentes mecanismos que favorecen la participación individual y el trabajo en equipo.

Algunas de las mejoras en participación introducidas, han sido posibles gracias a la participación de los profesionales en la elaboración de herramientas de gestión de la calidad como, procesos, protocolos, grupos de mejora, comisiones de formación, buzón de sugerencias, actividades docentes, revista del hospital, así como la delegación de responsabilidades del equipo directivo, y capacidad de programación de guardias, contratación de personas, etc. Se delega en los responsables del proceso la capacidad para realizar la mejora continua de los procesos y éstos a su vez dan participación a las personas implicadas. Además, todos los líderes asistenciales apoyan e impulsan la autonomía en las decisiones de ámbito clínico para la atención directa a los pacientes y participan, asesoran y estimulan a las personas para la asistencia y presentación de trabajos en jornadas técnicas y congresos, entre otros.

Comunicación.

El Hospital, cuenta con un modelo de gestión que de forma implícita, contiene la necesidad de realizar una comunicación interna fluida, abierta, accesible y dinámica entre todas las personas de la organización, constituyendo la comunicación un elemento fundamental para lograr la identificación de los profesionales con el proyecto del Área, facilitando la implicación y participación de estas en la gestión y conocimiento de su misión, visión y valores, así como con la mejora de sus relaciones.

El PE actual, establece una estrategia de comunicación donde la elaboración del plan de comunicación representa uno de sus principales pilares. Las acciones del plan se clasifican por las siguientes áreas estratégicas que muestra la *Fig. 4.17.b.1* al objeto de mejorar su coordinación.

Área Estratégica	Objetivos Operativos
Identidad corporativa	<ul style="list-style-type: none"> • Imagen corporativa común. • Manual de acogida de profesionales y usuarios. • Imagen y diseño unificado de todos los documentos. • Estrategia de difusión externa. • Revista del área de salud. • Participación con los medios de comunicación.
Implicación del equipo directivo	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemática de reuniones con los Servicios / Unidades. • Comunicación estructurada con los líderes incluyendo jefes de servicio, supervisores de enfermería, coordinadores y responsables de áreas y unidades.
Comunicación ascendente-descendente entre la dirección y los profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Canales de opinión, propuestas y expectativas de los profesionales. • Comunicación de acciones de mejora, situación de los indicadores, déficits observados, ...
Comunicación transversal	<ul style="list-style-type: none"> • Arrinet (Intranet corporativa) • Foros de comunicación y coordinación entre los profesionales. • Modelo estandarizado de páginas web por servicio.

Fig. 4.17.b.1. Plan de Comunicación.

El ED de la organización es el responsable de gestionar la adecuada comunicación de sus respectivas áreas, siendo los Jefes Clínicos, Supervisiones de Enfermería y líderes intermedios los principales elementos transmisores de gran parte de la comunicación ascendente y descendente. La organización distingue dos tipos de comunicación: formal e informal.

La comunicación formal, estructurada y con canales de comunicación determinados, se desarrolla a través de las reuniones de procesos, grupos de mejora, comisiones, sesiones clínicas, etc., así como las reuniones regulares de las Juntas Técnico Asistencial, Comisión Mixta, Comisión de Seguridad o Comité de Empresa, entre otros. En todos ellos la circulación de la información adecuada, se realiza en ambos sentidos, quedando constancia de ello en las actas y acuerdos expedidos. La formación de las órdenes del día y temas a tratar se establece de manera consensuada entre las partes y en ellas se asegura que la comunicación de la información puede fluir libremente.

También permite adoptar acuerdos que posibilitan la mayor difusión de cualquier noticia o información destinada a grupos de empleados muy amplios.

La organización, tiene establecidos diferentes mecanismos estructurales y organizativos que han sido revisados y mejorados a lo largo del tiempo al objeto de identificar y difundir las necesidades de comunicación de las personas de la Organización, destacar algunos como la actualización de la intranet corporativa “Arrinet”, distribución de la revista “Arrixaca”, reordenación buzón de sugerencias, reordenación de tabloneros de anuncios, presentación de resultados encuesta de satisfacción y su divulgación, presentaciones públicas de resultados, memorias, presentación de resultados y seguimiento del contrato de gestión, difusión plan estratégico y memoria EFQM, reuniones, aulas, equipos técnicos y comunicaciones a través de personal organizado y cualificado.

La organización, en su preocupación por revisar y ajustar los canales utilizados se involucra en un proceso continuo de evaluación de los medios de que dispone y de la pertinencia de adoptar otros nuevos en aras de su mayor rapidez, accesibilidad, alcance, seguridad, respuesta, etc. Muestra de ello, la representa la extensión a Internet a través de la página institucional (www.murciasalud.es) o la creación de páginas Web propias y estandarizadas por servicio clínico. El reciente desarrollo de sistemas de correo electrónico interno ha favorecido la difusión de la información.

Reconocimiento.

En sintonía con el objetivo estratégico de la organización de lograr la satisfacción e integración de las personas que la integran, el HUCA ha puesto en marcha numerosos mecanismos que contribuyen al reconocimiento tanto formal como informal.

Reconocimientos informales. Son aquellos realizados por los líderes (jefes y responsables) a través de una política personal e institucional de reconocer los logros de las personas, que de forma verbal se realizan por los distintos líderes en el tiempo inmediato más próximo al hecho objeto de reconocimiento.

En cuanto a los **reconocimientos formales**, destacar los siguientes: reconocimientos en los que se hace referencia a la experiencia en la empresa, reconociéndose de forma material en los tramos actuales de la carrera profesional e inmaterialmente a través de fiestas o pequeños recuerdos (jubilados, regalos de imágenes del centro, etc ...); Otros se refieren a logros profesionales o por cumplimientos de objetivos que son publicados en la revista de la organización, reciben felicitaciones expresas o reconocimientos cercanos, de esta forma se implantaron los citados “desayunos saludables” del equipo directivo con personas del centro; Los reconocimientos que han sido objeto de publicación en prensa, tienen un tratamiento específico y son enviados al servicio de origen para su exposición en los tabloneros de anuncios.

Otros reconocimientos se señalan, notifican y publican en los tabloneros de anuncios, en la revista “Arrixaca” y en la intranet “Arrinet”, en relación a todas las felicitaciones nominales o colectivas que reciben las unidades del Hospital y/o sus componentes, así como eventos deportivos o premios de sus trabajadores.

La revisión de la efectividad del sistema de reconocimientos se realiza a través del ítem existente en la encuesta anual de personas, en su dimensión “reconocimiento”.

c. Sistema Sanitario.

Fruto de la colaboración e identificación de las necesidades de las distintas organizaciones del Sistema Sanitario se han implantado mejoras para facilitar las canalizaciones de pacientes a otras áreas, tanto a nivel de urgencias como pacientes programados, así como el contrato programa establecido con los SS.CC y formación en emergencias sanitarias.

Destaca también la colaboración de profesionales de la organización en los grupos de trabajo que se crean a nivel de Servicios Centrales, al objeto de desarrollar determinadas cuestiones como, desarrollo de estrategias 2015, plan de salud 2010-2015, contrato de gestión, etc...

d. Sociedad.

Al formar parte de los Valores “(...) *el respeto al entorno. Adquirir compromisos con la Sociedad y el Medioambiente*”, y cumpliendo con uno de los elementos de la Visión “(...) *el uso eficiente de los recursos y la sostenibilidad del sistema sanitario público*”, la organización viene desarrollando una importante labor medioambiental mediante actuaciones que en este ámbito obedecen a unos retos estratégicos perfectamente planificados, donde entre otras mejoras implantadas caben destacar las siguientes: creación del grupo de apoyo y mejora a la gestión medioambiental, la utilización de la intranet “arrinet” como espacio común de comunicación y divulgación de aspectos relacionados con el medioambiente, las publicaciones del boletín de salud y medioambiente al objeto de informar a todos los grupos de interés sobre la materia, la instauración de clases de formación a través del “aula verde” y la “ecoaula”, así como formación mediante prácticas de empresa, la elaboración y publicación del “manual de residuos”, la realización de campañas de sensibilización a los distintos grupos de interés (semana verde, charlas coloquio, etc...), la recogida de información y registro de las incidencias y preocupaciones en materia medioambiental por la instaurada novedosa figura de la “celadora verde”.

Otras mejoras provienen de las alianzas con distintos agentes sociales como asociaciones de pacientes, que colaboran en la introducción de cambios organizativos, asistenciales y de investigación. Son ejemplos “Aspaym”, mejora de accesos arquitectónicos al centro y de las barreras físicas más allá de la exigencia normativa. Con la asociación “espinas bifidas”, se crea una unidad multidisciplinar y de vídeos divulgativos. Con “AELC”, se realizó la puesta en marcha del Edificio de Investigación Traslacional del Cáncer, cofinanciado por la fundación AELC y la CSPS. O “Fibrosis Quística”, prestación de asistencia directamente en su sede social, con la cooperación de la organización en el mantenimiento de ésta.

También se celebran reuniones con el Ayuntamiento de Murcia, fruto de las cuales se han facilitado los accesos al hospital (carril bici, adecuación de las señalizaciones de tráfico en las inmediaciones al HUVA) así como la mejora de la accesibilidad a los servicios sanitarios desde los puntos de atención periférica.

e. Proveedores.

Más allá de lo estipulado en las distintas cláusulas contractuales que regulan los pliegos de contratación y bajo una estrecha colaboración con los proveedores, son muchos los

casos que ilustran los positivos resultados obtenidos. La mayoría de ellos provienen de la colaboración entre la industria farmacéutica y la organización en materia de divulgación, formación e investigación. Ejemplos de interés concretos, en este sentido, a continuación se mencionan los siguientes.

- Fruto de una intensa colaboración con la empresa estadounidense Calhoun Vision de Pasadena y la Universidad de Murcia, se han desarrollado un tipo de lentes intraoculares, que son modificables a través de luz ultravioleta una vez que han sido implantadas dentro del ojo de los pacientes operados.
- Asimismo y cumpliendo con la labor de conocer las expectativas y necesidades de los pacientes, la empresa Mediterránea de Catering, empresa adjudicataria en la alimentación del HUVA, colabora con la realización de las encuestas a los pacientes hospitalizados. Datos sobre su calidad percibida se detallan en la *fig. 2.9.c*.
- La empresa VIALTA facilitó al HUVA diverso equipamiento médico, al objeto de poder ser utilizado en las jornadas anuales de “Alimentación y Nutrición” organizadas.
- La mercantil Hill Rom, ha proporcionado las “Tarjetas Informativas” para la campaña de seguridad del paciente organizadas, para la prevención del riesgo de caídas en los pacientes encamados.

En relación a los pagos, destacar que la competencia de su materialización corresponde a la Tesorería del SMS (Servicios Centrales), por lo que al HUVA corresponde tramitar y tramita con la máxima celeridad toda la documentación y visto bueno necesario, al objeto de que el órgano competente los haga efectivos una vez reconocida la obligación con un determinado proveedor.

Asimismo para gastos menores y de cuantía inferior a 1.500€, el HUVA tiene capacidad y competencia para hacer uso de una figura financiera denominada “Anticipos de Caja Fija”, por el que se satisface de forma inmediata el pago al proveedor una vez presentada la factura y reconocida la obligación.



5

Enfoque de gestión e indicadores de desempeño



5.1 DIMENSIÓN ECONÓMICA

5.1.1 ASPECTO: DESEMPEÑO ECONÓMICO

EC1

Valor económico directo generado y distribuido, incluyendo ingresos, costes de explotación, retribución a empleados, donaciones y otras inversiones en la comunidad, beneficios no distribuidos y pagos a proveedores de capital y a gobiernos.

a. Ingresos.

La *figura 5.1.1.a* muestra el importe de los principales ingresos reflejados en el presupuesto (comparativa 2010 y 2011) así como la cantidad de ingresos percibidos a través de cobros a terceros, facturados por prestaciones realizadas en asistencias de cuya cobertura ha de hacerse cargo un tercer pagador distinto al sistema sanitario público, como aseguradoras privadas, mutuas, etc...

	2011	2010
Presupuesto Anual	517.690.725'33	543.929.930'81
Facturación por Cobros a Terceros	4.304.585'79	4.105.690'73
TOTAL INGRESOS RECIBIDOS	521.995.311'12	548.035.621'54

Figura. 5.1.1. a Ingresos.

b. Gastos.

Las *Fig. 5.1.1.b.* y *5.1.1.c.* muestran el impacto económico, directo e indirecto, producido por la organización.

Impacto Económico (€)	2011	2010
Indirecto		
Inversiones	11.129.324	21.554.750
Compras a Proveedores	130.011.274	173.825.370
Total compras	141.140.598	195.380.120

Figura. 5.1.1. b. Impacto económico indirecto

Impacto Económico (€)	2011	2010
Directo		
Productos Farmacéuticos	50.045.166	53.119.072
Material Sanitario y otros materiales	65.683.538	62.899.628
Gastos externos (externalizaciones)	31.227.923	30.353.374
Otros gastos de explotación	13.733.792	13.450.588
Total Gastos de Funcionamiento	160.690.419	159.822.662
Total Gastos de Personal	274.840.865	285.917.512
Total Gastos de Explotación	435.531.284	445.740.174

Figura. 5.1.1. c. Impacto económico directo.

EC2

Consecuencias financieras y otros riesgos y oportunidades para las actividades de la organización debido al cambio climático.

Dada la actividad y naturaleza de la organización, este indicador no le afecta, por lo que no se precisa su definición ni cuantificación.

EC3

Cobertura de las obligaciones de la organización debidas a programas de beneficios sociales.

En 2011, el HUCA destina 859.115'67 € para la cobertura de las distintas prestaciones sociales, frente al 1.346.128€ del ejercicio 2010. Estas prestaciones comprenden desde ayudas para estudios hasta la posibilidad de financiación de puntos de interés en préstamos solicitados, la *figura EC3.a.*, refleja los distintos tipos de ayuda existentes en la organización, desde una perspectiva comparativa 2010-2011. En relación al derecho de percepción de la prestación por jubilación, quedan sujetas a la normativa vigente.

Tipo de Ayuda Concedida	2010		2011	
	Número	Importe	Número	Importe
Atención hijos de 3-16 años	1.697	288.490'00	1.688	143.480'00
Estudios universitarios hijos (incluido transporte y residencia).	553	235.680'29	438	92.236'45
Otros estudios reglados.	379	56.850'00	338	33.846'71
Ayuda personal con discapacidad.	379	75.800'00	369	27.675'00
Ayudas para la atención de hijos menores de 3 años.	318	127.200'00	273	54.600'00
Ayudas por natalidad, adopción, acogimiento o tutela.	75	11.325'00	73	5.511'50
Estudios universitarios para el personal (incluido transporte y residencia).	70	26.863'78	80	14.645'69
Indemnización complementaria por jubilación.	57	418.937'11	70	126.000'00
Otros estudios del personal.	49	16.400'88	21	3.272'38
Ayuda para hijos con discapacidad.	33	29.104'00	34	15.936'50
Financiación puntos de interés.	19	9.214'25	1	241'94
Estudios en Escuela de Idiomas.	14	1.400'00	15	694'50
Indemnización por incapacidad permanente absoluta o gran invalidez.	14	120.800'00	18	140.000'00
Anticipos nominas.	12	175.160'00	165	163.980'00
Indemnización por incapacidad permanente total para profesión habitual.	9	146.400'00	3	12.000'00
Atención a huérfanos y cónyuges viudos del personal.	5	1.440'00	6	995'00
Indemnización por fallecimiento.	3	24.000'00	3	24.000'00
TOTAL AYUDAS CONCEDIDAS	3.687	1.346.128'00	3.430	859.115'67

Fig. EC3.a Tipos, número e importe de las ayudas concedidas.

EC4

Ayudas financieras significativas recibidas de gobiernos.

En el ejercicio 2011, se recibieron para las áreas estratégicas de formación y transplantes, los siguientes importes en euros.

Área Estratégica	2011	2010
Formación	248.882'00	261.951'00
Transplantes	14.716'00	27.531'00

5.1.2 ASPECTO: PRESENCIA EN EL MERCADO

EC5

Rango de las relaciones entre el salario inicial estándar y el salario mínimo local en lugares donde se desarrollen operaciones significativas.

El bienestar económico es una de las vías que utiliza la organización para invertir en sus empleados, por ello y con el fin de demostrar la contribución de la organización al bienestar de sus empleados, en la siguiente *Figura EC5.a* refleja el importe del salario mínimo interprofesional en relación con el salario percibido por el empleado con la categoría más baja de empleo en la organización. Dato que también nos proporciona información sobre la competitividad de los salarios en la organización, información relevante a la hora de evaluar su repercusión sobre el mercado laboral local. En la organización no existen diferencias salariales en base al género, son idénticas.

Salario Mínimo	2011
Salario Mínimo Interprofesional	8.979'60 € ³
Salario del trabajador de categoría más baja de empleo -en la Organización, este dato se encuentra referido a la categoría de celador con atención directa a enfermos y turno fijo-	17.683'96 €

Fig. EC5.a Salarios.

³ De acuerdo con lo establecido por el Real Decreto 1795/2010, de 30 de Diciembre. BOE nº.318 de 31 de Diciembre de 2010.

EC6

Política, prácticas y proporción de gasto correspondiente a proveedores locales en lugares donde se desarrollen operaciones significativas.

Compras a proveedores locales de la CARM	2011 €	% total compras	2010 €	% total compras
Compras	19.644.444'48	15'11%	21.964.098'30	12'64%
Inversiones	1.151.087'00	10'34%	2.364.335'00	10'76%
Total	20.795.531'48		24.328.433'30	

EC7

Procedimientos para la contratación local y proporción de altos directivos procedentes de la comunidad de Murcia en lugares donde se desarrollen operaciones significativas.

El 100% de los altos directivos de la organización proceden de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. En el apartado 4.7 se describe el proceso de contratación.

5.1.3 ASPECTO: IMPACTOS ECONÓMICOS INDIRECTOS

EC8

Desarrollo e impacto de las inversiones en infraestructuras y los servicios prestados principalmente para el beneficio público mediante compromisos comerciales, pro-bono, o en especie.

Dada su razón de ser como prestadora de servicios sanitarios públicos, toda la actividad de la organización es destinada al beneficio público, la conservación y el fomento de su salud.

El coste que ha supuesto este año la participación de profesionales de la organización en programas de cooperación con ONG, mediante la realización de actividades médico-quirúrgicas y de apoyo, es de casi 40.000 euros, según el desglose de la *Figura EC8.a*

Recursos aportados	Euros
Recursos Humanos: Diecisiete profesionales de distintas categorías. (Ver Fig. 4.12.a)	34.847
Recursos Materiales: Gasas, Jeringas, etc...	4.140
Total	38.987

Fig. EC8.a Importe colaboración de los 15 días de estancia países necesitados.

Asimismo el desglose de las distintas especialidades y profesiones de los diecisiete profesionales aportados en 2011, y el tipo de recursos materiales se pueden apreciar en el epígrafe 4.12, resultado de su evaluación de necesidades.

EC9

Entendimiento y descripción de los impactos económicos indirectos significativos, incluyendo el alcance de dichos impactos.

La actividad sanitaria, además de ser un pilar fundamental del estado de bienestar, contribuye a producir riqueza en la economía regional configurándose como un importante motor de gasto, dinamizador de la economía.

Hoy día, el gasto público sanitario ejerce un importante peso e impacto sobre el conjunto de la economía regional, a través de los efectos multiplicadores que provoca sobre otros sectores de la actividad económica y del importante papel estratégico que tiene en la creación de empleo y mantenimiento de la demanda. Por ello consigue dinamizar y generar riqueza en otros sectores como la industria farmacéutica, laboratorios, empresas de equipamiento sanitario, docencia, construcción, transportes, limpieza, seguridad, hostelería, etc., lo que se traduce en incrementos de riqueza en términos de PIB y retorno de las inversiones y gasto de forma indirecta, mediante los beneficios que obtienen las empresas así como por los impuestos asociados a estas actividades establecidos.

5.2 DIMENSIÓN AMBIENTAL

El HUVA, para su normal funcionamiento diario necesita consumir unos recursos naturales que generan residuos, emisiones y vertidos, en definitiva, genera unos impactos medioambientales que han hecho que la organización se comprometa realmente con la identificación y evaluación de los principales aspectos medioambientales y promueva la continua sensibilización de las personas, así como la permanente formación necesaria para el cumplimiento de dicho compromiso.

Para el HUVA, la cuestión medioambiental constituye un objetivo prioritario, de ahí que el Plan Estratégico 2010-2013 establezca las directrices medioambientales a seguir por la institución, siguiendo la línea marcada por el nuevo plan de salud de la región de Murcia 2010-2015, buscando adaptar la Sanidad a las nuevas necesidades de la sociedad murciana, con el objeto de fijar las actuaciones específicas que han de poner en marcha el Gobierno regional a fin de mejorar la salud de los murcianos durante los próximos años.

El plan se ha estructurado en torno a ocho líneas de actuación, entre las que se encuentra: *“Desarrollar y reforzar políticas sanitarias e intersectoriales para promover la salud en la población, generar entornos saludables de vida, mejorar la calidad del medioambiente (aire, agua y otros riesgos) y potenciar los mecanismos de prevención y seguridad de la salud colectiva”*. Lograr una continua mejora ambiental, más allá del cumplimiento de la legislación vigente, es uno de los retos por los que se definen y

revisan anualmente los objetivos, metas, programas medioambientales y programas de adecuación legal.

5.2.1 ASPECTO: MATERIALES

EN1

Materiales utilizados, por peso o volumen.

El consumo de papel incluye tanto folios blancos, como con anagramas de la organización

CONSUMO PAPEL DIN-A4 (Kg.)				
2007	2008	2009	2010	2011
66.340	64.950	53.684	81.880	76.121

Fig. EN1.a Consumo de papel DIN-A4.

EN2

Porcentaje de los materiales utilizados que son materiales valorizados.

Con la incorporación de las nuevas tecnologías en la organización, se ha conseguido reducir el consumo y utilización de determinados materiales valorizados como sobres, papel, etc... que en la actualidad se realizan a través de e-mail y otras comunicaciones vía digital.

5.2.2 ASPECTO: ENERGÍA

EN3

Consumo directo de energía desglosado por fuentes primarias.

En relación al consumo de energía, se registra la siguiente evolución en el consumo realizado, según las siguientes fuentes primarias de energía.

El consumo directo de energía por fuentes primarias en MegaJulios (MJ) ha sido en 2011 de: 102.025.112 MJ en electricidad y de 45.455.567 MJ en Gas Natural, lo que hace un total de 147.480.679 MJ, cuyo desglose en Kw/h y M3N se expone a continuación.

Consumos de Electricidad (Kw/h)

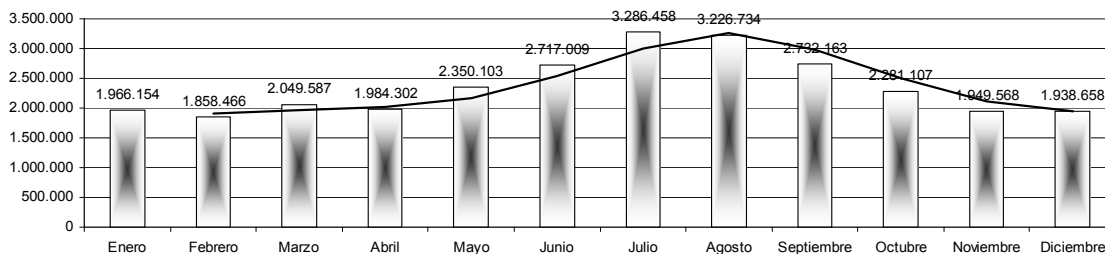


Fig. EN3.a Consumo mensual de electricidad en 2011 (Kw/h).

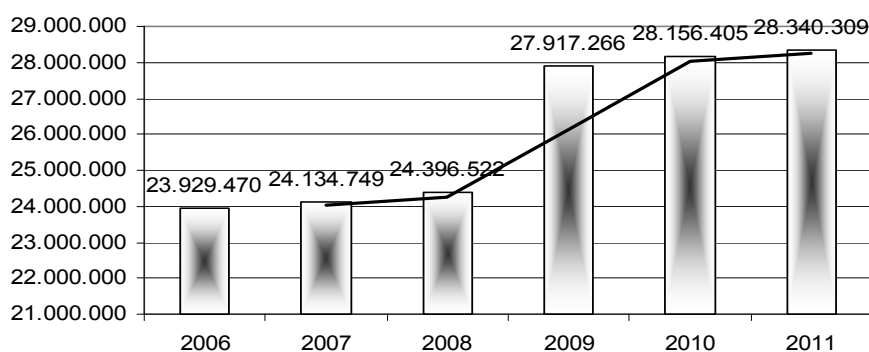


Fig. EN3.b Consumo anual de electricidad, periodo 2006-2011(Kw/h).

Se puede apreciar como el consumo de electricidad en Valor Absoluto, es decir el valor total del consumo realizado, aumentó en 2011 un 0'6% con respecto a 2010. Sin embargo como muestra la siguiente *figura EN3.c*, el consumo en valor relativo ⁴en 2011, se redujo en un 3'45% con respecto a 2010.

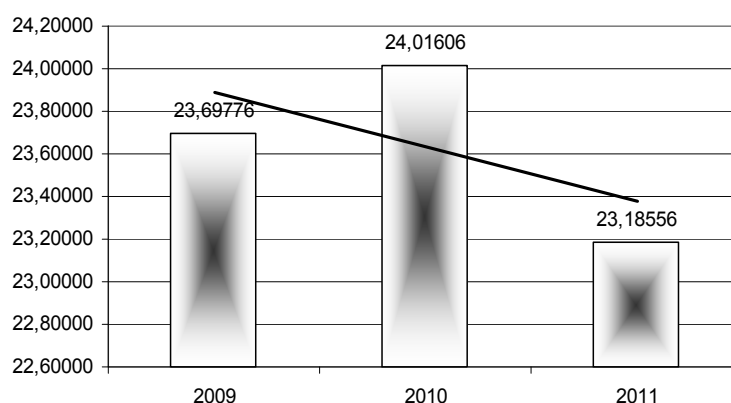


Fig. EN3.c Consumo anual de electricidad, periodo 2006-2011 (Kw/h).

⁴ Todas las referencias que en el aspecto de consumo de energías se realizan en la presente Memoria al concepto de Valores y Cantidades Relativo/as, se han de interpretar como el resultado obtenido de realizar la fracción entre el Valor Absoluto y la Unidad de Actividad del Centro (UAC). Siendo la UAC el valor que se obtiene del sumatorio de los siguientes conceptos: número de ingresos, consultas externas, intervenciones quirúrgicas, urgencias, TAC, RMN, ecografías y placas radiológicas realizadas durante el periodo abordado.

Gas Natural Unidad de Medida (m³N → Metros cúbicos Normales)

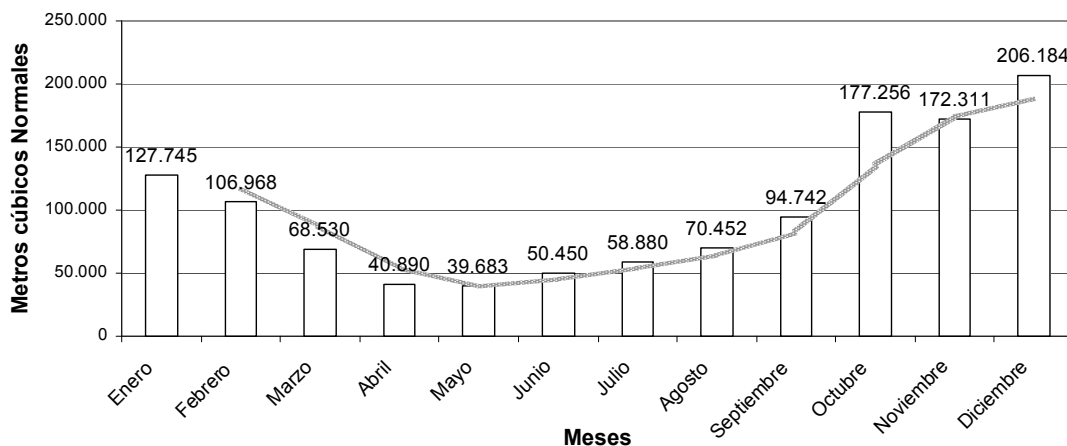


Fig. EN3.d Consumo Mensual de Gas Natural 2011

Teniendo en cuenta los componentes, ya aclarados más arriba, que integran los conceptos de valor absoluto y relativo, como reflejan las siguientes *Figuras EN3.e y EN3.f*, durante el periodo 2010-2011, en valores absolutos el consumo de gas natural se redujo en 108.222 m³N (8'17%), así como su Valor Relativo, que también se ha visto reducido en un 11'92%.

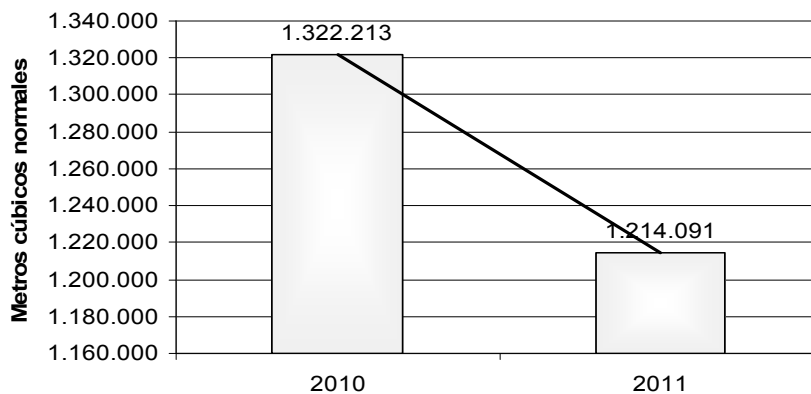


Fig. EN3.e Consumo de Gas Natural periodo 2010-2011, en valor absoluto (m³)

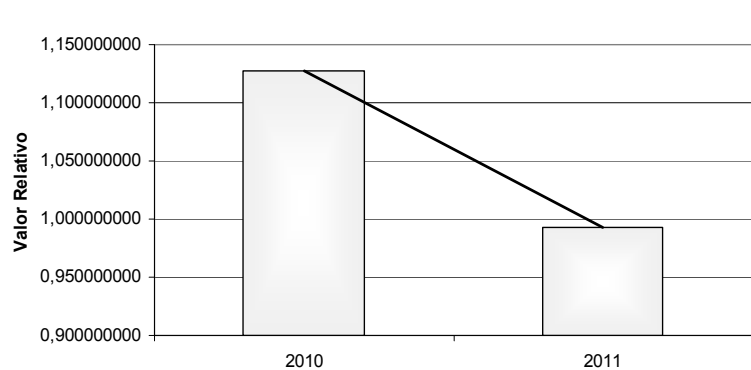


Fig. EN3.f Consumo de Gas Natural periodo 2010-2011, en valor relativo.

EN4

Consumo indirecto de energía desglosado por fuentes primarias.

No relevante para la organización.

EN5

Ahorro de energía debido a la conservación y a mejoras en la eficacia.

Durante 2011, se instala en el Servicio de Urgencias del HUVA un sistema de iluminación LED desde el pasillo interno hasta los quirófanos de urgencias. Actualmente aún no se dispone de datos exactos para cuantificar y valorar el ahorro o reducción del consumo que se ha producido mediante esta actuación.

Otras actuaciones realizadas y orientadas al ahorro real de energía han sido:

- Mediante la figura de la “celadora verde”, se gestionan las incidencias/correcciones registradas/realizadas, principalmente detección de luces encendidas en emplazamientos con suficiente luz natural o sin uso, procediendo a su apagado, evitando así un consumo innecesario por parte de la innovadora figura que representa la celadora verde. Otras funciones de la celadora verde en relación al área medioambiental se detallan en la *Figura EN5.a*

Funciones de la Celadora Verde

1. Colaborar con el técnico de formación en materia medioambiental del personal.
2. Revisar la segregación de residuos peligrosos y no peligrosos, identificación de residuos, etc.
3. Supervisar diariamente las pesadas de residuos peligrosos (biosanitarios y citotóxicos).
4. Colaborar semanalmente en la pesada de residuos químicos con la empresa externa gestora, junto al técnico de salud ambiental (disolventes halogenados, disolventes no halogenados, parafinas, pilas, aceites minerales, material contaminado, envases de plástico y de vidrio, medicación caducada, tubos fluorescentes,...).
5. Auditorías de bolsas de residuos en zonas de almacenamiento intermedio en las plantas de todo el hospital para controlar la existencia de materiales peligrosos.
6. Revisar y controlar bimensualmente el estado de almacenamiento de residuos.
7. Controlar a diario puntos de papel y cartón desde la zona donde se genera a su punto de almacenamiento final.
8. Detectar puntos negros (lugares de almacenamientos erróneos) en el hospital.
9. Controlar los edificios exteriores en materia de residuos: mantenimiento, lavandería, cocina, almacén general, anatomía patológica...
10. Colaborar y participar en las sesiones clínicas y en los cursos que organiza la unidad de salud medioambiental, tanto dentro como fuera del hospital.
11. Colaborar en las aulas hospitalarias realizando actividades medioambientales.
12. Atender al teléfono corporativo habilitado para atender incidencias que puedan surgir a diario sobre cualquier tema relacionado con la gestión de residuos.

Fig. EN5.a. La celadora verde. Funciones y competencias.

En cuanto a los datos de actividad de la celadora verde, en 2011 participó en la gestión de 165 incidencias, cuya tipología se detalla en la *Fig. EN.5.b*. El tiempo medio estimado de resolución del 95% de ellas fue inferior a las dos horas.

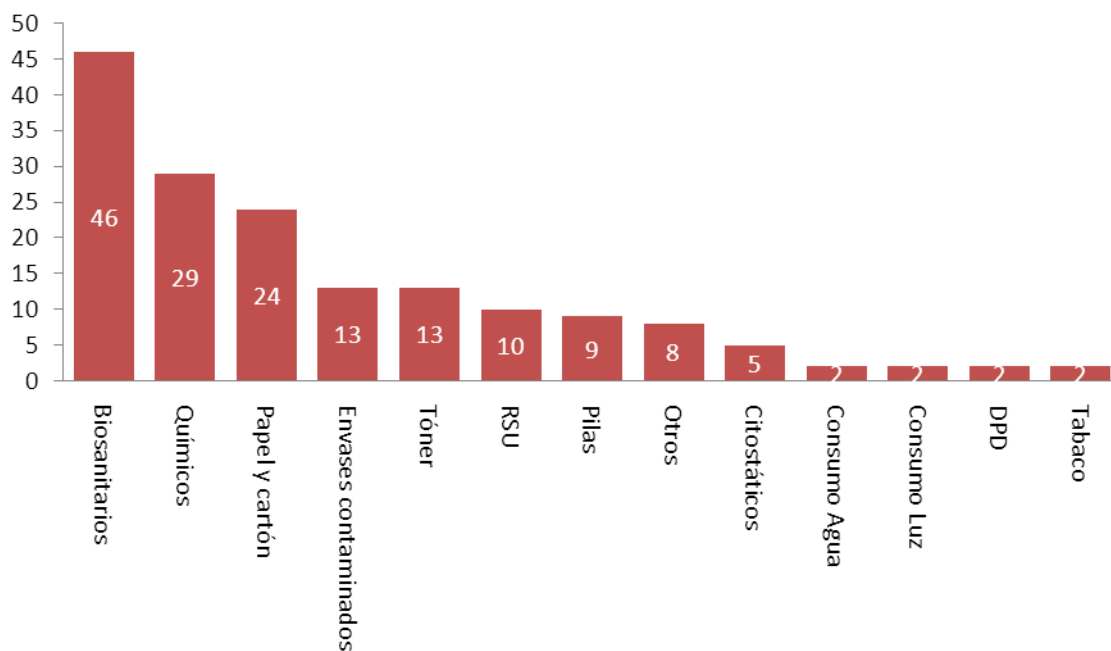


Fig. EN5.b. La celadora verde. Incidencias gestionadas en 2011.

- Formación de profesionales del centro que incluye contenidos orientados al uso eficiente y al ahorro de energía. En esta materia, en 2011 se invirtieron 693 horas de formación a través de la impartición de cursos. Ver *Figura EN5.c*.

Ejercicio	Profesionales participantes	Horas de formación
2009	199	100
2010	893	669
2011	693	693

Fig. EN5.c Formación en gestión medioambiental.

EN6

Iniciativas para proporcionar productos y servicios eficientes en el consumo de energía o basados en energías renovables, y las reducciones en el consumo de energía como resultado de dichas iniciativas.

Se han puesto en marcha una serie de actuaciones relevantes en cuanto a la mejora de la eficiencia en los principales procesos de consumo en combustibles fósiles existentes. A fin del ejercicio 2011 se dan como realizadas las siguientes actuaciones.

- Se ha procedido a la introducción de gas natural como combustible principal para la producción de agua caliente sanitaria y calefacción, abandonando el uso de

gasóleo en los procesos desarrollados en la central térmica, que hasta este momento se venía utilizando.

- Se ha puesto en marcha una instalación de energía solar térmica, que actúa de apoyo para el precalentamiento del agua caliente sanitaria.
- Mejora en la eficiencia de la combustión asociada a la renovación tecnológica de los equipos de la central térmica, donde se han instalado quemadores modulantes.

El conjunto de medidas implantadas, en especial la introducción del gas natural como combustible, ha supuesto una reducción del consumo energético en dichos procesos del orden principal, HA CO de un 20% en términos relativos.

EN7

Iniciativas para reducir el consumo indirecto de energía y las reducciones logradas con dichas iniciativas.

- A través de actividades en educación ambiental, materializadas a través de las acciones formativas reflejadas en el indicador EN5.
- Otra iniciativa de reducción indirecta a realizar en el próximo ejercicio, es la adquisición de aparatos de medida en distintas zonas (contadores de electricidad, agua, etc...), que nos permitan poder medir los consumos energéticos por zonas.

5.2.3 ASPECTO: AGUA

EN8

Captación total de agua por fuentes.

La totalidad de agua consumida proviene de la red pública de abastecimiento. En las siguientes *figuras EN8*, se observa la importante reducción en el consumo de agua, en valor absoluto, conseguida de forma constante y progresiva desde 2009 hasta 2011.

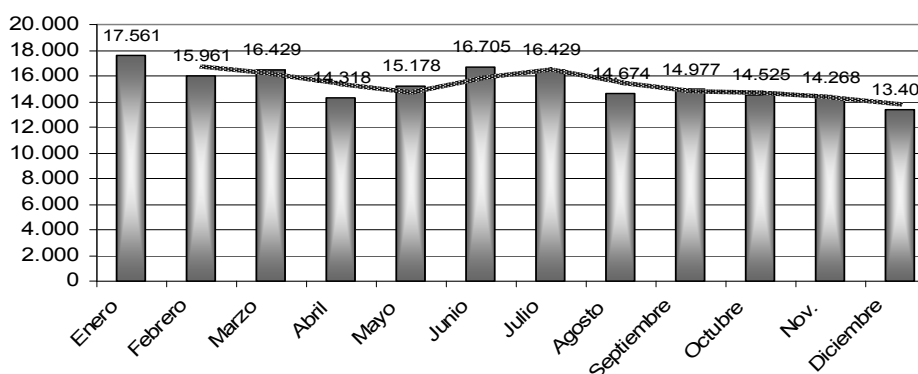


Fig. EN8.a Consumo de agua 2011 (m³).

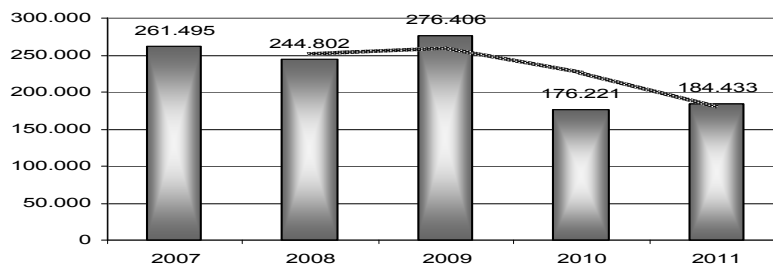


Fig. EN8.b Consumo Agua periodo 2007-2011 (m³).

No se utilizan aguas de fuentes, subterráneas, de lluvia, ni residuales.

EN9

Fuentes de agua que han sido afectadas significativamente por la captación de agua.

El agua consumida procede de la red pública de abastecimiento gestionada por las empresas EMUASA Y AQUAGEST REGIÓN DE MURCIA, S.A, no habiendo fuentes de agua que directamente explote la organización.

EN 10

Porcentaje y volumen total de agua reciclada y reutilizada.

No existen procesos de reciclado o reutilización de agua.

5.2.4 ASPECTO: BIODIVERSIDAD

EN 11

Descripción de terrenos adyacentes o ubicados dentro de espacios naturales protegidos o de áreas de alta biodiversidad no protegidas. Indíquese la localización y el tamaño de terrenos en propiedad, arrendados, o que son gestionados de alto valor en biodiversidad en zonas ajenas a áreas protegidas.

Todos los terrenos adyacentes al Hospital, a excepción de los ubicados en su límite sur, están conformados por suelos dominados para el uso urbano o residencial. El límite sur del centro viene definido por la “rambla del puerto”, siendo su cauce y el terreno afectado por su dominio público hidráulico, la zona más naturalizada, si bien, actualmente se encuentra muy alterada en el tramo que discurre paralelo al límite del centro sanitario.

Desde el límite sur del HUVA, el paisaje está dominado por el “parque regional de la sierra de Carrascoy”. El paraje natural del “El Valle”, cuyos límites más cercanos al HUVA se encuentran a aproximadamente a quinientos cincuenta metros, es de uso agrario, predominante en los suelos que separan al Hospital de los límites de dicho espacio

protegido, además de de ser Parque Regional, goza de protección a nivel europeo mediante la denominación de “Lugar de Interés Comunitario (LIC)”.

A una distancia aproximada de un kilómetro y medio respecto al límite sur del centro sanitario, la estribación este del parque regional, adquiere además otra figura de protección a nivel europeo debido al solapamiento de parte del mismo con la Zona de Especial Protección de las Aves (ZEPA) denominada, “monte El Valle y sierras de Altaona y Escalona”.

Los espacios de transición incluyendo el tramo de la rambla del puerto y los suelos agrícolas que se extienden entre los límites del HUVA y los espacios naturales protegidos citados, tienen actualmente escaso valor ecológico, encontrándose por lo general en considerable estado de abandono y expectativa hacia un cambio de usos.

EN 12

Descripción de los impactos más significativos en la biodiversidad en espacios naturales protegidos o en áreas de alta biodiversidad no protegidas, derivados de las actividades, productos y servicios en áreas protegidas y en áreas de alto valor en biodiversidad en zonas ajenas a las áreas protegidas.

De acuerdo a lo indicado en el apartado anterior, no se consideran efectos significativos sobre los valores ambientales de los espacios protegidos cercanos al HUVA, e igualmente por las condiciones actuales de los terrenos no urbanizados más cercanos, tampoco deben considerarse efectos significativos sobre áreas de alto valor ecológico en zonas no protegidas.

EN 13

Hábitats protegidos o restaurados.

La llamada “rambla del puerto”, configura el espacio más naturalizado y con mayor conectividad espacial al HUVA, ha sido recientemente objeto de restauración ambiental a través de un proyecto de recuperación ambiental promovido por la Confederación Hidrográfica del Segura, la cual ha incluido todo el tramo del cauce que discurre por todo el perímetro sur.

Las actuaciones al menos en este tramo, no han supuesto la recuperación de hábitats, manteniéndose actualmente un alto grado de alteración en cuanto a la vegetación potencial del cauce, de manera que no existen hábitats de interés comunitario o hábitats protegidos en este tramo de la Rambla. No obstante, aguas arriba, a partir de la intersección del cauce con la carretera nacional trescientos uno (a escasos metros del límite suroeste del HUVA) el cauce recupera cierto grado de conservación y alberga los hábitats de interés comunitario cercanos al Hospital. Principalmente se deben considerar la presencia de galerías y matorrales ribereños termo-mediterráneos.

No existen por tanto, hábitats protegidos o restaurados que puedan verse negativamente afectados por la actividad del HUVA.

EN 14

Estrategias y acciones implantadas y planificadas para la gestión de impactos sobre la biodiversidad.

Al no haber reconocidos efectos significativos sobre la biodiversidad asociados a la actividad del HUVA, no se han establecido estrategias ni acciones específicas en esa línea.

EN 15

Número de especies, desglosadas en función de su peligro de extinción, incluidas en la Lista Roja de la IUCN y en listados nacionales y cuyos hábitats se encuentren en áreas afectadas por las operaciones según el grado de amenaza de la especie.

En el área de actividad del HUVA no hay especies de la lista roja de la IUCN ni en listados nacionales en peligro, cuyo hábitats pueda verse afectado por la actividad del HUVA.

5.2.5 ASPECTO: EMISIONES, VERTIDOS Y RESIDUOS

EN 16

Emisiones totales, directas e indirectas, de gases de efecto invernadero, en peso.

Actualmente, el HUVA es el único Hospital de la Región de Murcia afectado por la Ley 1/2005, de 9 de marzo, donde se regula el régimen del comercio de derechos de emisión de gases de efecto invernadero. Por ello tiene la obligación de realizar el seguimiento de sus emisiones directas conforme al Plan de Seguimiento definido en su correspondiente autorización de emisión de gases efecto invernadero (GEI).

- **El cálculo de emisiones directas** se realiza anualmente, y se obtienen las toneladas totales generadas en un año natural debido a la combustión de los combustibles fósiles en el centro sanitario: gas natural -procesos de producción de agua caliente sanitaria en la central térmica- y gasóleo -proceso de producción de vapor de agua en lavandería-.

El seguimiento de estas emisiones se viene realizando desde 2005, y los valores obtenidos en el periodo 2005 a 2011, se establecen en la siguiente *Figura EN16.a*.

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
5.651	4.174	4.465	4.325	4.411	4.274	3.845

Fig. EN16.a. Emisiones directas de CO2 (Tm). Periodo 2005-2011.

- **En cuanto a las emisiones indirectas**, se deben considerar dos grandes fuentes:
 - Emisiones asociadas al tráfico rodado asociado a la actividad del Centro (trabajadores del Hospital, empresas de servicios y suministros y pacientes).
 - Emisiones asociadas a la producción de energía eléctrica para el abastecimiento de la demanda del HUVA.

Las **emisiones asociadas al tráfico rodado** no han podido determinarse a día de hoy. El indicador EN29 de la presente memoria muestra la capacidad de vehículos que tienen los aparcamientos.

Las **emisiones asociadas al consumo de energía eléctrica** se estiman sobre el consumo del HUVA, de acuerdo con los siguientes factores, obteniéndose los valores establecidos en la *Figura EN16.b*.

- Una porción del consumo se debe atribuir a energías renovables con emisiones cero, pero se desconoce dicha proporción. Por ello el valor obtenido es superior al real.
- Las emisiones se han calculado en base a una demanda en unidades energéticas (J) y considerando que dicha demanda se abastece en su totalidad mediante combustión de fuel-óleo, lo que también contribuye a que el valor obtenido sea mayor que el real.

2006	2007	2008	2009	2010	2011
6547'10	6603'26	6674'88	7638'16	7703'59	7753'90

Fig. EN16.b. Emisiones asociadas al consumo energía. Periodo 2006-2011.

EN 17

Otras emisiones indirectas de gases de efecto invernadero, en peso.

No procede contemplar otros focos o fuentes indirectas.

EN 18

Iniciativas para reducir las emisiones de gases de efecto invernadero y las reducciones logradas.

Dada la tipología de los procesos y focos de combustión en los cuales se generan las emisiones directas de GEI indicadas en EN16, es necesario considerar que las emisiones brutas anuales están muy influenciadas por ciertos factores y pueden no reflejar el efecto de las actuaciones de reducción de emisiones, por ejemplo, la apertura o ampliación de zonas calefactadas y dotadas de agua caliente sanitaria; las variaciones de temperatura ambiental entre los diferentes periodos; las variaciones de producción ropa tratada en lavandería, etc...

Se mantiene el gas natural como combustible principal para la producción de agua caliente sanitaria y calefacción, abandonando así el uso de gasóleo en los procesos desarrollados en la central térmica.

Se pone en marcha la instalación de energía solar térmica, que actúa de apoyo para el precalentamiento del agua caliente sanitaria e igualmente se debe considerar la reducción de emisiones asociada a la renovación tecnológica de los equipos de combustión de la central térmica, se introducen quemadores modulantes.

El conjunto de medidas adoptadas, en especial la introducción del gas natural como combustible principal, ha conllevado una reducción de las emisiones anuales del orden del 22%. Los valores absolutos de la tabla recogida en EN16, no reflejan este resultado y ello responde a que los condicionantes indicados al principio de este apartado.

Para el periodo 2013-2020 existe un Plan de Reducción de Emisiones de CO₂, cuyos objetivos y medidas plantean una reducción muy sustancial de las emisiones actuales, aproximadamente el 15% de reducción de las emisiones asociadas a los procesos de combustión para producción de agua caliente sanitaria y calefacción ("medida 1": Instalación de variadores de frecuencia en los quemadores) y del orden del 18% de reducción de las emisiones asociadas a los procesos de producción de vapor de agua en lavandería industrial ("medida 2": Introducción del gas natural como combustible principal en dicha instalación).

EN 19

Emisiones de sustancias destructoras de la capa ozono, en peso.

Las únicas emisiones de gases contaminantes de la capa de ozono que podrían atribuirse a los procesos de la organización serían las representadas por fugas o pérdidas de gas refrigerante en los equipos existentes.

No se dispone de datos al respecto, ya que el hospital ha eliminado los equipos que por la cantidad de gas contaminante contenido en los mismos, quedan sujetos al plan de seguimiento y control de fugas que exige la normativa aplicable. No se pueden determinar por tanto dichas emisiones.

EN 20

NO, SO y otras emisiones significativas al aire por tipo y peso.

La medición obtenida en 2011 obtiene los resultados establecidos en la *Figura EN20.a*.

Tipo de emisiones	2011
SO ₂ (Dióxido de Azufre)	785
CO (Monóxido de Carbono)	1.927
NO _x (Óxidos de Nitrógeno)	2.427

Fig. EN20.a. Emisiones realizadas en Kg.

EN 21

Vertido total de aguas residuales, según su naturaleza y destino.

No se dispone actualmente de datos relativos a los vertidos generados por el HUVA. Se están realizando actuaciones para implantar aforo y registro de caudales de vertido, aunque a fecha de hoy no se ha puesto en servicio el sistema de medida.

Los vertidos de aguas residuales se vienen estimando en base al consumo de agua, habiéndose definido que las pérdidas de proceso pueden estar en torno al 10% del consumo. *La Figura EN21.a* muestra a continuación, los valores correspondientes a los últimos cinco años, donde se puede apreciar la progresiva y constante tendencia a la baja culminada en 2011.

2006	2007	2008	2009	2010	2011
281.924	235.345	220.321	248.765	176.221	166.525

Fig. EN21.a. Vertidos anuales m³. Periodo 2006-2011.

EN 22

Peso total de residuos gestionados, según tipo y método de tratamiento.

Residuos Sólidos Urbanos, Residuos Orgánico (RSU).

En cada una de las distintas plantas existentes a lo largo de todos los edificios que integran el HUVA hay un almacén de RSU en el que se van depositando, día a día, todos los RSU generados. Diariamente estos residuos son retirados y trasladados a una zona de depósito debidamente habilitada para ello, denominada "Zona de Compactación de RSU" (ZCRSU). Cada dos días, la empresa externa gestora de los RSU (Proambiente S.A.), procede a retirarlos y le da traslado a sus instalaciones para su tratamiento y gestión. Es el citado gestor externo quien, una vez que los RSU se encuentran en sus instalaciones,

realiza los pesajes y remite al HUVA, con carácter mensual, un informe detallado con los kilogramos retirados en dicho período.

Las *figuras EN22.a* y *b* muestran los kilos de residuos sólidos urbanos orgánicos (RSU) generados por la organización y remitidos durante el ejercicio 2011 al gestor externo autorizado para su tratamiento

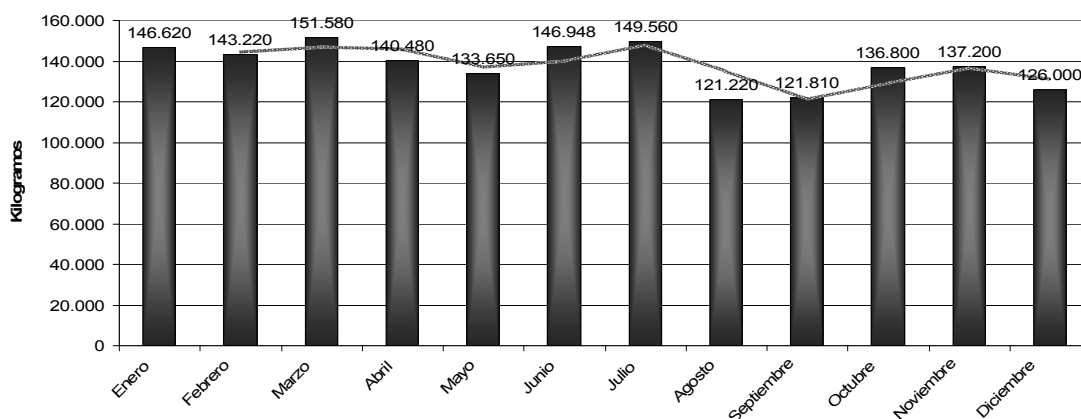


Fig. EN22.a. Residuos Orgánicos enviados a gestor autorizado durante 2011 (Kg.)

Al objeto de poder observar la evolución sufrida en estos últimos siete años, la siguiente *figura EN22.b* ilustra la cantidad de toneladas de residuos sólidos urbanos orgánicos generados, remitidos durante el ejercicio 2011 al gestor autorizado.

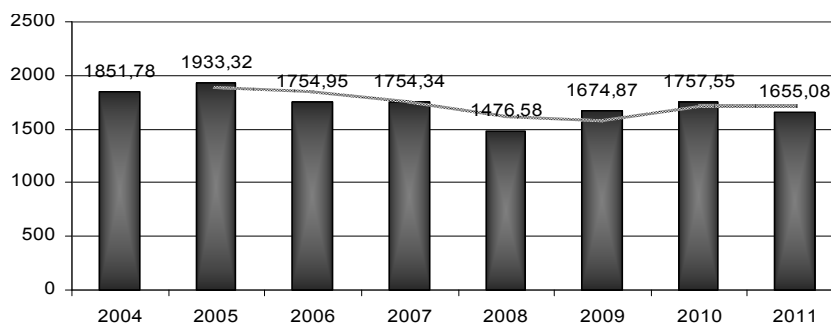


Fig. EN22.b Cantidad de Residuos Sólidos urbanos orgánicos (Tm).

La *figura EN22.c* muestra la reducción sufrida en RSU en el último ejercicio. En cantidad bruta asciende al 5'83%, mientras que en cantidad relativa ha supuesto un 9'57%.

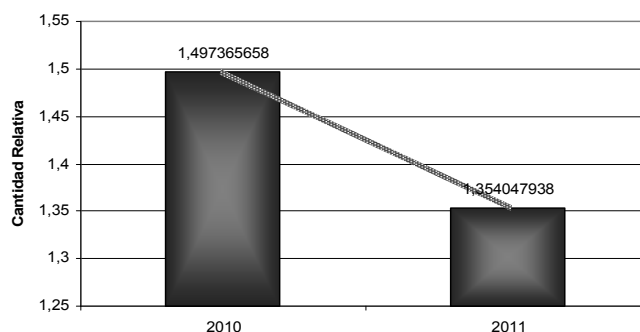


Fig. EN22.c. Reducción en RSU

Residuos de Papel y Cartón.

Mediante la *figura EN22.d.* se muestra los kilogramos de papel y cartón enviados mensualmente a reciclar durante el ejercicio 2011.

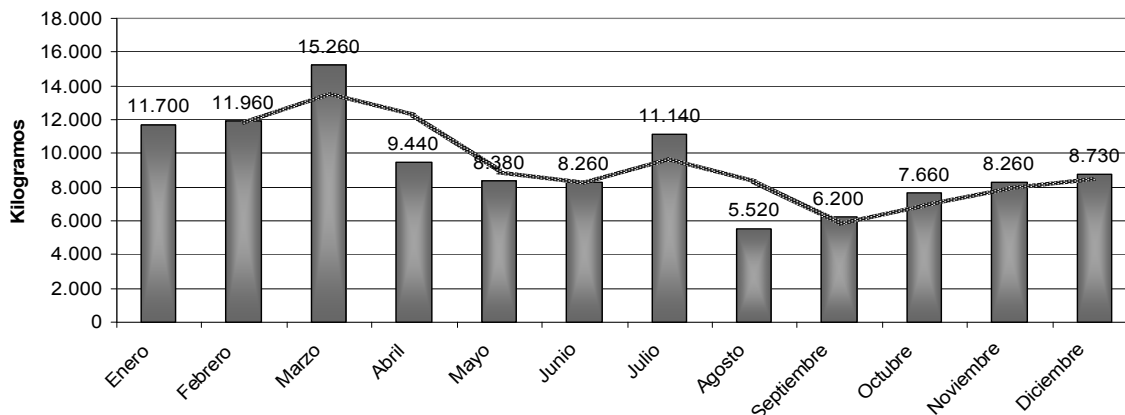


Fig. EN22.d Papel y Cartón enviado mensualmente a reciclar en 2011 (Kg).

Desde una perspectiva comparativa de los últimos siete años, podemos observar como la cantidad de papel y cartón enviado a reciclar durante el último ejercicio ha disminuido en valor absoluto (Tm) un 17%, *Figura EN22.e.*

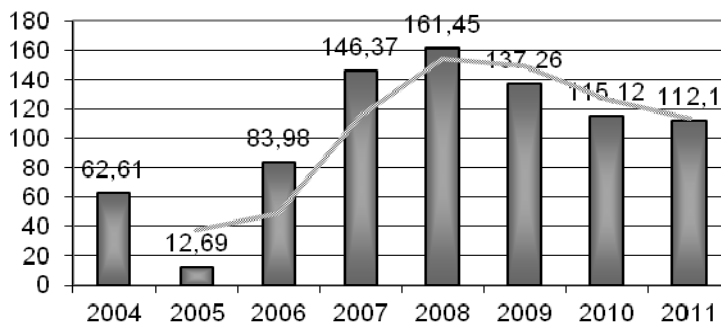


Fig. EN22.e. Papel y cartón reciclado.

En valor relativo, el papel y cartón enviado a reciclar ha disminuido en un 6'25% en el último ejercicio, como se puede observar en la *Figura EN22.f*

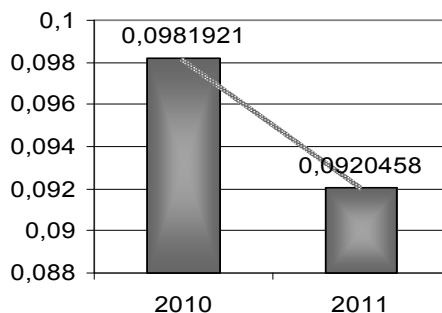


Fig. EN22.f Valor relativo cantidad de papel y Cartón enviado a reciclar

Residuos de plástico.

La *figura EN22.g* muestra los Kilogramos de plástico remitidos a reciclar cada mes durante 2011.

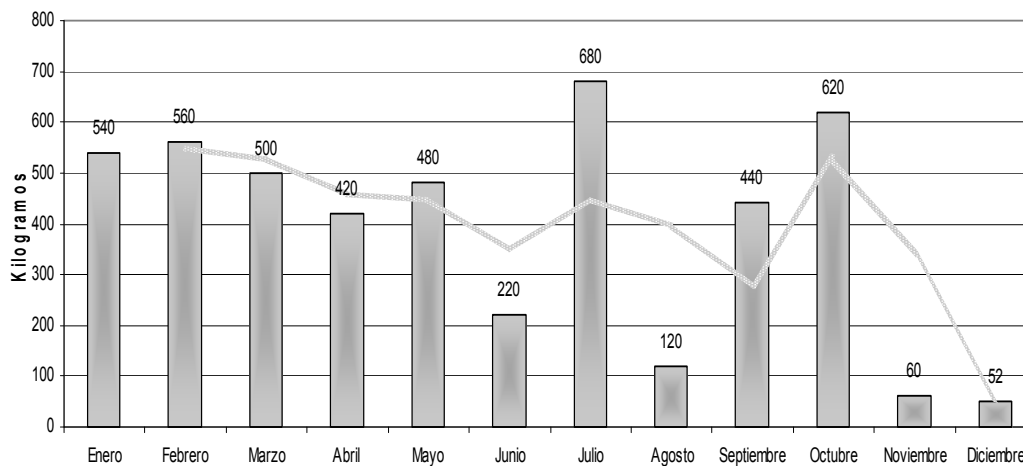


Fig. EN22.g Plástico enviado mensualmente a reciclar en 2011 (Kg).

Comparativamente, se observa a través de las siguientes figuras, como en valor absoluto (Tn), el plástico enviado a reciclar en el ejercicio 2011 se ha logrado reducir en un 40'44% (*Figura EN22.h*) en relación al ejercicio anterior, así como en un 41'39% en valor o cantidad relativa (*Figura EN22.i*).

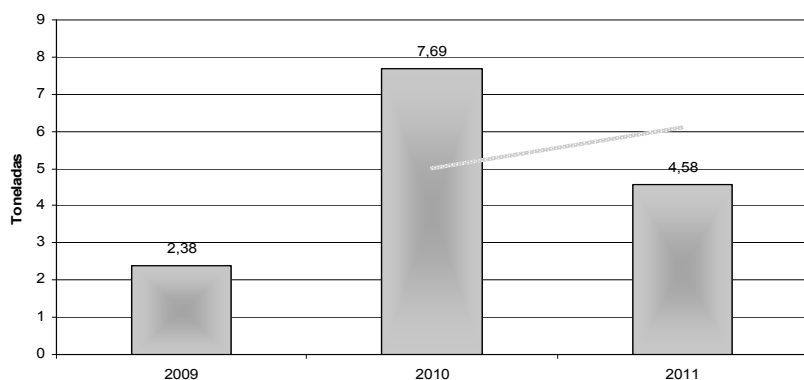


Fig. EN22.h Plástico enviado a reciclar 2009-2011 (Tm).

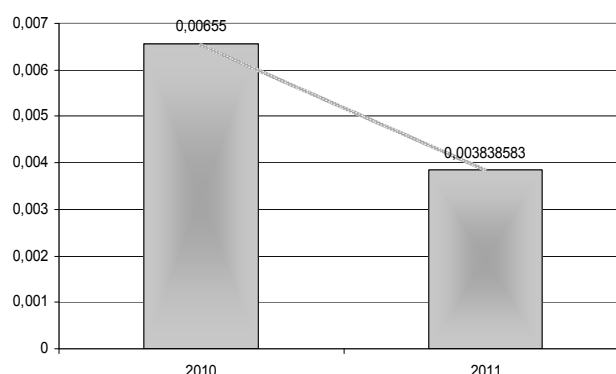


Fig. EN22.i Plástico enviado a reciclar. Valor relativo. 2010-2011.

Residuos Biosanitarios.

La *figura EN22.j* muestra la cantidad de Kilogramos de residuos biosanitarios por mes a lo largo del ejercicio 2011.

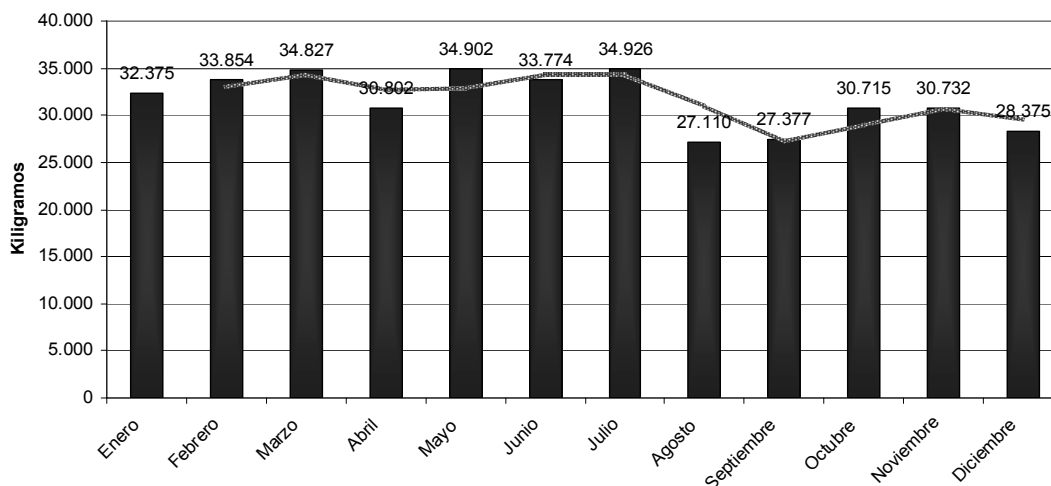


Fig. EN22.j Residuos biosanitarios generados mensualmente 2011 (Kg).

Comparativamente, se puede apreciar a través de las siguientes figuras, como tras un constante aumento en los últimos siete años (periodo 2004-210), el residuo biosanitario generado en 2011 ha disminuido en relación al ejercicio anterior un 1'60% en valor absoluto (*Figura EN22.k*), así como de un 5'62% en valor relativo (*Figura EN22.l*).

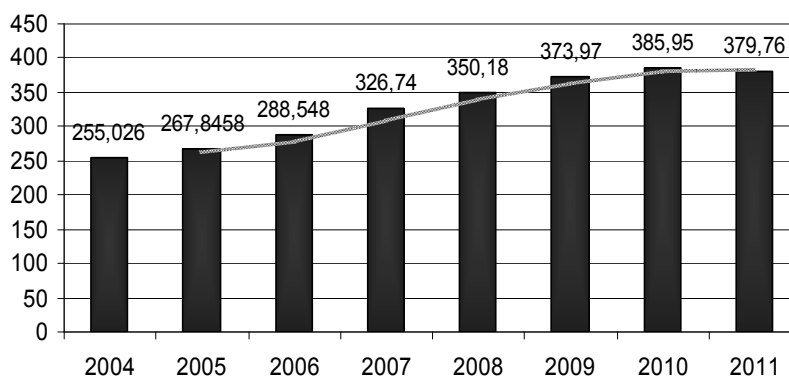


Fig. EN22.k Residuo biosanitario. Cantidad absoluta (Tm). 2004-2011.

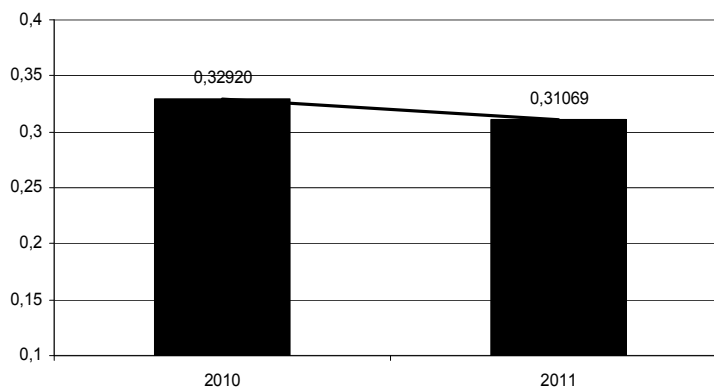


Fig. EN22.l Residuo biosanitario. Cantidad relativa. 210-2011.

Residuos Citostáticos.

La *Figura EN22.m* muestra la evolución experimentada en la generación de residuos citostáticos expresada en kilogramos, durante los meses de 2011.

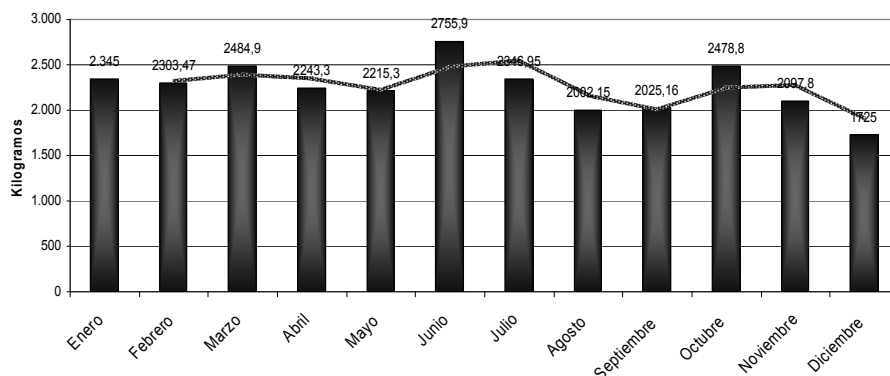


Fig. EN22.m Residuos citostáticos generados 2011 (Kg).

La *figura EN22.n* muestra la disminución experimentada, 11'95% en el último ejercicio.

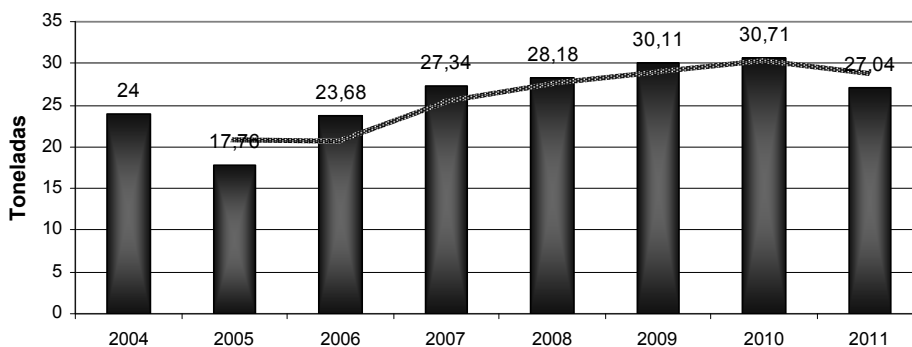


Fig. EN22.n Residuos citostáticos (Tm). 2004-2011.

Residuo Fijador - Revelador.

Los residuos generados por el fijador revelador durante 2011, han ascendido a cuarenta y seis Kg., esto se explica porque se trata de material caducado retirado (*figura EN22.ñ*). Hoy día la organización ya no utiliza los fijadores ni reveladores, estando todos los sistemas de radiografía digitalizados.

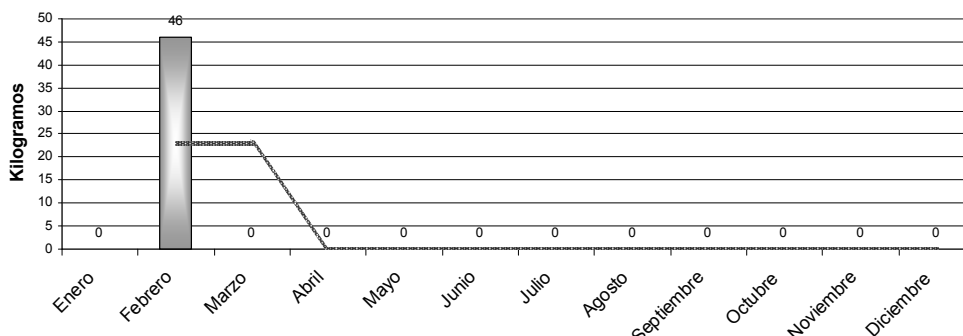


Fig. EN22.ñ Residuos fijador-revelador por meses (kg) 2011.

Comparando los últimos siete años, podemos observar, como se muestra en la *figura EN22.o* la importante reducción de este residuo, en concreto un 97'12% en valor absoluto, al haberse digitalizado el proceso.

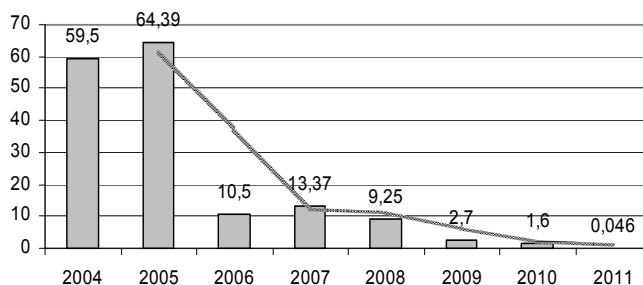


Fig. EN22.o Residuos fijador-revelador periodo 2004-2011 (Tn).

Como muestra la *figura EN22.p*, en valor relativo, la generación de residuo fijador-revelador, se ha reducido en un 97'23%.

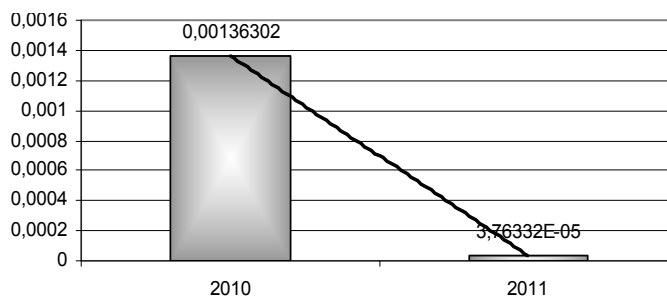


Fig. EN22.p Residuo revelador-fijador en valor relativo

Residuo disolventes orgánicos halogenados (DOH).

La siguiente *figura EN22.q* muestra los Kg. Mensuales, generados del residuo disolventes orgánicos halogenados (DOH) durante 2011.

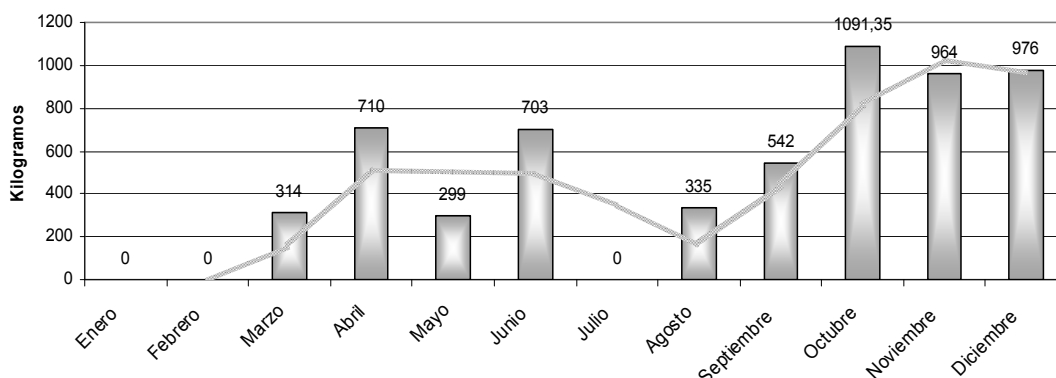


Fig. EN22.q Kg de residuo DOH generados durante 2011.

Comparando los últimos siete años, la *figura EN22.r* nos muestra la evolución descendente que muestra la generación de este residuo en Tm.

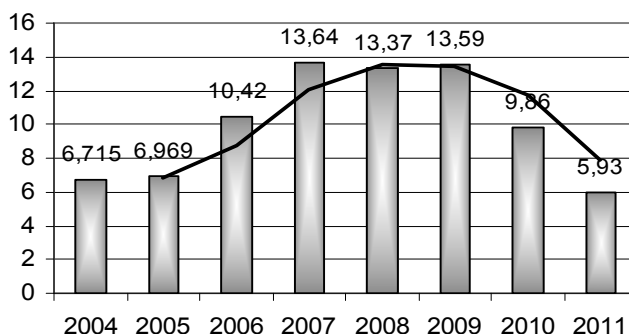


Fig. EN22.r Evolución de DOH 2004-2011 (Tm).

En valor relativo, como muestra la *figura EN22.rr*, el residuo DOH ha experimentado una disminución del 42'48%, con respecto a los datos de 2010.

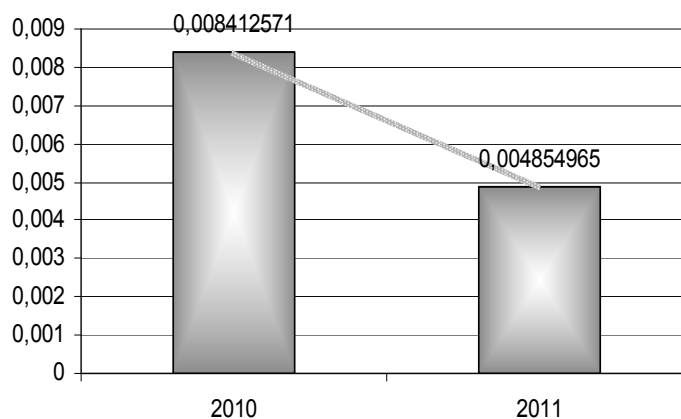


Fig. EN22.rr Valor relativo evolución residuos DOH periodo 2010-2011.

Residuos reactivos de laboratorio.

La *figura EN22.s1* muestra los residuos de reactivos de laboratorio, en Kilogramos generados mensualmente, durante el ejercicio 2011.

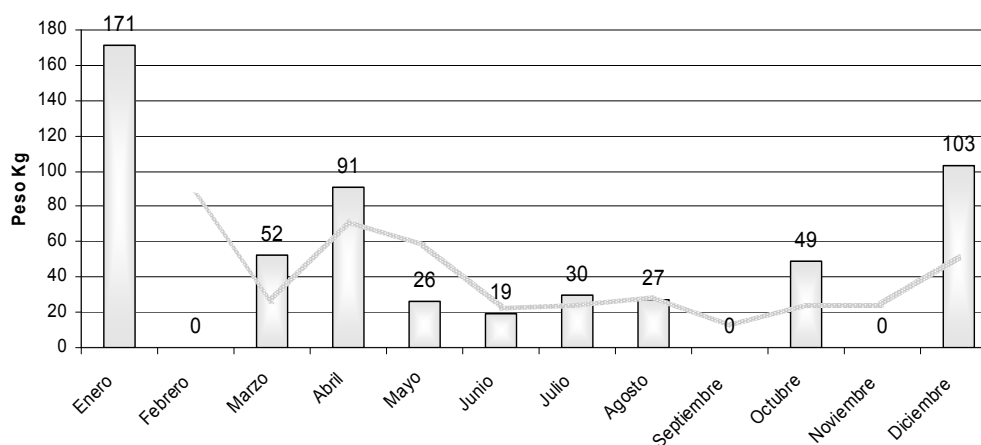


Fig. EN22.s1 Evolución anual residuos reactivos de laboratorio. 2011.

Este tipo de residuos, en comparativa plurianual, abordando el periodo 2004-2007 muestra la siguiente evolución *figura EN22.s2*.

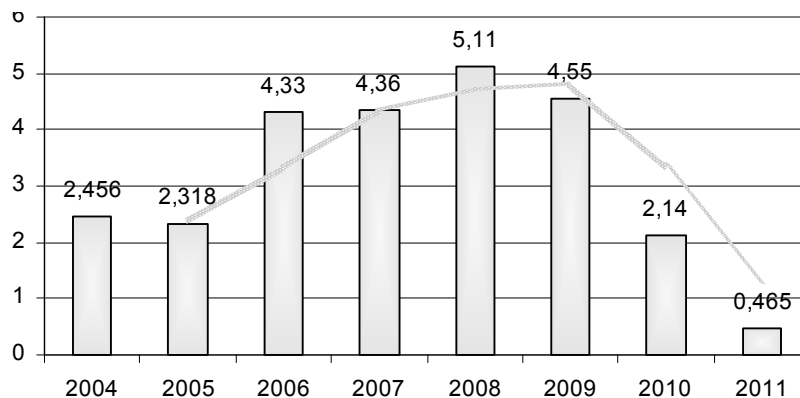


Fig. EN22.s2 Evolución, Toneladas producidas en residuos de reactivos de laboratorio. 2004-2011.

Lo que en valor relativo, se puede apreciar la disminución experimentada en la siguiente *figura EN22.t*, y que asciende al 74'6%.

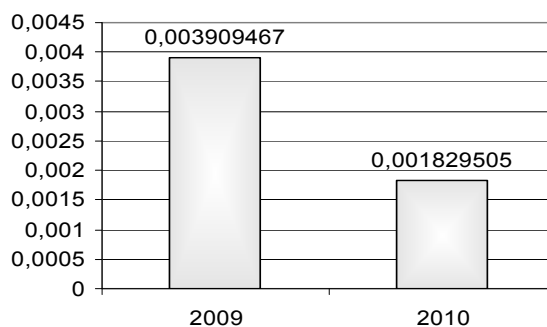


Fig. EN22.t Valor Relativo residuo reactivos de laboratorio. 2009-2010.

Residuos tubos fluorescentes.

La siguiente *figura EN22.u* muestra los kilogramos de residuo en tubos fluorescentes generados mensualmente, durante el ejercicio 2011.

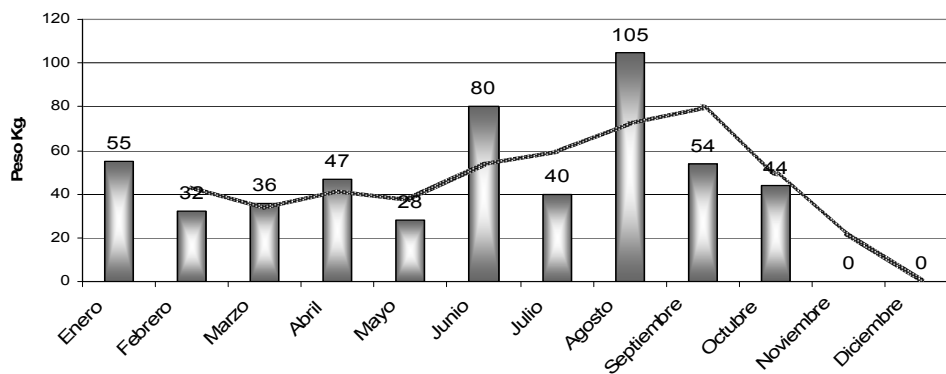


Fig. EN22.u Evolución anual residuos tubos fluorescentes (Kg). 2011.

Desde 2009, se observa una importante disminución de este tipo de residuo como muestra la siguiente *figura EN22.v*.

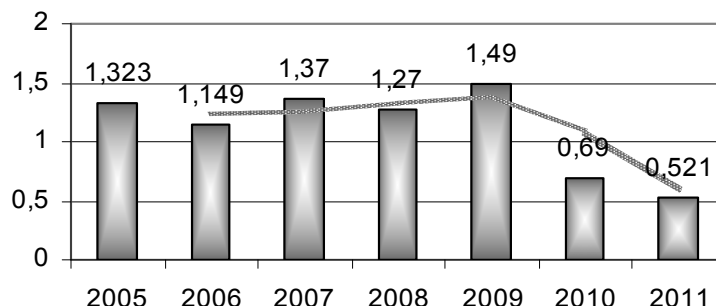


Fig. EN22.v. Residuo tubos fluorescentes generado. Periodo 2005-2011 (Kg).

La siguiente *figura EN22.x*, muestra la disminución experimentada en valor relativo en el residuo tubo fluorescente, y que asciende al 28'12%, con respecto al 2010.

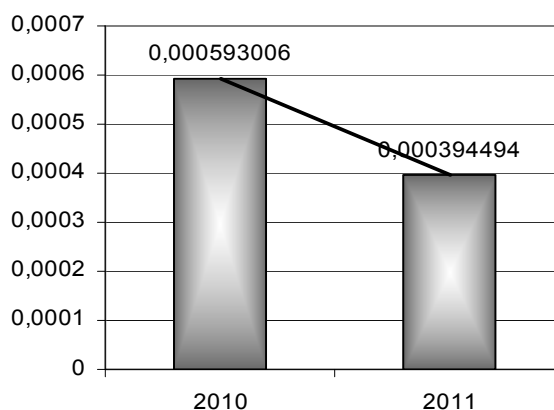


Fig. EN22.x. Valor Relativo residuo tubo fluorescente. 2010-2011.

Residuos pilas alcalinas.

La *figura EN22.y* muestra los kilogramos de residuo generado en pilas alcalinas mensuales, durante el ejercicio 2011.

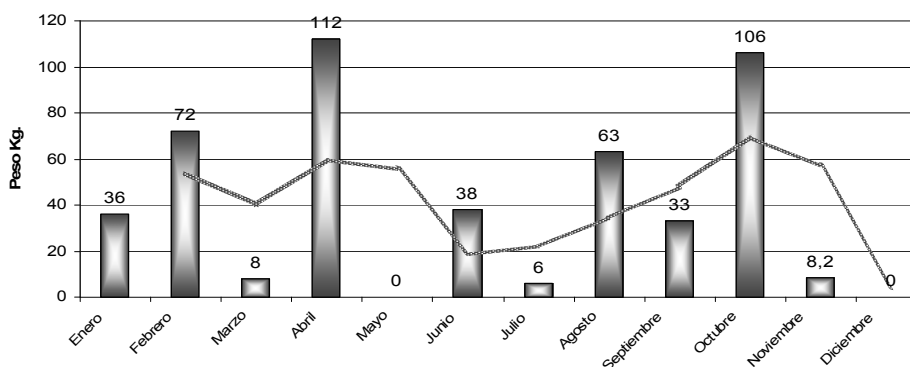


Fig. EN22.y Evolución anual residuos pilas alcalinas (Kg). 2011.

La evolución que desde 2004 presenta la organización en relación a los residuos de pilas alcalinas, se muestra en la *figura EN22.z*. A partir de 2009 se produce una tendencia a la baja en de este tipo de residuos.

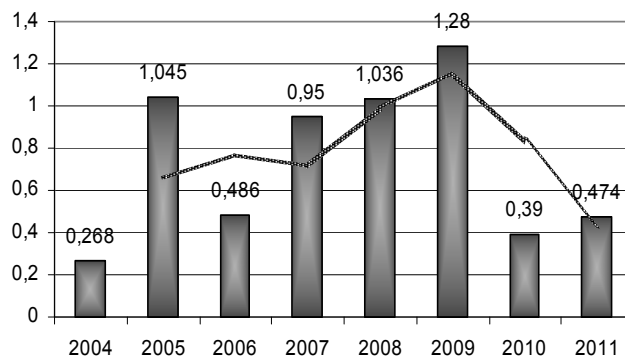


Fig. EN22.z. Peso (Tn) residuo pilas alcalinas. Periodo 2004-2011.

En cuanto a su valor relativo, ha experimentado un aumento del un 1'79%, en relación con 2010. *Figura EN22.aa*

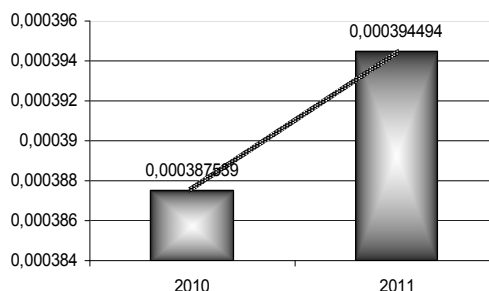


Fig. EN22.aa. Valor relativo residuos generados por las pilas alcalinas.

Residuos Medicamentos caducados.

La siguiente *figura EN22.ab* muestra la cantidad en Kilogramos de residuos generados por medicamentos caducados durante el ejercicio 2011, desglosado por meses.

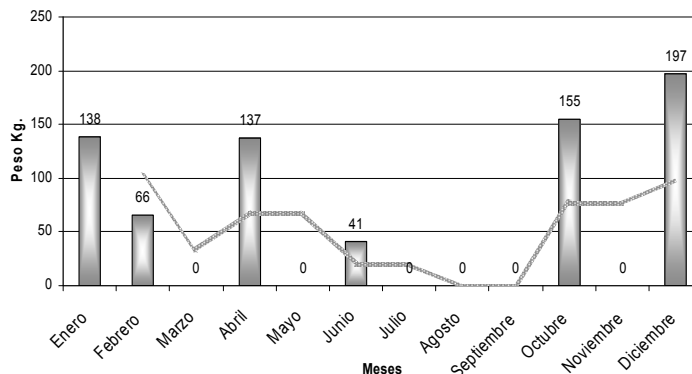


Fig. EN22.ab. Kg. de Residuos generados por medicamentos caducados mensuales.

En valor relativo, la siguiente *figura EN22.ac*, muestra la disminución experimentada en relación al ejercicio anterior, que asciende a 19,41%.

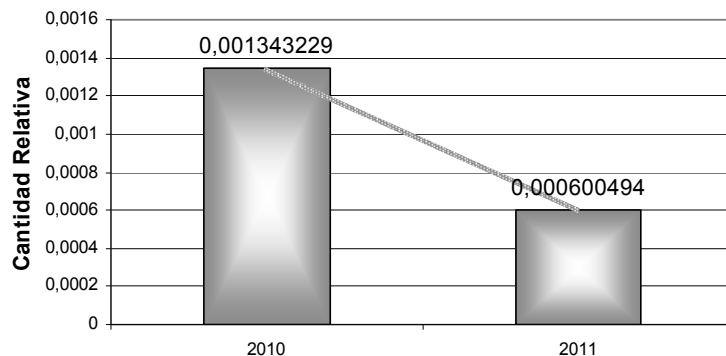


Fig. EN22.ac. Valor relativo residuos generados por medicamentos caducados. 2010-2011.

Residuos Tóner.

La *figura EN22.ad* muestra la cantidad en Kilogramos de residuos generados por tóner de impresoras existentes en la organización durante el ejercicio 2011, desglosado por meses.

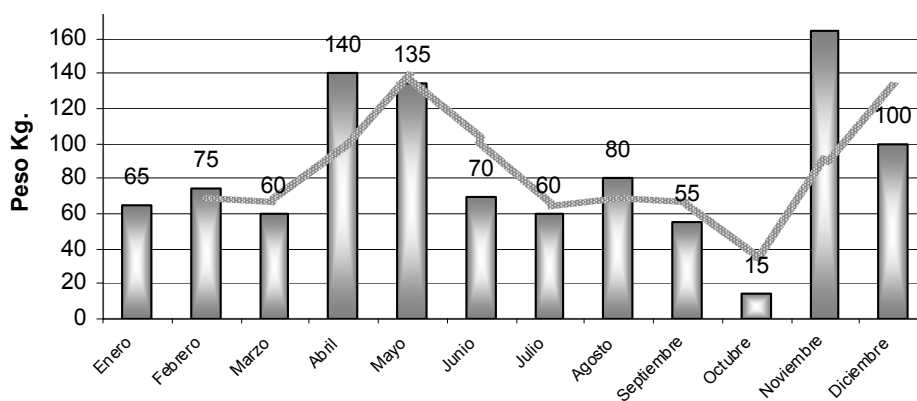


Fig. EN22.ad. Residuos generados (Kg) de tóner mensual. 2011.

En valor relativo, como muestra la *figura EN22.ae*, este residuo registra un aumento del 4'30% en relación al ejercicio 2010.

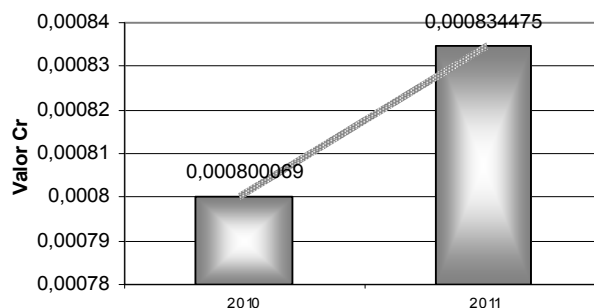


Fig. EN22.ae. Valor relativo de los residuos generados por tóner 2010-2011.

EN 23

Número total y volumen de los derrames accidentales más significativos.

Durante 2011 se identificó un derrame de disolventes orgánicos halogenados (residuos peligrosos) en el laboratorio de microbiología, siendo recogido por el personal de gestión medioambiental cualificado, tratado y gestionado adecuadamente como residuo peligroso. No se ha registrado ningún otro tipo de derrame significativo.

EN 24

Peso de los residuos transportados, importados, exportados o tratados que se consideran peligrosos según la clasificación del Convenio de Basilea, anexos I, II, III y VIII y porcentaje de residuos transportados internacionalmente.

La generación total de residuos en 2011, fue de 2.242.285 kilogramos, de los cuales, 461.497 Kilogramos son residuos peligrosos, es decir, constituyen un 20'58% del total.

EN 25

Identificación, tamaño, estado de protección y valor de biodiversidad de recursos hídricos y hábitats relacionados, afectados significativamente por vertidos de agua y aguas de escorrentía de la organización informante.

Tanto las aguas de escorrentía como las aguas de saneamiento, se inyectan directamente a la red pública, no identificándose ningún hábitat o recurso hídrico calificado bajo algún tipo de protección que por sus valores ecológicos puedan verse afectados.

5.2.6 ASPECTO: PRODUCTOS Y SERVICIOS

EN 26

Iniciativas para mitigar los impactos ambientales de los productos y servicios, y grado de reducción de ese impacto.

Dentro de los objetivos propuestos en el sistema de gestión medioambiental para el ejercicio 2011, se han realizado inversiones en la compra de cargadores y pilas recargables para sustituir los sistemas de pilas convencionales. En total se han adquirido catorce cargadores de pilas y ciento ochenta y seis pilas para distintos servicios.

Otras iniciativas orientadas a mitigar los impactos ambientales, han sido las medidas asociadas al uso de medios de transporte sostenible y respetuoso con el medioambiente, como es potenciar el uso de la bicicleta, a través de diversos cauces:

- Proporcionar y difundir información actualizada y constante, por diversos medios, atendiendo a las demandas de información puntual a través de las sesiones de formación medioambiental impartidas y que se detallan en la *Fig. EN5.b*, para incentivar el uso de las denominadas “Vías Amables”. Se trata de itinerarios que partiendo del HUVA, conducen hasta distintas zonas urbanas del radio inmediato al Hospital, como Murcia capital y Alcantarilla. Para consultar las existentes, pinchar [aquí](#).
- Asimismo se han habilitado cinco puntos dentro del HUVA, para que puedan ser aparcadas en un lugar accesible y seguro. Su capacidad es en principio, de cinco bicicletas por cada punto, lo que les dota de una capacidad total de veinticinco bicicletas.
- Otra medida encaminada a incentivar el uso de este medio de transporte, saludable y respetuoso con el medio ambiente ha sido la celebración del sorteo de una bicicleta, en los actos de celebración la “semana verde”, entre los asistentes al evento (empleados y clientes).

EN 27

Porcentaje de productos vendidos, y sus materiales de embalaje, que son recuperados al final de su vida útil, por categorías de productos.

En la organización no existen materiales de embalaje que se recuperen al final de su vida útil (palés, envases, plásticos, etc...), estos se envían como residuos a plantas de reciclaje externas especializadas, al objeto de que sean gestionados y tratados adecuadamente.

5.2.7 ASPECTO: CUMPLIMIENTO NORMATIVO

EN 28

Coste de las multas significativas y número de sanciones no monetarias por incumplimiento de la normativa ambiental.

Al no producirse ninguna, no se refleja valor monetario alguno, ni número de sanciones.

5.2.8 ASPECTO: TRANSPORTE

EN 29

Impactos ambientales significativos del transporte de productos y otros bienes y materiales utilizados para las actividades de la organización, así como del transporte de personal.

El HUVA dispone de un servicio de hospitalización a domicilio que incluye el traslado al domicilio de los pacientes, y cuyo impacto medioambiental no es significativo.

En relación a los trabajadores y usuarios, la organización dispone de varias zonas habilitadas para el aparcamiento de vehículos para empleados y público en general, con capacidad aproximada de 2.685 vehículos, que viene causando impactos, tanto sobre el ruido ambiental como en las emisiones de partículas y gases de efecto invernadero. La figura *EN29.a* muestra la capacidad de los aparcamientos del HUVA para albergar vehículos.

Capacidad aparcamientos HUVA	
Nº. Plazas del Parking de personal descubierta	585
Nº. Plazas Parking de personal cubierta	215
Nº. Plazas Parking clientes cubierta	2.100
TOTAL PLAZAS	2.685

Fig. EN29.a

Una iniciativa encaminada a mitigar los impactos ambientales es el programa “**Comparte el Coche para venir a la Arrixaca**”, por el que se comparte el vehículo entre varios trabajadores del HUVA a la hora de desplazarse al centro de trabajo, cada día. Logrando conseguir con ello una serie de ventajas como ahorro de combustible y otros gastos derivados del uso del automóvil; disminuir la contaminación atmosférica y acústica que producen multitud de vehículos ocupados por una sola persona, así como, posibilitar de una mayor disponibilidad de plazas de aparcamiento, a los clientes y demás grupos de interés de nuestra organización.



Por otra parte, está previsto para los próximos años la habilitación de nuevas líneas de tranvía, que unirán el centro y otras zonas periféricas de Murcia con el HUVA. Otras iniciativas se describen en el indicador EN.26.

5.2.9 ASPECTO: GENERAL

EN 30

Desglose por tipo del total de gastos e inversiones ambientales.

La organización ha realizado en los tres últimos años, las siguientes inversiones ambientales.

2009	Euros
Reciclador de solvente en Anatomía Patológica	25.000
TOTAL	25.000
2010	Euros
Eliminación de corrientes de aire en sótano maternal / eje básico comunicación	3.000
TOTAL	28.000
2011	Euros
Aforador de caudales en aguas tipo "Parshall"	30.000
Adecuación del Almacén de Productos Químicos y de botellones de gas, así como la formalización de su registro en la CARM.	9.000
Adecuación normativa de la instalación de almacenamiento de PPL (Productos Petrolíferos Líquidos)	3.800
Eliminación de R22 como gas refrigerador en equipos de refrigeración de Lavandería	15.000
TOTAL	57.800

5.3 DIMENSIÓN SOCIAL

La dimensión social de la sostenibilidad queda directamente relacionada con los impactos de las actividades de la organización en los sistemas sociales en los que interactuamos.

5.3.1 INDICADORES DEL DESEMPEÑO DE PRÁCTICAS LABORALES Y ÉTICA DEL TRABAJO.

El hecho de que el HUVA pertenezca a la red pública regional sanitaria del SMS, adscrito a la CSPS como una organización pública prestadora de servicios sanitarios, se ve condicionada y repercutida en la gestión de sus prácticas laborales y éticas del trabajo por las políticas que con carácter general se establecen en este sentido por la citada CSPS y SMS para todos los centros de la red pública sanitaria regional.

Asimismo, y como queda recogido entre los valores de la organización, el compromiso con los valores éticos supone una constante para el hacer diario de la organización, que nos permite potenciar, desarrollar y difundir los valores éticos y morales, como queda indicado en el último párrafo del epígrafe 4.8 del presente documento, en el que se establecen los valores superiores del código de conducta allí establecido. Además la organización valora y reconoce el desempeño de las personas como se indica en el epígrafe 4.17.

5.3.1.1 ASPECTO: EMPLEO

La naturaleza pública de la organización obliga a que los procesos de selección y contratación, tanto del personal fijo como del temporal en sus diversas modalidades, se encuentren regulados taxativamente, incluso al más alto nivel normativo, como así queda establece el artículo 103.3 de la Carta Magna "La ley regulará el (...) acceso a la función pública de acuerdo con los principios de mérito y capacidad (...)", así como por el resto

de normativa vigente aplicable, que bajo los principios de igualdad, merito y capacidad imperan los aspectos relacionados con la empleabilidad en nuestra organización.

En cuanto al sistema de selección, varía conforme al tipo de puesto a cubrir.

A. Personal Fijo.

Todo el personal fijo de la organización se selecciona mediante el mecanismo de Oferta Pública de Empleo (OPE). La consecución y adscripción a una plaza en propiedad se realiza para una categoría y un centro de trabajo concreto, una vez reunidos los requisitos que la convocatoria establece, se haya superado las pruebas selectivas establecidas, se produzca el nombramiento y su preceptiva toma de posesión del puesto conseguido.

En cuanto a la movilidad, se permite la movilidad voluntaria a través de la figura del concurso de traslados. También bajo la figura de la comisión de servicios, se permite la movilidad a otro puesto de la misma categoría con carácter provisional hasta la obtención del puesto de forma definitiva a través del correspondiente concurso de traslados. Mediante la figura de la Promoción Interna Temporal (PIT), se permite la movilidad tanto funcional -a otra categoría superior- como geográfica dentro del ámbito del SMS, siempre que reúna los requisitos establecidos en la normativa vigente.

En la actualidad se están produciendo nuevas incorporaciones de profesionales que con carácter permanente, ha superado las pruebas de la última OPE convocada en 2008, y que de acuerdo con lo establecido en el Boletín Oficial de la Región de Murcia (BORM), número 176 de miércoles, 30 de julio de 2008, supuso un total de 4.287 plazas ofertadas para todo el SMS, de las que, 625 se ofertaron mediante el sistema de Promoción Interna, 1.712 plazas por Libre y 1.950 plazas mediante el sistema de Consolidación de empleo. De ellas, se han incorporado un total de 448 personas (*Fig. 5.3.1.1.a*).

Categoría	Incorporaciones
Facultativos Sanitarios	65
Otro personal sanitario	73
Personal no sanitario	310
TOTAL	448

Figura 5.3.1.1.a. Nuevas incorporaciones 2011.

B. Personal Temporal.

Este personal puede ser: interino o eventual. Tiene carácter de interino, cuando se trata de desempeñar una plaza vacante dotada presupuestariamente en la plantilla de la organización, teniendo por tanto, dentro de la temporalidad que presenta este personal temporal, una mayor estabilidad que el resto de modalidades.

El personal eventual, es el destinado para la cobertura de servicios de corta duración que la organización demanda de forma coyuntural, extraordinaria, y/o al objeto de garantizar un permanente y adecuado funcionamiento. La contratación y detección de necesidad de este tipo de personal, parte del servicio pertinente, quién a través de sus mandos intermedios formula la necesidad, en función de la actividad programada y la

sobrevenida (ausencias de titulares por licencias y permisos), así como necesidades de refuerzos puntuales o permanentes del Servicio.

La gestión de estas demandas se realiza a través de la elaboración de unas bolsas de trabajo, según las distintas categorías, en las que se garantiza igualmente la publicidad, mérito y capacidad de las personas a través de un sistema imparcial que protege la igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo y que son gestionadas por SS.CC.

El HUVA cuenta internamente con otros mecanismos para la selección de personas al objeto de cubrir diferentes puestos y favorecer así, tanto el desarrollo profesional como la satisfacción de intereses personales de sus trabajadores. Estos mecanismos se realizan a través de los procedimientos de movilidad interna establecidos, que permiten ubicar a los trabajadores que lo deseen y participen voluntariamente, en otros puestos diferentes.

Estos procedimientos realizados en el Hospital son públicos y consensuados con los representantes de los trabajadores, realizándose el pertinente seguimiento de los mismos. Asimismo se permite que todos los profesionales tengan la posibilidad de reclamar, tanto vía recurso de alzada ante el órgano superior, como vía contencioso-administrativa en relación con aquellas situaciones derivadas de su selección o de cualquier circunstancia que afecte a sus condiciones de trabajo cuando las considere inadecuadas.

LA 1 Y LA 2

Desglose del colectivo de trabajadores por tipo de empleo, por contrato y por región. Número total de empleados y rotación media de empleados, desglosados por grupo de edad, sexo y región.

Dentro del apartado 2.8, la *Figura 2.8.1* muestra la distribución de los empleados de la organización, según su relación laboral y sexo, así como la *Figura 2.8.2* que viene a mostrar la distribución de la plantilla según las distintas categorías profesionales y sexo en la organización.

Edad (años)	Hombres	Mujeres	Total	%
<26	20	51	71	1.37
26-30	119	301	420	8.13
31-35	177	367	544	10.53
36-40	162	370	532	10.29
41-45	240	475	715	13.84
46-50	211	519	730	14.13
51-55	251	572	823	15.92
56-60	180	480	660	12.77
61-65	201	336	537	10.39
>66	57	79	136	2.63
Total general	1.618	3.550	5.168	100.00
%	31'3	68'7		

Figura 5.3.1.1.b. Estructura de edad del Área I.

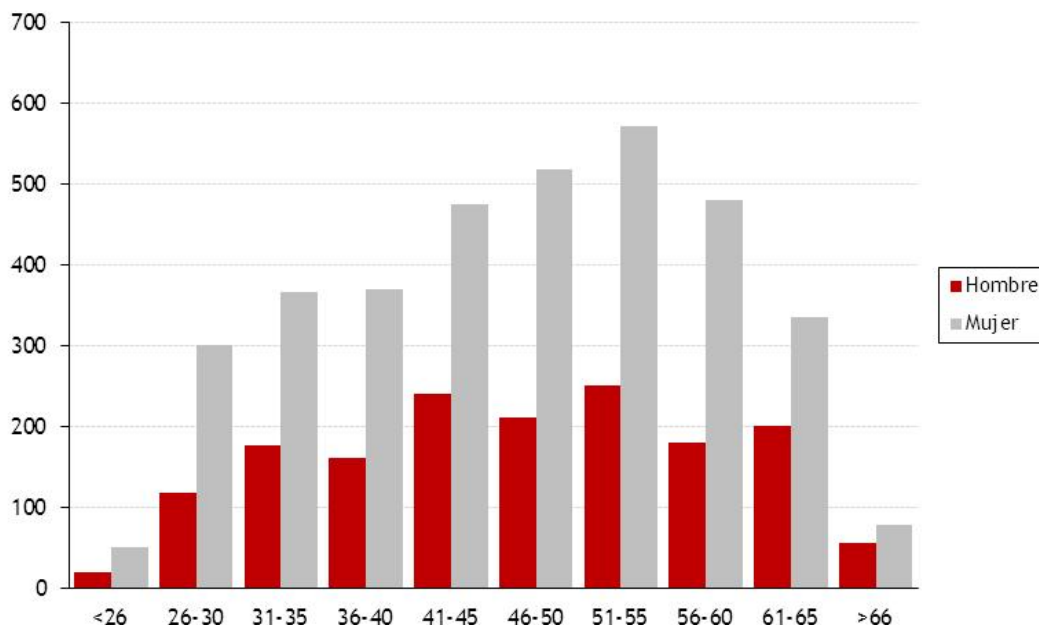


Figura 5.3.1.1.c Estructura de la plantilla por edades y sexo.

La Figura 5.3.1.1.a. muestra el número de nuevas incorporaciones, según categorías producidas durante el periodo.

LA3

Beneficios sociales para los empleados con jornada completa, que no se ofrecen a los empleados temporales o de media jornada, desglosado por actividad principal.

En general todos los empleados de la organización pueden disfrutar de estos beneficios sociales, ya que se aplican independientemente al tipo de relación de empleo o jornada, excepto para los trabajadores eventuales, dada la breve temporalidad de su permanencia.

Además de los ya reflejados en EC3, también se encuentra entre los beneficios sociales que la organización realiza, la póliza de seguro de responsabilidad civil contratada por el SMS para todos sus empleados.

La organización preocupada por una efectiva conciliación y mejora de la vida familiar, se organiza para que sea posible el disfrute de las licencias y permisos que como muestra la siguiente *Figura. 5.3.1.1.c.*, establece distintos tipos de figuras, que en 2011 fueron disfrutados por el número de trabajadores que allí se expresa.

Figuras de conciliación	Beneficiarios
Reducciones de Jornada en general	83
Excedencia por cuidado de familiares	215
Excedencia por cuidado de hijos	155
Licencia Maternidad	154
Licencia paternidad	52
Riesgo durante el embarazo	90
Permiso de Lactancia	115
Adopción	0
Licencia por enfermedad grave de familiares	1.529
Permiso por defunción familiares	370

Figura 5.3.1.1.c Figuras de conciliación familiar.

LA15

Niveles de reincorporación al trabajo y de retención tras la baja por maternidad o paternidad, desglosados por género.

Maternidad	2011
Con Derecho	154
Solicitado	154
Reincorporados	125
Continuidad al cabo de 12 meses	29

Paternidad	2011
Con Derecho	52
Solicitado	52
Reincorporados	52
Continuidad al cabo de 12 meses	0

5.3.1.2 ASPECTO: RELACIONES EMPRESA/TRABAJADORES

LA4

Porcentaje de empleados cubiertos por un convenio colectivo.

Todas las personas que trabajan en la organización bajo régimen laboral, así como los MIR (Médicos Internos Residentes), se encuentran incluidas en los Convenios Colectivos de su ámbito laboral, así como se encuentran representados sindicalmente en los diferentes ámbitos de negociación existentes:

- Mesa General de Negociación en el ámbito de la Administración de la CARM, donde se determinan conjuntamente las cuestiones que con carácter general afectan a todos los empleados públicos.
- Mesa Sectorial de Sanidad, donde se negocia colectivamente, la determinación de las condiciones de trabajo específicas del sector sanitario.
- Junta de personal. La participación de los sindicatos en los órganos de gobierno, viene regulada en los distintos ámbitos de negociación, así como en la normativa e instrucciones en vigor existentes. Así, las comisiones en las que participan los sindicatos en la organización son las siguientes.
 - Comisión de reubicación/adaptación por motivos de salud.
 - Comisión de traslados internos.
 - Comisión de seguridad y salud laboral
 - Comité de empresa.

LA5

Periodo(s) mínimo(s) de preaviso relativo(s) a cambios organizativos, incluyendo si estas notificaciones son especificadas en los convenios colectivos.

Los plazos de preaviso normalmente quedan recogidos en la normativa de aplicación general vigente, como es la del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, que con carácter general se aplica mediante la Ley 30/1992, de fecha 26 de noviembre, así como por otras normas de aplicación como son la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco, Ley 5/2001, de 5 de diciembre, de Personal Estatutario del Servicio Murciano de Salud, entre otras.

5.3.1.3 ASPECTO: SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO.

Promover la mejora continua de las condiciones de trabajo así como la prevención de los accidentes laborales y enfermedades profesionales, que en todos los niveles de la actividad asistencia se pudieran originar, supone un objetivo prioritario para la organización, lo cual nos lleva a promover continuamente la mejora de las condiciones de trabajo para conseguir una mayor protección de las personas frente a los riesgos laborales, cuestión ésta, que sólo podemos alcanzar mediante la información, consulta y participación del personal en todos los niveles y estamentos de la organización.

Este objetivo se ha de cumplir teniendo en cuenta principios éticos y estándares de buena práctica de trabajo, debiendo mantener los niveles de calidad del servicio a la ciudadanía, así como observar los requisitos legales y contractuales que en tal sentido, estén establecidos o se establezcan en el futuro.

En este sentido la Organización, consciente de la importancia que las condiciones de trabajo tienen sobre la seguridad y salud de los trabajadores, viene promoviendo diferentes iniciativas orientadas a su mejora, y en las que se aportan los medios necesarios no sólo para garantizar la seguridad de sus empleados, empresas externas, alumnos, clientes y demás grupos de interés, sino también para mejorar de manera efectiva las condiciones en las que se desarrollan las actividades laborales, docentes y de investigación, elevando así el nivel de bienestar y satisfacción en el trabajo.

Corresponde a la Dirección General de RR.HH y Organización Administrativa de SS.CC, establecer las directrices de coordinación de los servicios de prevención de riesgos laborales de las Administración Pública Regional. El SMS con el fin de velar por la seguridad y salud de todas las personas que trabajan en sus instalaciones y en cumplimiento de la ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, y la Ley 54/2004, que viene a complementarla, opta por disponer de un servicio de prevención de riesgos laborales propio, el cual depende orgánica y funcionalmente de la Dirección General de Recursos Humanos en SS.CC.

Mediante la Resolución de 10 de abril de 2002, de la Consejería de Economía y Hacienda, se hace público el acuerdo entre la Administración Regional y las organizaciones sindicales, donde se regulan los criterios de adaptación de la normativa en materia de prevención de riesgos laborales en la Administración Pública regional.

Por todo ello, entre otras medidas, utiliza su intranet “Arrinet”, para dar la oportuna difusión a todos los profesionales de la organización, en todos aquellos aspectos más relevantes relacionados con la Prevención de Riesgos Laborales como son: información en general, normativa, planes de formación, plan de autoprotección, etc... de tal manera que el acceso a esta información sea ágil, rigurosa y sirva de base para consolidar un potente sistema de información en el ámbito de la salud laboral.
http://arrinet.carm.es/riesgos_laborales.htm

A. ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA PREVENCIÓN EN LA ORGANIZACIÓN.

La competencia en materia de Prevención de Riesgos Laborales del SMS es de toda la organización y se corresponde con el nivel jerárquico que se ostente, debiéndose garantizar por el responsable de cada unidad administrativa, la seguridad y salud del personal a su cargo.

La máxima responsabilidad dentro de cada organización, recae sobre el Gerente de Área, al que corresponde adoptar las medidas preventivas que sean necesarias para garantizar la seguridad y salud del personal a su servicio, a tal efecto deberá aprobar los Planes de Actividades Preventivas derivados de las Evaluaciones de Riesgos que se realicen.

La organización dispone de la figura del “Coordinador en materia de Riesgos Laborales”, designado por el Gerente del Área I, que por delegación, coordina todas las actividades

de la organización relacionadas con los riesgos laborales y planes de autoprotección del Área I.

En última instancia son los Jefes de Servicio y otros responsables intermedios los que deberán garantizar la seguridad y salud del personal a su cargo.

1. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL).

Se entiende por servicio de prevención el conjunto de medios humanos y materiales necesarios para realizar las actividades preventivas a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y salud de los trabajadores, asesorando y asistiendo para ello al empresario, a los trabajadores y a sus representantes y órganos de representación especializados. El SPRL se organizará en equipos de prevención, al objeto de asegurar una mayor agilidad y eficacia en su funcionamiento, y serán dirigidos por un Equipo Coordinador.

1.a. Servicio de Prevención Coordinador.

Integrado por los siguientes profesionales: Un coordinador del servicio de prevención, como máximo responsable del servicio de prevención; Un responsable del área técnica; Un responsable de vigilancia de la salud; Un responsable de enfermería del trabajo; Un Psicólogo; así como con una enfermera del trabajo; Dos técnicos superiores que tiene las tres especialidades técnicas en prevención -seguridad, higiene industrial y ergonomía y psicología aplicada-, y dos auxiliares administrativas.

1.b. Equipos de Prevención de Área.

Los equipos de prevención (EP) desarrollan las funciones del servicio de prevención en su área de actuación, de manera que entre todos los equipos se cubre a todo el personal del SMS.

En la organización, el EP está integrado por las siguientes figuras:

- Tres médicos del trabajo.
- Tres enfermeras del trabajo.
- Cuatro técnicos de prevención.
- Un auxiliar administrativo.

De acuerdo con el artículo 31 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, entre otras, es función del equipo prevención dar apoyo técnico para la elaboración de la documentación relativa al sistema de gestión de prevención de riesgos laborales, e implantación del sistema de gestión de prevención de riesgos laborales.

2. Órganos de Consulta y Participación.

2.a Delegados de Prevención.

Los Delegados de prevención son los representantes de los trabajadores con funciones específicas en materia de prevención de riesgos laborales. Designados por y entre los representantes del personal, entre aquellos empleados que ostentan la condición de representantes electos.

2.b Comité de Seguridad y Salud Coordinador del SMS.

Corresponderá al Comité de Seguridad y Salud Coordinador establecer las directrices generales de actuación, el manual de prevención de riesgos laborales, los modelos de evaluación de riesgos, así como instrucciones para la coordinación de las actividades de prevención de riesgos laborales en el SMS.

2.c Comités y Comisiones de Seguridad y Salud de Áreas.

La participación de los trabajadores se completa con la existencia de Comités de Área en cada una de las nueve Áreas de Salud existentes actualmente en el SMS. El número de miembros de cada uno de estos Comités se calculará en función del número de trabajadores de cada Área según lo establecido en el artículo 35 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. La organización, cuenta hoy día con ocho delegados de prevención que vienen a representar a la totalidad de los trabajadores en ella comprendidos.

Cada Comité de Área será presidido por el Gerente de Área (que lo es, tanto para Atención Primaria como Especializada). Los Comités de Área y Comisiones de Hospitales y Centros, estarán constituidos de forma paritaria por los delegados de prevención y por los representantes de la organización. En las reuniones del Comité de Seguridad y Salud participan con voz pero sin voto un representante del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de Área que, sin ser miembro del mismo, actuará como asesor del Comité de Área.

2.d Comisión de reubicación/adaptación por motivos de salud.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en su artículo 25.1. establece que: *“El empresario garantizará de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo.*

Los trabajadores no serán empleados en aquellos puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad física, psíquica y sensorial, debidamente reconocida, puedan ellos, los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa ponerse en situación de peligro o, en general, cuando se encuentren manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo”.

De este modo, la Organización debe proteger a los trabajadores especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo, así como a aquellos que, por problemas transitorios de salud no pueden desempeñar adecuadamente las funciones propias de su puesto. Para ello, ha de adoptar medidas que pueden ir desde la adaptación de las condiciones del propio puesto de trabajo, hasta la reubicación en otro puesto de trabajo de su misma categoría profesional o, incluso, de otra categoría distinta siempre que se cumplan determinados requisitos.

Dentro de las instrucciones existentes para la adaptación de las condiciones de trabajo o la reubicación de los trabajadores sensibles a determinados riesgos derivados del trabajo, o que por problemas de salud de carácter temporal no pueden desempeñar adecuadamente las funciones de su puesto de trabajo (Resolución del Director General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud. BORM de 11 de marzo de 2008) en

la organización se ha creado la comisión de adaptación y reubicación por motivos de salud, que se reúne como mínimo una vez al mes y tiene las siguientes atribuciones:

- Ser informada de las adaptaciones y reubicaciones que lleve a cabo la Gerencia de la organización.
- Resolver las solicitudes de adaptación y reubicación que no hayan podido ser resueltas directamente por la Gerencia.
- Trasladar a la Dirección General de Recursos Humanos las solicitudes que no se puedan resolver mediante adaptaciones o reubicaciones realizadas dentro de la misma Gerencia, acompañando un informe sobre las circunstancias que lo hayan impedido.

Adscrita a la Dirección General de Recursos Humanos del SMS, existirá una Comisión Central de adaptación y reubicación por motivos de salud que deberá reunirse cada tres meses, y que tendrá las siguientes funciones:

- Ser informada de las adaptaciones y reubicaciones que se lleven a cabo por las Gerencias y la Dirección General de Recursos Humanos.
- Resolver las solicitudes que no hayan podido ser resueltas por las Gerencias ni la Dirección General de Recursos Humanos.
- Elaborar una memoria anual sobre todos los expedientes de adaptación y reubicación por motivos de salud que se tramiten en el SMS, de la que dará traslado al Comité de Seguridad y Salud de dicho organismo.

Ambas comisiones, estarán compuestas de forma paritaria y en sus respectivos ámbitos por representantes de la Administración y de las Organizaciones Sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad. Asimismo, en las citadas comisiones participarán, con funciones de asesoramiento técnico, miembros del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

Las siguientes *figuras 5.3.1.3.a y b* muestran las reubicaciones realizadas en los últimos dos años, tanto por motivos de salud como las realizadas por embarazos y lactancia.

	2010	2011
Número de Reubicaciones	47	53

Fig. 5.3.1.3.a Reubicaciones por motivos de Salud.

Motivo	2010	2011
Por embarazo	42	57
Por lactancia	9	8

Fig. 5.3.1.3.b Reubicaciones por embarazo y lactancia.

2.e Comisión de planificación de actividades preventivas.

Corresponde a la comisión de planificación, revisar las evaluaciones realizadas por el Servicio de Prevención, designando para ello al responsable de llevar a cabo las medidas preventivas o las medidas alternativas indicadas en la evaluación así como el plazo de ejecución de las mismas. Esta Comisión, está integrada por un Coordinador en

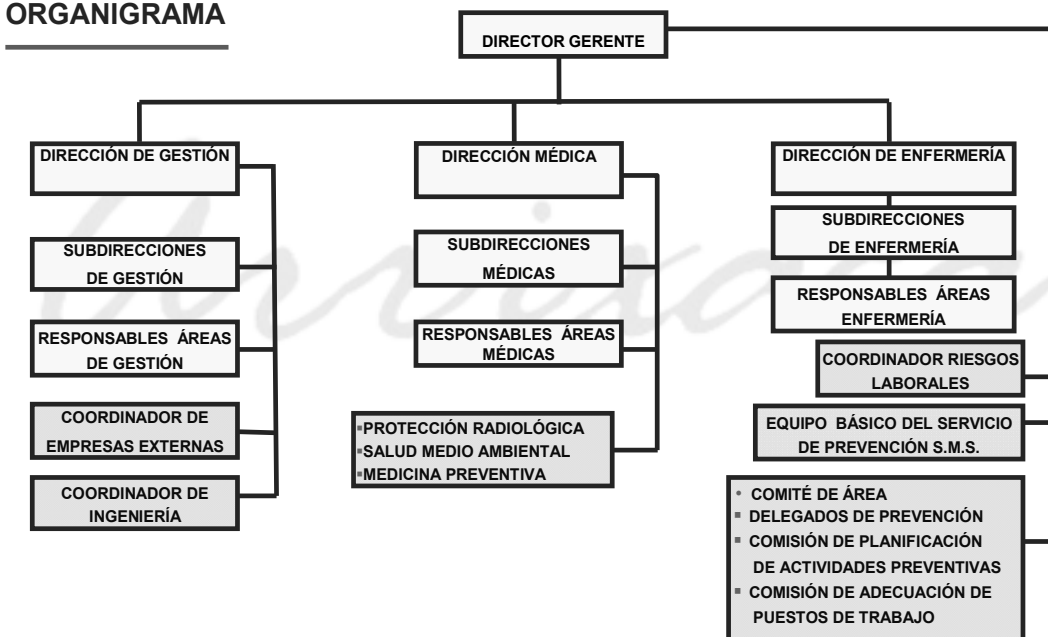
Materia de Riesgos Laborales, un Ingeniero de Obras y Mantenimiento, un Responsable de las dependencias evaluadas y un Técnicos de prevención.

La *figura 5.3.1.3.c* muestra las evaluaciones de riesgo realizadas durante el periodo 2010-2011, así como otras actividades complementarias íntimamente relacionadas.

	2010	2011
Reuniones Comisión de planificación de actividades preventivas	4	7
Evaluaciones de Riesgos Realizadas	12	24
Planificación de las actuaciones preventivas	12	24
Comprobación de las acciones correctoras planificadas.	12	24

Fig. 5.3.1.3 c. Evaluaciones de riesgos laborales y otras actividades 2010-2011.

ORGANIGRAMA



5.3.1.3 d. Organigrama Prevención de Riesgos.

B) COORDINACIÓN CON DISTINTOS AGENTES EXTERNOS.

1. Coordinación con Empresas Externas.

Al objeto de cumplir con el deber de información preventiva entre la Organización y las Empresas contratadas, establecido en el artículo 24 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales y desarrollado por Real Decreto 171/2004, de coordinación de actividades empresariales, y garantizar los mayores niveles posibles de seguridad y salud para la realización de trabajos contratados, la Gerencia hace entrega del manual de información para empresas externas contratistas del servicio murciano de

salud, donde se informa de los riesgos generales y específicos a los que se encuentran expuestos sus trabajadores, así como de las medidas preventivas recomendadas.

En este sentido, algunos trabajadores de estas empresas participan en los cursos de formación continuada impartidos por la organización, formando parte del organigrama del plan de autoprotección, los trabajadores de dichas empresas, con determinadas funciones concretas y que participan activamente en los simulacros y emergencias.

Estas empresas, se encuentran obligadas a tener concertada la asistencia sanitaria en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional con una mutua de accidentes de trabajo. Sin embargo, en determinados casos como son los accidentes de trabajo en general o los accidentes de riesgo biológico en particular, donde existen una serie de condicionantes como la necesidad de realizar una valoración inmediata del riesgo y conocer el estado de salud de la “fuente”, donde se aconseja que la primera valoración y asistencia sea realizada por el SMS, a pesar de ser esta, responsabilidad de la mutua de accidentes o el servicio de prevención de la empresa externa. Los gastos generados por dicha asistencia serán imputados a la mutua correspondiente.

2. Coordinación con entidades formativas.

Los alumnos de Universidades, institutos, etc... que realizan las prácticas en la organización, son informados de los riesgos y medidas preventivas que deben adoptar en el desarrollo de su tarea en las instalaciones de la organización.

Independientemente, que en caso de accidente, la cobertura de la asistencia sanitaria corre a cargo del preceptivo seguro escolar, la primera asistencia de los alumnos accidentados se realiza en las instalaciones del centro.

3. Coordinación con usuarios.

Las instalaciones de la organización son utilizadas diariamente por multitud de usuarios, por ello dentro del plan de autoprotección de la organización, los pacientes, los acompañantes y usuarios en general, participan activamente en las labores de evacuación que se practican en los simulacros periódicos que se han realizado.

En este sentido, a dichas personas se les facilitan los distintos folletos informativos relacionados con los riesgos y planes de autoprotección de que disponemos en la organización.

	2011	2010
Simulacros realizados	17	2

Fig. 5.3.1.3 e. Simulacros realizados.

LA6

Porcentaje del total de trabajadores que está representado en comités de salud y seguridad conjuntos de dirección-empleados, establecidos para ayudar a controlar y asesorar sobre programas de salud y seguridad en el trabajo.

Todas las personas de la organización (100%), están representadas en el comité de seguridad y salud laboral del área, integrado por ocho delegados de prevención.

LA7

Tasas de absentismo, enfermedades profesionales, días perdidos y número de víctimas mortales relacionadas con el trabajo por región.

Grupo y categoría	Tasa de Absentismo		Tasa de Sustitución		Coste sustitución	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
A	2,69%	2,29%	59,76%	56,10%	1.041.866	783.158
FACULTATIVO	2,69%	2,29%	59,76%	56,10%	1.041.866	783.158
B	7,61%	6,79%	56,94%	53,28%	2.923.880	2.311.473
C	8,58%	7,39%	47,28%	41,35%	215.837	159.897
D	11,29%	9,79%	39,15%	29,15%	1.249.225	736.662
SANITARIO NO FACULTATIVO	9,08%	7,97%	47,88%	41,30%	4.388.942	3.208.032
A	5,15%	6,20%	0,00%	5,47%	0	3.068
B	3,58%	3,24%	0,00%	0,00%	0	0
C	11,86%	7,09%	27,04%	24,73%	41.547	38.876
D	7,26%	6,83%	59,54%	52,80%	614.376	429.750
E	10,47%	8,93%	65,56%	64,15%	983.468	771.671
NO SANITARIO	8,88%	7,77%	60,21%	56,10%	1.639.391	1.243.365
TOTAL	7,53%	6,57%	52,25%	46,51%	7.070.199	5.234.555

Fig. LA7.a. Tasas de absentismo, sustitución y coste de sustitución por grupos y categorías.

CATEGORIA	Días trabajados		Días de absentismo		Días sustituidos	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Facultativo	459.882	464.129	12.389	10.622	7.404	5.950
Sanitario no facultativo	1.044.624	1.039.499	94.844	82.812	45.411	34.200
No sanitario	454.151	442.219	40.337	34.361	24.285	19.277
TOTAL	1.958.657	1.945.847	147.570	127.795	77.100	59.436

Fig. LA7.b. Días trabajados, absentismo y de sustitución por categoría.

Accidentes Laborales	2011
CON INCAPACIDAD TEMPORAL (IT)	116
• Accidentes	79
• Accidentes "In itinere"	37
SIN INCAPACIDAD TEMPORAL (IT)	238
• Accidentes	215
• Accidentes "In itinere"	23
Total de Accidentes	354
Índice de incidencia total	47'87%
Índice de incidencia con baja	15'16%
Índice de frecuencia total	18'82%
Índice de frecuencia con baja	9'82%

Fig. LA7.c. Accidentes laborales.

Durante el período objeto del informe, no han habido víctimas mortales.

LA8

Programas de educación, formación, asesoramiento, prevención y control de riesgos que se apliquen a los trabajadores, a sus familias o a los miembros de la comunidad en relación con enfermedades graves.

Para la organización, la implementación de este indicador supone una importante tarea de la estrategia en prevención de riesgos laborales, ya que asumimos que sin formación no puede existir prevención.

A través del plan de formación de prevención de riesgos laborales del SMS y del Área I Murcia Oeste, se establecen las actuaciones del "IV Plan Regional de prevención de Riesgos Laborales 2008-2012 de la Región de Murcia".

Objetivos Estratégicos de este plan son: Llegar al máximo de trabajadores; compatibilizar la formación en PRL con las exigencias de las unidades o servicios en cuanto a la organización y disponibilidad; conseguir que la formación en PRL no quede en una mera obligación que cumplir, sino que proporcione un valor añadido a los trabajadores (protección, salud, y motivación) y la organización (productividad y calidad de la prestación del servicio).

En cuanto a la Estructura del Plan de formación, destacamos:

1. Formación curricular nuclear en PRL.

En este apartado se engloba la **formación básica o esencial** en prevención de riesgos laborales: lo mínimo que todos los trabajadores del SMS (globalmente y por categorías profesionales) deben saber aplicar, saber compartir y saber asumir. Se potenciará y priorizará la modalidad de teleformación o mixta, con estrategia docente de autoaprendizaje y/o formación práctica con tutoría.

A partir del módulo básico, común para todas las categorías y puestos de trabajo, se desarrolla un itinerario formativo según grupos de destinatarios, en versión on-line y que

contempla preceptivamente los siguientes cursos según categorías profesional, se muestran marcados con una “X” en la *figura 5.3.1.3. i.*

Materias / Categorías	Básico PRL	Riesgo Biológico	Manejo de Cargas	PVD	Radiaciones ionizantes	Riesgos Químicos
Facultativos sanitarios	X	X				
Facultativos no sanitarios	X			X		
Enfermería	X	X				
Matrona	X	X				
Auxiliar de Enfermería	X	X	X			
Fisioterapeuta	X	X	X			
Téc. Especialista en Laboratorio	X	X				X
Téc. Especialista en Radiología	X	X			X	
Téc. Especialista en Anatomía Patológica	X	X				X
Higienista dental	X	X				
Asistente social	X			X		
Celadores	X		X			
Personal de limpieza	X		X			
Personal de lavandería	X		X			
Personal de cocina	X		X			
Personal de Administración	X			X		
Informática	X			X		
Conductor	X					
Personal de mantenimiento	X		X			

Fig. 5.3.1.3 i. Cursos preceptivos a realizar en de Prevención de RR.LL.

2. Formación adicional sobre riesgos en el trabajo.

La formación básica anteriormente citada, se completará con acciones específicas de perfeccionamiento centradas en el puesto de trabajo, en relación a los riesgos y medidas preventivas en contextos determinados. Preferentemente se utiliza la modalidad presencial, utilizando para ello la estrategia docente de aprendizaje en el puesto de trabajo y/o tutoría con la metodología en talleres y grupos de trabajo. Tienen un papel esencial en la detección de necesidades y pertinencia de la acción formativa, los responsables de cada servicio o unidad en coordinación con la unidad de formación continuada de la organización.

3. Formación transversal.

La formación obligatoria de todos los empleados de la organización, se complementa con la formación “transversal” que incluyen unidades didácticas de PRL en todas aquellas acciones formativas del Plan Integrado de Formación Continuada Sanitaria (PEC y programa formativo del centro), en las que el contenido que se imparte pueda suponer un riesgo laboral en el trabajo.

Los Programas de formación transversal anuales son aprobados por el comité de seguridad y salud y por la comisión de docencia. Los cursos de formación, incorporan los siguientes contenidos:

- Plan de Autoprotección.
- Equipos de protección.
- Movilización de pacientes.
- Riesgo químico.
- Riesgo biológico: bioseguridad, vacunas.
- Riesgos laborales en embarazo y lactancia en el trabajo.
- Riesgo. Medioambientales en el trabajo.
- Psicología: Prevención agresiones, comunicación. Gestión de RR.HH., Organización.
- Pantallas de visualización de datos.

La *Fig. 5.3.1.3 j.* muestra el porcentaje de cursos realizados en la organización durante los años 2010 y 2011, en los que se incluyen contenidos en materia de prevención de riesgos laborales. Asimismo en la *Fig. 5.3.1.3.k* muestra el número de asistentes a los cursos de prevención en RR.LL., en sus distintas modalidades, reflejando una evolución al alza en relación con el ejercicio anterior.

	2011	2010
Cursos realizados con contenido en prevención de RR.LL.	48%	35'57%

Fig 5.3.1.3 j. Cursos realizados con contenidos en prevención de riesgos laborales.

	2011	2010
Cursos "On-Line" preceptivos a la incorporación del personal en el equipo.	1.068	328
Cursos presenciales	99	43
Formación transversal en materia de prevención de RR.LL	2.521	1.356

Fig 5.3.1.3 k. Número de asistentes a los cursos de prevención de riesgos laborales.

LA9

Asuntos de salud y seguridad cubiertos en acuerdos formales con sindicatos.

A través del comité de seguridad y salud y la comisión de reubicación/adaptación por motivos de salud, se gestiona las actividades en materia de coordinación y participación con los representantes de los trabajadores. La participación de estos en las comisiones y comités, en los que se deciden los asuntos y materias de seguridad y salud, permiten incorporar sus sugerencias y observaciones, en definitiva conseguir su mayor grado de implicación en las medidas que finalmente se formalizan e implementa, a través de procedimientos y procesos de trabajo. Dichos procedimientos de actuación, tiene carácter general y de aplicación en todos los centros.

En relación a las materias seguridad y salud en las que se encuentran implicados los representantes de los trabajadores, destacamos las siguientes.

a) Prevención de Riesgos Laborales.

- Objetivos anuales en Materia de riesgos laborales.
- Reglamento de Funcionamiento del Comité de Seguridad y Salud.
- Plan prioridad de realización de Evaluaciones de Riesgos Laborales
- Comunicaciones de riesgo realizadas por delegados de prevención y trabajadores.
- Plan de Formación de prevención de riesgos laborales.
- Planes de financiación de actividades preventivas.
- Reconocimientos médicos.
- Campañas de vacunación.
- Siniestralidad.
- Investigación de accidentes.
- Compra de equipos de protección, bioseguridad, movilización de cargas, etc.
- Adecuaciones por motivos de salud.
- Protocolos de actuación del Servicio de Prevención.
- Coordinación con empresas externas.
- Carteles informativos.
- Plan de gestión de residuos.
- Obras nuevas.
- Obras de remodelación

b) Plan de Autoprotección

- Actualizaciones del Plan.
- Protocolos de actuación.
- Protocolos de actuación en caso de agresión.
- Manuales del Plan de Autoprotección para trabajadores de atención especializada y primaria, empresas externas, estudiantes, etc.
- Compra de equipos de primera y segunda intervención.
- Equipos de detección e extinción de incendios.
- Programa de simulacros.
- Carteles del Plan de Autoprotección

5.3.1.4 ASPECTO: FORMACIÓN Y EDUCACIÓN.

La organización considera que el mantenimiento y la mejora del capital humano, en especial mediante la formación orientada a ampliar la base de conocimientos de las personas que trabajan en ella, es un elemento clave en el desarrollo organizacional.

El acceso a la formación puede contribuir al progreso en otras áreas de desempeño, como garantizar la igualdad de oportunidades en el puesto de trabajo y contribuir a motivar el progreso personal, que a su vez repercute en la propia organización.

La organización cuenta con un plan de formación donde se recogen los objetivos estratégicos en materia de formación del centro y se establecen los diferentes cauces que se utilizan para identificar las necesidades de formación. Contamos con la síntesis del Plan de Salud 2010-2015, el contrato de gestión de la gerencia, las líneas estratégicas de los responsables de los procesos y las necesidades detectadas. En este marco de actuación se elabora el programa formativo para cada año, que se aprueba en la

Comisión de Formación del área, y al que posteriormente da el visto bueno tanto la organización como la Dirección General de Formación, Ordenación Profesional, Sanitaria e Investigación de la CSPS.

Difundido el programa formativo, la participación de cada profesional es autorizada y priorizada por el mando intermedio al que está adscrito, teniendo en cuenta la formación previa y la utilidad del curso para el desempeño del puesto actual o futuro.

Todos los cursos que se realizan disponen de una evaluación final. Del análisis de global de todas estas evaluaciones, junto con el análisis de la encuesta de satisfacción, se elabora el siguiente Plan de Formación del próximo periodo.

El Plan de Formación tiene una financiación mixta: externa e interna. La vía externa es tanto pública (a través de financiación del Instituto Nacional de Administraciones Públicas) como privada (colaboración de proveedores externos, que ayuda a financiar aspectos de la formación como: docentes, traslados y alojamiento, conferencias, documentación, material, etc.). La vía interna se nutre de los presupuestos de la organización. En el programa formativo de 2011 se realizaron con financiación externa pública 147 acciones formativas, que suponen 1.534 horas de formación distribuidas en 2.654 participantes/alumnos. Además se realizaron otras 35 acciones formativas con financiación interna, que han supuesto otras 171 horas y 869 alumnos. El total de acciones realizadas se eleva así a 182, dirigidas a 3.523 alumnos y con una duración de 1.705 horas. La *Fig.5.3.1.4.a* desglosa el programa por las principales categorías profesionales de la organización.

	Actividades	Alumnos	Horas
Médicos	34	464	338
Residentes	33	1.038	349
No sanitario	21	365	293
Enfermería	53	672	539
Multidisciplinar	6	115	15
Total financiación externa	147	2.654	1.534
Financiación interna	35	869	171
TOTAL	182	3.523	1.705

Fig.5.3.1.4.a Actividades formativas.

La *Fig.5.3.1.4.b* muestra los mecanismos de identificación de las necesidades formativas y las acciones emprendidas.

Mecanismos de identificación de necesidades de formación	Despliegue de Acciones Formativas	Valoración y Revisión
Plan de Salud 2010-2015	Formación Plan y Programa de formación	Seguimiento del plan y encuestas al término de las acciones
Contrato de gestión de la gerencia	Entrenamiento en el trabajo	Información de los Mandos.
Líneas estratégicas de los responsables de los procesos	Práctica clínica Salud Pública Investigación	Mandos y profesionales Memoria científica y profesional
Necesidades detectadas	Gestión / calidad Docencia Oportunidades de aprendizaje Promoción profesional Movilidad interna temporal Autoformación Congresos/Foros científicos Biblioteca Estudios de Investigación	

Fig.5.3.1.4.b Mecanismos identificación necesidades de formación/acciones emprendidas.

En relación a la evolución experimentada por el gasto en formación que la organización destina a la formación, la *fig. 5.3.1.4.b* contrasta la inversión realizada en el ejercicio 2011, con el inmediato anterior.

	2011	2010
Docencia y Materiales para la docencia	76.009'72€	76.984'95€
Inscripciones y matriculas	35.066'40€	36.488'63€
Gastos de viaje y estancias	29.206'58€	69.023'16€
Totales:	140.282'70€	182.496'74€

Fig.5.3.1.4.b Evolución del gasto en Formación.

LA10

Promedio de horas de formación al año por empleado, desglosado por categoría de empleado.

Debido a la importancia estratégica que la docencia tiene como parte de la Misión, reflejada como un proceso clave en el mapa 0 de procesos de la organización, la *figura LA10.a* añade a los grandes grupos de profesionales en que se divide el personal la figura del residente. En ella se detalla la media de horas anual por colectivo y el global de la organización, sin que exista discriminación alguna por razón de sexo, ya que ambos sexos reciben el mismo promedio de horas de formación al año.

	Efectivos	Horas	Media
Sanitario facultativo	1.011	400	0,40
Sanitario no facultativo	2.868	601	0,21
No sanitario	1.273	355	0,28
Residentes	304	349	1,15
Total	5.456	1.705	0,31

Fig.LA10.a. Promedio de horas de formación por empleado y categoría. Incluye a personal residente y excluye a equipo directivo

Además, desde la organización se estimula la formación favoreciendo la asistencia a cursos, congresos, jornadas etc., por parte de los profesionales, tanto a través de la organización propia de cursos como la autorización para acudir a los organizados fuera de la organización, como muestra la *fig. LA10.b*. Prueba de ello es la inversión realizada por la organización en cursos y material, inscripciones y matriculas en cursos externos así como los gastos en dietas de viaje y estancia que genera dicha formación y que se recoge en la *fig. 5.3.1.4.b*.

Cursos
Recibidos por el Personal Sanitario Facultativo y Residentes
Explotación de formularios de estación clínica Selene con excel
Curso comunicación en lengua inglesa enfocada a las ciencias de la salud
Sesiones de actualización en nuevas tecnologías en el laboratorio de genética clínica
Seminario de aspectos prácticos en ventilación mecánica
Curso de aproximación a la ventilación mecánica no invasiva en el fracaso agudo de la respiración
Club fetal
Taller de intubación difícil
Actualización en ginecología y obstetricia
Neuro-club Murcia 2011
Curso de actualización en oncología pediátrica
Curso comunicación malas noticias en medicina
Curso avanzado de adiestramiento en nefrectomía laparoscópica 1
Curso sobre plan de emergencias para residentes de nueva incorporación de 1º
Curso sobre plan de emergencias para residentes de nueva incorporación de 2º
Curso sobre plan de emergencias para residentes de nueva incorporación de 3º
Curso sobre plan de emergencias para residentes de nueva incorporación de 4º
Curso básico de historia clínica electrónica para residentes de 1º
Curso básico de historia clínica electrónica para residentes de 2º -dos ediciones a lo largo del año-
Curso básico de historia clínica electrónica para residentes de 3º -dos ediciones a lo largo del año-
Curso básico de historia clínica electrónica para residentes de 4º -se realizaron dos ediciones a lo largo del año-
Curso básico de historia clínica electrónica para residentes de 5º -se realizaron dos ediciones a lo largo del año-
Curso básico de historia clínica electrónica para residentes de 6º
Curso básico en urgencias hospitalarias

Curso básico en urgencias pediátricas
XXX curso de avances en antibiótico-terapia
Diagnostico del VIH en atención primaria: una necesaria colaboración
Seminario de monitorización hemodinámica
Curso de formación continuada en historia clínica electrónica para facultativos -quince ediciones al año-
Curso de segundo nivel de protección radiológica en radiología intervencionista
Actualización cardiológica en AP
OMI para médicos
OMI para pediatras
Electrocardiografía para médicos de atención primaria
Taller de ORL para atención primaria
Patologías infecciosas emergentes
Herramientas de gestión directiva para coordinadores médicos de AP y SUAP
Abordaje de patologías psiquiátricas infantojuveniles en atención primaria
Pediatría para médicos de familia
Manejo de los problemas reumatológicos más frecuentes en AP
Actualización en ginecología para atención primaria
Abordaje de traumatismos y politraumatizados en AP, SUAP y PAC
Taller de inmovilización y transporte sanitario para AP y SUAP
SVB y SVA para médicos
Como afrontar situaciones conflictivas en el ámbito sanitario de atención primaria
Manejo de urgencias y emergencias más frecuentes en AP
Atención a pacientes terminales en atención primaria y SUAP
Actuación en emergencias y catástrofes para SUAP y PAC
Educación para la salud en la escuela
Iniciación en el transporte sanitario para conductores SUAP
Taller de inmovilización y transporte sanitario para equipos SUAP
Gestión de la calidad
RCP instrumental y DESA -se realizaron cinco ediciones a lo largo del año-
Introducción al proceso de la comunicación asistencial -se realizaron dos ediciones a lo largo del año-
Organización sanitaria y gestión clínica
Introducción a la bioética clínica -se realizaron cuatro ediciones a lo largo del año-
Metodología de la investigación -se realizaron cuatro ediciones a lo largo del año-
Salud, sociedad y cultura -se realizaron dos ediciones a lo largo del año-
Protección radiológica nivel básico para residentes de 1º

Recibidos por el Personal Sanitario no Facultativo

Taller de insulinización para enfermería
ECG para enfermería
Taller de pie diabético
Planes de cuidados en OMI para enfermería
Manejo del enfermo CV en la consulta de enfermería HTA, DM y obesidad
Manejo de heridas y suturas para enfermería de atención primaria
Taller de vendajes funcionales
Educación grupal en un centro de salud
SVB y SVA para enfermería
Herramientas de gestión directiva para responsables de enfermería de AP y SUAP
Taller de metodología de cuidados al paciente adulto. Ingreso y alta
Taller de metodología de cuidados al paciente pediátrico. Ingreso y alta
Planes de cuidados con lenguaje estandarizado: NANDA-NIC-NOC en el paciente adulto -se realizaron tres ediciones a lo largo del año-
Planes de cuidados con lenguaje estandarizado: NANDA-NIC-NOC en el paciente pediátrico
Manejo y educación sanitaria de los pacientes con enfermedades cardiovasculares
Reanimación cardiopulmonar básica y avanzada pediátrica y neonatal
Reanimación cardiopulmonar básica instrumentalizada en RN
Enfermería y atención temprana en los contextos hospitalarios
Taller de técnicas de manipulación y manejo del neonato para favorecer las interacciones adulto-niño -se realizaron tres ediciones a lo largo del año-
Taller de terapia continua de reemplazo renal -se realizaron dos ediciones a lo largo del año-
Lactancia materna para profesionales
La comunicación con el usuario del sistema sanitario
Taller de canalización venosa central a través de acceso periférico. Técnica directa y técnica de sheldinger -se realizaron cinco ediciones a lo largo del año-
Reanimación cardiopulmonar instrumental y DESA
Taller de ventilación mecánica neonatal -se realizaron seis ediciones a lo largo del año-
Taller de canulación venosa central por acceso periférico en pacientes pediátricos -se realizaron cinco ediciones a lo largo del año-

Recibidos por el Personal no Sanitario

OMI para administración -se realizaron dos ediciones a lo largo del año-
Curso SAP: módulo finanzas
Curso SAP: módulo facturación
Curso SAP: módulo logística-suministros
Curso SAP: módulo mantenimiento
Desarrollo de habilidades para mandos intermedios
Desarrollo de habilidades para mandos intermedios
Autoliderazgo y conducción de equipos

Utilización de medios mecánicos en la movilización de pacientes en el propio hospital -se realizaron dos ediciones a lo largo del año-
Correo electrónico e internet -se realizaron dos ediciones a lo largo del año-
Plan de emergencia y evacuación para profesionales del hospital
Curso sobre competencias profesionales
Curso sobre habilidades directiva: integración del equipo directivo
Curso avanzado de tarjeta sanitaria
Curso gestión del cliente insatisfecho en el sector -se realizaron dos ediciones a lo largo del año-
Curso básico de protección de datos sanitarios
Plan de emergencia. Simulacro
Otros cursos de financiación externa y autoformación.
Taller de valoración de espondiloartritis -se realizaron dos ediciones a lo largo del año-
Sensibilización y educación medioambiental en el ámbito sanitario -se realizaron catorce ediciones a lo largo del año-
Implantación normas ISO 9001 en el archivo de historias clínicas
Criterios de derivación para patologías otorrinolaringológicas
Sesiones de actualización de diagnóstico por imagen
Taller de ecografía 3D en obstetricia y ginecología -se realizaron cuatro ediciones a lo largo del año-
Curso de sensibilización y educación medioambiental en el ámbito hospitalario
II jornada regional de cadera del adulto joven
Curso sobre manipulación de alimento para profesionales de cocina -se realizaron dos ediciones a lo largo del año-
Taller de nefrectomía laparoscópica avanzada
Seminario teórico-práctico de fijación externa, urgencias traumatológicas e inicio en ortopedia
Cirugía protésica de cadera en el adulto joven
Sesiones de actualización en búsqueda bibliográfica de información sanitaria
Curso de sensibilización y educación medioambiental en el ámbito hospitalario
II jornada regional de cadera del adulto joven
Taller de nefrectomía laparoscópica avanzada
Seminario teórico-práctico de fijación externa, urgencias traumatológicas e inicio en ortopedia
Cirugía protésica de cadera en el adulto joven
Sesiones de actualización en búsqueda bibliográfica de información sanitaria

Fig.LA10.b. Cursos de formación realizados.

LA11

Programas de gestión de habilidades y de formación continua que fomenten la empleabilidad de los trabajadores y que les apoyen en la gestión del final de sus carreras profesionales.

La gestión de competencias permite a la organización planificar la adquisición de las capacidades con las que los trabajadores se dotan para alcanzar los objetivos estratégicos en un entorno laboral permanentemente cambiante. Damos por hecho que un colectivo de trabajadores bien cualificado y consciente enriquece el capital humano de la organización y contribuye tanto a su satisfacción como a la de los clientes, lo que se encuentra estrechamente relacionado con la mejora del rendimiento.

El objetivo de la formación continua es promover el desarrollo del conocimiento y las competencias que hacen posible que cada trabajador se adapte a un entorno cambiante de trabajo, y a participar activamente en todos los ámbitos de la vida profesional.

Uno de los objetivos de la formación continuada es promover el desarrollo del conocimiento y la planificación en la adquisición de capacidades para que los profesionales realicen su actividad profesional de la forma más óptima, adaptándose continuamente a los cambios en la vida laboral.

Actualmente, se están desarrollando actividades sobre la “gestión de competencias”, para la adquisición de las aptitudes y actitudes con las que los trabajadores se forman y perfeccionan para alcanzar los objetivos estratégicos en un entorno laboral permanentemente cambiante. La incorporación de nuevos profesionales o la adquisición de nuevas técnicas o tecnologías, va acompañada de la formación directa a cargo de profesionales o de períodos de formación en otros centros.

Las Sesiones Clínicas son una excelente fuente de aprendizaje, con revisiones de casos clínicos y/o revisiones bibliográficas, actualización de conocimientos y patologías, siendo recogidas también en el plan de formación del Área.

Biblioteca. El hospital dispone de una excelente biblioteca, con un depósito bibliográfico extenso. Está integrada en el portal sanitario de la Región de Murcia “MurciaSalud” (biblioteca virtual), dependiente de la Consejería de Sanidad y Política Social de Murcia, y a la que se puede acceder a través del siguiente enlace:

<http://www.murciasalud.es/bibliotecavirtual.php?idsec=5>

Proyectos de Investigación. La investigación que se realiza en la organización, mantiene un nivel sobresaliente que se traduce en la consecución de proyectos de investigación y en publicaciones en revistas científicas de gran impacto.

En relación a los **programas de apoyo** a empleados próximos a jubilación, la organización ofrece al personal facultativo sanitario, previa evaluación individual de su adecuada capacidad, la posibilidad de permanecer un año más en activo, renovable hasta un total de cinco años y sin superar los 70 años de edad. Esta iniciativa favorece la conciliación personal progresiva del empleado durante su proceso de salida, además de enriquecer la organización, que se beneficia de su experiencia y madurez profesional durante este periodo.

Otra iniciativa de estos programas de apoyo es la oferta de exención de guardias a estos mismos profesionales a partir de los 55 años, compensando sus retribuciones mediante prolongaciones de jornada en horario no nocturno.

LA12

Porcentaje de empleados que reciben evaluaciones regulares del desempeño y de desarrollo profesional.

A nivel individual el cien por cien de los empleados, reciben una evaluación y revisión formal y permanente de su rendimiento a través de sus superiores inmediatos. Además, a nivel individual o de equipo las unidades y servicios suscriben anualmente los “Pactos de Gestión”, donde se establecen los objetivos y metas a alcanzar, que serán evaluados al final de cada ejercicio.

5.3.1.4 ASPECTO: DIVERSIDAD E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES.

En la organización la igualdad efectiva entre sus trabajadores, con independencia del sexo al que pertenezcan, es un hecho perfectamente integrado en su cultura, por lo que se lleva a cabo una política de igualdad efectiva, donde no existen diferencias entre sus trabajadoras y trabajadores, y no solo en función de sus circunstancias personales, sino tampoco por el puesto que desempeñan o por el tipo de nombramiento que ostentan (fijo o temporal), evitando así, cualquier tipo de discriminación.

El sistema de reclutamiento de personal está regulado por la legislación administrativa y se rige por los principios de igualdad, mérito, capacidad y publicidad. Estos principios se aplican tanto para los procesos de selección de personal fijo, como temporal, sustitutos/as, promociones internas, traslados internos, etc...

La política de personal en la organización, al igual que en todas las demás instituciones del SMS, está regulada entre otras normas, principalmente por la Ley 5/2001, del personal estatutario del SMS, la Ley 55/2003, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, la Ley 7/2007 del Estatuto Básico del Empleado Público, así como los acuerdos de las condiciones de trabajo, negociados con las distintas centrales sindicales legitimadas.

LA13

Composición de los órganos de gobierno corporativo y plantilla, desglosado por sexo, grupo de edad, pertenencia a minorías y otros indicadores de diversidad.

La Fig. 5.3.1.4.a muestra el porcentaje de mujeres existentes en los órganos de dirección de la organización.

	Hombres	Mujeres	Total	% Mujeres
Equipo directivo	9	7	16	44%
Jefes de servicio	16	2	18	11%
Jefes de sección	43	6	49	12%
Supervisor de área/unidad	16	49	65	75%
Jefes de personal subalterno	1	1	2	50%
TOTAL	85	65	150	43%

Fig. 5.3.1.4.a Porcentaje de mujeres en órganos de dirección.

Asimismo en los indicadores LA1 y LA2 anteriormente expuestos, se expresa la distribución de la plantilla por intervalos de edad y sexo.

LA14

Relación entre salario base de los hombres con respecto al de las mujeres, desglosado por categoría profesional.

De acuerdo con la legislación vigente en esta materia, al tratarse de una Administración Pública, los conceptos retributivos de la organización son iguales dentro de cada categoría, independientemente del sexo o relación laboral que tenga el/la trabajador/a, no existiendo por tanto diferencia alguna de salario base entre, mano de obra femenina y la masculina en trabajos de igual valor, evitamos así cualquier atisbo de discriminación.

5.3.2 DERECHOS HUMANOS.

5.3.2.1 ASPECTO: PRÁCTICAS DE INVERSIÓN Y ABASTECIMIENTO.

HR1

Porcentaje y número total de acuerdos de inversión significativos que incluyan cláusulas de derechos humanos o que hayan sido objeto de análisis en materia de derechos humanos.

En la Organización, los Derechos Humanos se encuentran totalmente implantados, ya que debido a la naturaleza de la actividad de la organización, son diversas las normas y códigos a los que está directamente sujeta, como la norma reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, articulados bajo la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, o la Ley 3/2009, de 11 de mayo, donde se regulan los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia, entre otras, así como el resto de normativa en vigor aplicable.

En cuanto a los proveedores de la organización, se encuentran sujetos al Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, donde se especifica expresamente la prohibición de contratar de empresas que hubiesen sido condenadas por haber cometido delitos contra

los derechos de los trabajadores, relativos a la protección del medio ambiente, además de aquellas que hayan sido sancionadas por infracción grave en materia de integración laboral y de igualdad de oportunidades y no discriminación de las personas con discapacidad o por infracción muy grave en materia social, incluidas las infracciones en materia de prevención de riesgos laborales.

En este sentido, la organización viene plasmando en los pliegos de cláusulas que regulan los distintos procesos de selección de empresas, la exigencia de presentar por los licitadores, la documentación acreditativa del cumplimiento de las distintas normas de seguridad, así como planes de prevención, seguridad y emergencias de sus trabajadores.

En este sentido en el periodo abordado, se realizaron 26 contratos mediante procedimiento abierto y 16 mediante negociado. Estando sometidos a la protección mencionada en materia de derechos Humanos el 100% de los contratos realizados.

Entre los más destacados mencionar los siguientes: El servicio de vigilancia; el mantenimiento de los equipos de detección de incendios; el de mantenimiento de los ecocardiógrafos y de resonancias magnéticas, así como el suministro de antibióticos.

Todas estas medidas se aplican al 100% de los acuerdos y/o contratos formalizados. Más datos en: <http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=162&IDTIPO=200&RASTRO=c7095m&ent=24>

HR2

Porcentaje de los principales distribuidores y contratistas que han sido objeto de análisis en materia de derechos humanos, y medidas adoptadas como consecuencia.

Tanto el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público en vigor, como el resto de normativa vigente en materia de contratación pública se encuentra implementada totalmente, 100% de los contratos y externalizaciones de la organización. No se ha registrado contrato rechazado (0%) como resultado de investigación alguna sobre derechos humanos.

HR3

Total de horas de formación de los empleados sobre políticas y procedimientos relacionados con aquellos aspectos de los derechos humanos relevantes para sus actividades, incluyendo el porcentaje de empleados formados.

Los Derechos Humanos han sido incluidos en la legislación y en los estándares internacionales, por lo que todas las personas trabajadoras de la organización, se encuentran sujetas a la legislación y códigos deontológicos correspondientes.

5.3.2.2 ASPECTO: NO DISCRIMINACIÓN.

HR4

Número total de incidentes de discriminación y medidas adoptadas.

La organización no cuenta con incidentes registrados en materia de discriminación, por lo que no ha sido preciso adoptar medidas ni plan alguno en este sentido.

5.3.2.3 ASPECTO: LIBERTAD DE ASOCIACIÓN Y CONVENIOS COLECTIVOS.

HR5

Actividades de la compañía en las que el derecho a libertad de asociación y de acogerse a convenios colectivos que puedan correr importantes riesgos y medidas adoptadas para respaldar estos derechos.

Las personas de la organización se encuentran sujetas al acuerdo de condiciones de trabajo y a la legislación vigente, lo que garantiza que no haya riesgo alguno al respecto.

5.3.2.4 ASPECTO: EXPLOTACIÓN INFANTIL.

HR6

Actividades identificadas que conllevan un riesgo potencial de incidentes de explotación infantil y medidas adoptadas para contribuir a su eliminación.

Los trabajadores de la organización, han de tener cumplida la edad mínima prevista por las normas, que de acuerdo con Estatuto Básico del Empleado Público, regulado mediante la Ley 7/2007, de 12 de abril, la edad mínima de acceso a la función pública queda establecida en 16 años, lo cual elimina cualquier riesgo posible de explotación infantil y por tanto el establecimiento de medidas en este sentido.

Los trabajadores de la organización, acceden a la misma, a través de los procedimientos mencionados en el apartado 5.3.1.1 de la Dimensión Social, en su aspecto empleo.

Asimismo, la organización colabora en la realización de prácticas formativas regladas de pregrado para alumnos de ciclos formativos de grado medio y grado superior, una vez concluidas académicamente las etapas teóricas. Para ello, se tienen suscritos los correspondientes acuerdos de colaboración entre la organización y la institución educativa competente de la CARM. En este sentido, cabe destacar el carácter desinteresado en la colaboración, que la organización y los trabajadores intervinientes como tutores de este proceso, brindan a los centros educativos para que los alumnos que realicen las prácticas en la organización de cara a la adquisición de los oportunos conocimientos, habilidades destrezas y técnicas, les permitan su inserción en el mundo laboral.

5.3.2.5 ASPECTO: TRABAJOS FORZADOS.

HR7

Operaciones identificadas como de riesgo significativo de ser origen de episodios de trabajo forzado o no consentido, y las medidas adoptadas para contribuir a su eliminación.

Las condiciones laborales de los trabajadores de la organización, vienen recogidas entre otras, por la Resolución de 13 de junio de 2005, de la Dirección Gerencia del SMS que vienen a aprobar el Acuerdo Marco por el que se ordenan las materias objeto de negociación para la mejora de las condiciones de trabajo y asistencia sanitaria del personal del SMS, lo que impide que existan este tipo de riesgos de trabajo forzado o no consentido y la adopción de medidas en este sentido.

5.3.2.6 ASPECTO: PRÁCTICAS DE SEGURIDAD.

HR8

Porcentaje del personal de seguridad que ha sido formado en las políticas o procedimientos de la organización en aspectos de derechos humanos relevantes para las actividades.

El servicio de seguridad de la organización, viene desempeñado por una empresa externa especializada, la cual entre otras normas, viene obligada a cumplir con los requisitos y condiciones establecidas en los contratos formalizados con la organización, así como con el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, donde queda perfectamente regulado su comportamiento frente a terceros, especialmente respecto al uso de la fuerza, evitando así determinados comportamientos y acciones inapropiadas o no admitidas por la organización, como así viene formándose el 100% de su personal.

Asimismo, y de acuerdo con la normativa de seguridad privada en vigor, la empresa externa está obligada a proporcionar a todos los vigilantes en activo, la formación adecuada, que la organización vienen a ampliar, mediante diversas actividades y áreas, como la prevención de riesgos laborales (prevención contra incendios y emergencias) y de manejo de personas agitadas, vinculado generalmente a situaciones delicadas con pacientes de psiquiatría. Esta formación se ofrece al 100% del personal vigilante.

También se vienen incentivando su participación en aquellos foros donde pueden aportar su experiencia en materia de seguridad, como en grupos de trabajo, o comités específicos del centro.

5.3.2.7 ASPECTO: DERECHOS DE LOS INDÍGENAS

HR9

Número total de incidentes relacionados con violaciones de los derechos de los indígenas y medidas adoptadas.

Este indicador no es de aplicación en la organización, ya que no existen, ni habitan pueblos indígenas con intereses cerca de la zona donde operamos, lo cual hace que no se hayan tomado medidas ni planes, ni se realice seguimiento alguno en este sentido.

HR10

Porcentaje y número total de operaciones que han sido objeto de críticas de los derechos humanos y / o evaluaciones de impacto.

El HUVA cumple con la legislación vigente en España, la cual impide la violación de los derechos humanos por lo que no hay riesgo de que nuestras actividades tengan impactos negativos en esta materia, todo lo contrario.

HR11

Número de quejas relacionadas con los derechos humanos que han sido presentadas, tratadas y resueltas mediante mecanismos conciliatorios formales.

No se han recibido ninguna.

5.3.3 SOCIEDAD.

Estos indicadores de desempeño social se centran en los impactos de la organización en las comunidades en las que opera, y en cómo esta gestiona y arbitra las interacciones con otras instituciones sociales. En concreto, se expresa la información sobre sobornos y corrupción, participación en la elaboración de políticas públicas, prácticas monopolísticas y cumplimiento con leyes y regulaciones distintas de las laborales y medioambientales.

Conscientes de la importancia que los impactos tienen en la sociedad, el Plan Estratégico del HUVA 2010-2013, en total sintonía con el Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015, se articula en torno ocho líneas de actuación, entre las que cabe destacar la prioridad que para la organización supone:

- Promover la implicación de ciudadano con su salud fomentando conductas y estilos saludables de vida.
- Desarrollar y reforzar políticas sanitarias e intersectoriales para promover la salud en la población, generar entornos saludables de vida, mejorar la calidad del medioambiente (aire, agua y otros riesgos) y potenciar los mecanismos de prevención y seguridad de la salud colectiva.

- Reforzar la coordinación con los dispositivos sociales y de asistencia a la dependencia para promover la autonomía de los ciudadanos.
- Actuar sobre las desigualdades en salud que en gran parte son condicionantes de los resultados desfavorables evidenciados.

5.3.3.1 ASPECTO: COMUNIDAD.

S01

Naturaleza, alcance y efectividad de programas y prácticas para evaluar y gestionar los impactos de las operaciones en las comunidades, incluyendo entrada, operación y salida de la empresa.

Ámbito comunidad. La Dirección de la organización ha contactado con los alcaldes de los municipios del Área I, manteniéndose distintas reuniones y entrevistas con éstos, al objeto de poder conocer las inquietudes y necesidades que los municipios de la organización tienen. Como resultado, se ha decidido proporcionar información en relación a distintos aspectos de la misión de la organización al 100% de dichas corporaciones.

Ámbito Asociaciones No Gubernamentales: Ver los descrito en el apartado 4.12. de la presente memoria.

S09

Operaciones con impactos negativos significativos posibles o reales en las comunidades locales.

El HUVA tiene implantado un Sistema de Gestión Medioambiental según Norma UNE EN ISO 14001:2004, el cual dispone de un procedimiento por el que se identifican los aspectos ambientales, procesos y operaciones desarrolladas en el centro y conllevan asociado un impacto ambiental. Este procedimiento se verifica anualmente y siempre que se introduzcan cambios que afecten o modifiquen operaciones o actividades del procedimiento.

Cada aspecto ambiental identificado se evalúa en significancia, a través de la aplicación de unos criterios de evaluación aprobados al efecto. Como resultado de dicha evaluación de aspectos ambientales, se han identificado los siguientes impactos significativos:

- Consumo de materiales y recursos: electricidad, combustibles, papel, gases técnicos y medicinales. Agotamiento de recursos, contaminación y degradación indirecta del medio.
- Generación de ruido.
- Generación de vertidos de aguas residuales. Contaminación del agua y degradación de ecosistemas fluviales.

- Generación de residuos tóxicos y peligrosos (residuos biopeligrosos, residuos citotóxicos y residuos con toxicidad química). Contaminación del medio e incremento del riesgo potencial sobre las personas debido a la generación de residuos tóxicos y peligrosos.
- Disminución del bienestar y estado de salud de la población debido a la contaminación acústica.

SO10

Medidas de prevención y mitigación implantadas en operaciones con impactos negativos significativos posibles o reales en las comunidades locales.

Como medida de mitigación del impacto asociado al consumo de recursos y energía, se va a tramitar un expediente de licitación pública para la contratación de un Servicio de Eficiencia Energética. Dicho expediente se encuentra todavía hoy en fase de licitación y se espera que una vez se implementen las medidas contempladas en el correspondiente Pliego de Prescripciones Técnicas, se producirá una reducción muy significativa, en torno al 20% de reducción del consumo energético del centro, lo que conllevará igualmente una importante reducción del consumo de combustibles y del impacto ambiental indirecto asociado a la producción y consumo de energía primaria.

Como medida de mitigación del impacto asociado a la generación de residuos tóxicos y peligrosos, para el ejercicio siguiente, se va a desplegar el Plan de Mejora Ambiental 2012, cuyo objetivo nº1 plantea una serie de actuaciones conducentes a la reducción de la producción de residuos biopeligrosos, como son, la reducción en peso, mediante mejora en la gestión de la segregación de las bolsas de orina de pacientes no infecciosos, por lo que su puesta en práctica supondrá un aumento de la eficiencia, estimándose una reducción de más del 20 % de la cantidad generada anualmente de estos residuos peligrosos. En cómputo general, la producción de residuos peligrosos se verá reducida en torno al 18%.

No se han dispuesto ni planificado medidas de mitigación o prevención dirigidas a reducir el impacto negativo asociado a la generación de vertidos de aguas residuales (aunque a fecha de hoy se están estudiando diversas alternativas para la reducción del grado de contaminación de algunos de los efluentes) y a la generación de ruido.

El HUYA tiene implantado un procedimiento de identificación y evaluación de requisitos legales y otros requisitos en materia medioambiental, que es verificado con carácter semestral.

Asimismo, destacar que Las medidas implementadas para la reducción del impacto ambiental del centro mediante la mejora en la eficiencia energética y la reducción de la producción de residuos biopeligrosos no responden a requisitos legales directamente exigibles, por lo que debe considerarse que se trata de acciones cuyo resultado conlleva una mitigación de los impactos por encima de las exigencias de legales o reglamentarias.

5.3.3.2 ASPECTO: CORRUPCIÓN.

S02

Porcentaje y número total de unidades de negocio analizadas con respecto a riesgos relacionados con la corrupción.

Los informes del Tribunal Público de Cuentas en el que se integran todas las conclusiones de las inspecciones y auditorías realizadas es de carácter público. Así como las auditorías y controles que se realizan permanentemente sobre por empresa especializada sobre el 100% del negocio de la organización, que abordan entre otras, las unidades dedicadas a la gestión de recursos humanos y materiales.

S03

Porcentaje de empleados formados en las políticas y procedimientos anti-corrupción de la organización.

No se realiza una formación expresa en este sentido, ya que los aspectos relacionados en este ámbito quedan recogidos en la normativa en vigor aplicable (Estatuto Básico del Empleado Público -Ley 7/2007, de 12 de abril-. Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, -Ley 55/2003, de 16 de diciembre-. Ley de personal estatutario del servicio murciano de salud -ley 5/2001, de 5 de diciembre-. Ley de Contratos del Sector Público -Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, entre otras) conformándose así un sólido código ético. Todas estas normas son de aplicación directa a todos los empleados y directivos. Normas todas ellas disponibles en la intranet de la entidad: <http://www.murciasalud.es/seccion.php?idsec=79> al objeto de poder ser consultadas.

S04

Medidas tomadas en respuesta a incidentes de corrupción.

No se ha identificado ningún incidente de corrupción en ningún Grupo de Interés de la organización.

5.3.3.3 ASPECTO: POLÍTICA PÚBLICA.

S05

Posición en las políticas públicas y participación en el desarrollo de las mismas y de actividades de “lobbying”.

Debido a la naturaleza de la organización, no es de aplicación este indicador.

SO6

Valor total de las aportaciones financieras y en especie a partidos políticos o a instituciones relacionadas, por países.

Debido a la naturaleza de la organización, no es de aplicación este indicador.

5.3.3.4 ASPECTO: COMPORTAMIENTO DE COMPETENCIA DESLEAL.

SO7

Número total de acciones por causas relacionadas con prácticas monopolísticas y contra la libre competencia, y sus resultados.

Debido a la naturaleza de la organización, este indicador no tiene aplicación, ya que la legislación vigente obliga a la organización trabajar bajo el principio de concurrencia y licitación pública, evitándose así cualquier intento contrario a la competencia.

5.3.3.5 ASPECTO: CUMPLIMIENTO NORMATIVO.

SO8

Valor monetario de sanciones y multas significativas y número total de sanciones no monetarias derivadas del incumplimiento de las leyes y regulaciones.

Al no haber tenido ninguna multa o sanción significativa, no existe información sobre el valor monetario, número ni mecanismos de resolución de controversias al respecto.

5.3.4 RESPONSABILIDAD SOBRE PRODUCTOS.

La organización trabaja para desarrollar productos y servicios basados en las necesidades y expectativas que demandan los grupos de interés. Anticipar e identificar mejoras, innovar y ofrecer servicios competitivos, todo ello en el marco establecido por el Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015.

La puerta de acceso a los productos y servicios de la organización se realizan a través de varias modalidades de asistencia: Por urgencias, por consultas -primaria y especializada-, así como por hospitalización. A su vez, las diferentes modalidades asistenciales, estructuradas a partir de las necesidades cambiantes de los clientes, se sustentan en los principios de universalidad y equidad que son la base de la distribución de los productos y servicios.

Por la naturaleza de los productos y servicios ofertados, la asistencia sanitaria pública hace que todas las actuaciones tengan un impacto directo sobre la salud y seguridad de los clientes. De ahí que la Misión recoge en su enunciado: *“El Área I Murcia-Oeste está formada por un conjunto multidisciplinar de personas que ofrecen, como centro público, los servicios de salud propios de la Atención Primaria y Hospitalaria en el marco geográfico que*

abarca, y de referencia para prestaciones y servicios de alta complejidad, facilitando una atención sanitaria accesible, resolutive, eficiente y de calidad a los ciudadanos y manteniendo su condición universitaria, docente e investigadora”.

Para alcanzar esta Misión, la organización en su reflexión estratégica que dio lugar al PE 2010-2012 define, entre otras, las siguientes líneas estratégicas a seguir:

1. Desarrollar el modelo de gerencia única.
2. Desarrollar el modelo de calidad.
3. Avanzar en la gestión clínica.
4. Orientar la atención hacia los usuarios (humanizar la atención; desarrollar accesibilidad y confort; asegurar cumplimiento de los derechos y deberes de los ciudadanos); mejorar la información y participación en el proceso asistencial.

El responsable máximo en la organización de la producción es el Director Gerente.

5.3.4.1 ASPECTO: SALUD Y SEGURIDAD DEL CLIENTE.

PR1

Fases del ciclo de vida de los productos y servicios en las que se evalúan, para en su caso ser mejorados, los impactos de los mismos en la salud y seguridad de los clientes, y porcentaje de categorías de productos y servicios significativos sujetos a tales procedimientos de evaluación.

El HUCA toma como marco de referencia en la gestión el desarrollo del modelo de excelencia basado en EFQM. Por ello, al objeto de desplegar sus líneas estratégicas, la Dirección ha decidido implantar un sistema de gestión por procesos, cuyo objetivo principal consiste en:

- Estimular la participación del personal en actividades de evaluación y mejora.
- Demostrar la capacidad para la prestación de un servicio que satisfaga las exigencias y aumentar el nivel de satisfacción de todos los clientes receptores de los servicios, contribuyendo de esta manera a la mejora del servicio global proporcionado a los pacientes.

Para ello, la Dirección asume la responsabilidad que sobre la calidad de los productos y servicios tiene, estableciendo como directriz, la calidad, como así se recoge en una de las líneas del Plan Estratégico 2010-2012.

Por ello, desde mediados de los años noventa, la organización ha ido ampliando el alcance de las certificaciones ISO, de manera continuada hasta la fecha, disponiendo así de seis certificados, cuyo objeto y norma reguladora queda establecida en la *Figura PR1.a*.

Objeto	Norma
Gestión medioambiental.	ISO 14001
Control sanidad ambiental en agua y aire interior.	ISO 9001
Bioquímica, hematología, coagulación analítica y fases de pre-análisis y post-análisis.	ISO 9001
Análisis clínicos.	ISO 15189
Cocina y alimentación de pacientes.	ISO 9001
Servicio de transfusiones: almacenamiento de componentes, estudios pre-transfusionales, transfusiones, hemovigilancia, plaquetoféresis y autotransfusión.	ISO 9001
Intercambio de muestras de pacientes y donantes para trasplantes de corazón y médula ósea.	Estandares de calidad EFI (European Federation for immunogenetic)
Modelo de Calidad en la organización.	EFQM 300 +

Fig. PR1.a Certificados obtenidos.

Seguridad del paciente.

En cuanto a la atención que la organización presta en relación a la seguridad de los pacientes, destaca la implantación realizada en este ejercicio 2011, del sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente SiNASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente). Es un sistema que permite la comunicación y el registro de incidentes, eventos, circunstancias o errores que afectan a la seguridad de los pacientes.

El propósito de este sistema de notificación es mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria prestada. SiNASP es un sistema de notificación y registro de incidentes y eventos adversos desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Política Social en el marco del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y la Estrategia en Seguridad de Pacientes. Su implantación ha sido acordada por la CSPS, el propio SMS y las diferentes áreas de salud.

El objetivo de SiNASP es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron o podían haber producido daño a los pacientes. El estudio de estas situaciones, del contexto en el que ocurrieron, de los riesgos latentes preexistentes y de los factores que contribuyeron a su aparición se realiza con el fin de promover los cambios necesarios en el sistema para evitar que estas situaciones vuelvan a producirse en el futuro. El énfasis principal del sistema está en el aprendizaje para la mejora.

Aunque la notificación es voluntaria, se anima a los profesionales a utilizar el sistema, colaborando así en el aprendizaje y la mejora de la seguridad del paciente. La información introducida en el SiNASP es totalmente confidencial y está protegida por los más avanzados sistemas de seguridad.

SiNASP es una aplicación web, a la que se puede acceder a través del icono que se ha colocado en la página principal de la intranet (Arrinet), o directamente en www.sinasp.es desde cualquier punto con acceso a Internet.

Para su implantación se ha realizado un periodo de sesiones formativas dirigidas a supervisores de enfermería, coordinadores de Centros de Salud, jefes de servicio del Hospital y residentes de todas las categorías, así como en los servicios que puntualmente así lo han requerido. Se ha creado un órgano llamado: “núcleo de seguridad”, que se reúne mensualmente para analizar las notificaciones, proponer mejoras, crear nuevas estrategias de despliegue y poner en común cualquier nueva propuesta o aportación.

Las siguientes figuras (*Fig. PR1.b, c, d*) permiten conocer las características de los incidentes notificados.

a) Clasificación de los incidentes según el área médica donde ocurrieron.

La *Figura PR1.b* muestra la clasificación realizada de los incidentes según el área de trabajo donde estos ocurrieron.

Area	Nº incidentes	%
Unidades de hospitalización	11	52.38%
Unidades de cuidados intensivos	3	14.29%
Urgencias	3	14.29%
Bloque quirúrgico	2	9.52%
Hospital de día	1	4.76%
CCEE	1	4.76%
TOTAL	21	100.00%

Fig. PR1.b Incidentes según el área donde ocurrieron.

b) Clasificación de los incidentes según la profesión del notificante.

La *Figura PR1.c* muestra la clasificación de incidentes ocurridos en la organización según la profesión del que notifica.

Profesión del notificante	Nº incidentes	%
Médico	13	54.17%
Enfermero	6	25.00%
MIR	4	16.67%
Farmacéutico	1	4.17%
TOTAL	24	100.00%

Fig. PR1.c Incidentes según profesionales notificadores.

d) Clasificación de los incidentes según su grado de gravedad

La *Figura PR1.d* muestra la clasificación de incidentes ocurridos en la organización, según su grado de gravedad SAC (severity assessment code), medida por el nivel de riesgo para la salud.

Categoría	Nº incidentes	%total
SAC 2 - Riesgo alto	4	16.67%
SAC 3 - Riesgo medio	5	20.83%
SAC 4 - Riesgo bajo	9	37.50%
Sin SAC	6	25.00%
TOTAL	24	100.00%

Fig. PR1.d Incidentes según gravedad.

Sirva como ejemplo una de las primeras notificaciones que se gestionaron, en la que se identificó una posible confusión entre los frascos de tetracaína 1% y de glucosa 50% disponibles en el área quirúrgica. Estos tenían idéntico tamaño, forma y color y no especificaban su vía de administración. Gracias a esta notificación se estableció un cambio de etiquetado, forma y color de sus envases, al objeto de hacerlos fácilmente diferenciables, evitando de esta forma posibles incidentes adversos.

PR2

Número total de incidentes derivados del incumplimiento de la regulación legal o de los códigos voluntarios relativos a los impactos de los productos y servicios en la salud y la seguridad durante su ciclo de vida, distribuidos en función del tipo de resultado de dichos incidentes.

	2011	2010
Número de reclamaciones presentadas	1.203	1.259
Número de reclamaciones resueltas	846	903

No se ha registrado incidente alguno derivados del incumplimiento de la seguridad de los productos y servicios (preceptivos o facultativos), por lo que no existe multa o sanción.

5.3.4.2 ASPECTO: ETIQUETADO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS PRINCIPAL

PR3

Tipos de información sobre los productos y servicios que son requeridos por los procedimientos en vigor y la normativa, y porcentaje de productos y servicios sujetos a tales requerimientos informativos.

Información al cliente-paciente.

El sistema de gestión por procesos aplicado en la organización, considera la información a los clientes como una función principal, y por ello se detalla en los procedimientos normalizados. Al objeto de facilitar al paciente la información necesaria durante su proceso asistencial, el suministro de información está protocolizado tanto para los consentimientos informados para la práctica de procedimientos, como para el contenido de las guías de información al ingreso o ante determinadas consultas. Esta información se

mantiene actualizada y disponible en la intranet de la organización. Y se le facilita al paciente de forma continua y a través de llamado “informe de consulta” en el que entre otras cuestiones, se les da información del pronóstico, diagnóstico, tratamientos, alternativas, etc. La calidad percibida respecto a la información recibida es monitorizada regularmente.

Información asistencial.

La información relevante de cada acto sanitario realizado a pacientes atendidos en la hospitalización y en las consultas externas se recoge en un dossier denominado Historia Clínica (HC), así como en el informe de consulta anteriormente mencionado. Este dossier es único por cada paciente y representa el canal por que fluye la información clínica entre profesionales y/o entre procesos asistenciales, asegurando así la trazabilidad del paciente durante todo su proceso asistencial.

Los documentos que componen la HC están regulados por la normativa vigente. Existe una comisión de HC's que, de acuerdo con lo expresado en el apartado 4.1.a, se encarga de *“Analizar y revisar el contenido de las HC, al objeto de verificar que estén correctamente cumplimentadas. Controlar el adecuado orden del Archivo, así como el correcto flujo del circuito de préstamos de HC a los distintos servicios así como al exterior. Realizar propuestas de mejora y Elaborar y actualizar protocolos”*. En ella participan una serie de profesionales expertos bajo las condiciones de confidencialidad, trazabilidad, acceso y seguridad, que este documento requiere. Todos nuestros servicios están sometidos a este tipo de información, quedando exento por su naturaleza, de los aspectos exigidos en relación al etiquetado de productos.

PR4

Número total de incumplimientos de la regulación y de los códigos voluntarios relativos a la información y al etiquetado de los productos y servicios, distribuidos en función del tipo de resultado de dichos incidentes.

No se ha tenido incumplimiento ni incidente alguno al respecto en la organización.

PR5

Prácticas con respecto a la satisfacción del cliente, incluyendo los resultados de los estudios de satisfacción del cliente.

La preocupación por conocer la satisfacción de los clientes mide la sensibilidad de una organización respecto al cumplimiento de su misión y al modo en que responde ante las necesidades y expectativas de sus clientes. Desde una perspectiva organizacional, es clave para tener éxito a largo plazo.

En el contexto de la sostenibilidad, la satisfacción del cliente facilita información interna sobre el modo en que la organización plantea su relación con sus distintos grupos de interés. Por ello disponemos de numerosas encuestas de calidad percibida y satisfacción, que son difundidas a través de la intranet de la organización. Las más relevantes se recogen en el Cuadro 2.9.a y apartado 3.9 de la memoria.

5.3.4.3 ASPECTO: COMUNICACIONES DE MARKETING

PR6

Programas de cumplimiento de las leyes o adhesión a estándares y códigos voluntarios mencionados en comunicaciones de marketing, incluidos la publicidad, otras actividades promocionales y los patrocinios.

No desarrollamos estas actividades de este tipo, determinadas corporativamente por el SMS.

PR7

Número total de incidentes fruto del incumplimiento de las regulaciones relativas a las comunicaciones de marketing, incluyendo la publicidad, la promoción y el patrocinio, distribuidos en función del tipo de resultado de dichos incidentes.

La organización no desarrolla actividades de este tipo, ya que viene determinada corporativamente por el SMS, por lo tanto, no se han tenido incidentes al respecto.

5.3.4.4 ASPECTO: PRIVACIDAD DEL CLIENTE.

PR8

Número total de reclamaciones debidamente fundamentadas en relación con el respeto a la privacidad y la fuga de datos personales de clientes.

No se ha tenido reclamación alguna en este sentido.

5.3.4.5 ASPECTO: CUMPLIMIENTO NORMATIVO.

PR9

Coste de aquellas multas significativas fruto del incumplimiento de la normativa en relación con el suministro y el uso de productos y servicios de la organización.

No se ha tenido multa alguna en el ámbito de la asistencia sanitaria.



6 Glosario



AECC	Asociación de Española Contra Cáncer.
AIMO	Área I Murcia Oeste.
AP	Atención Primaria de Salud
ARRINET	Intranet de la organización.
AS	Área de Salud.
Benchmarking	Proceso sistemático y continuo para evaluar comparativamente productos, servicios y procesos de trabajo en organizaciones.
CARM	Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
CD	Comisión de Dirección.
CG	Contrato de Gestión.
CMA	Cirugía mayor ambulatoria.
CP	Contrato Programa.
CSPS	Consejería de Sanidad y Política Social.
DAFO	Metodología que estudia la situación de una organización, analizando sus características internas (Debilidades-Fortalezas-) y su situación externa (Amenazas/Oportunidades).
ED	Equipo Directivo.
EFQM	Modelo Europeo de Excelencia Empresarial, no normativo, basado en la autoevaluación del sistema de gestión de la organización usando como guía determinados criterios.
FFIS	Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria en la Región de Murcia.
GEI	Gases Efecto Invernadero.
GI	Grupos de Interés.
HCE	Historia Clínica Electrónica.
HUVA	Hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca”.
LIC	Lugar de Interés Comunitario.
OE	Objetivos Estratégicos.
OPE	Oferta de Empleo Público.
PE	Pan estratégico.
PDO	Programa de Dirección por Objetivos.
PGA	Plan de Gestión Anual.
SAU	Servicio de Atención al Usuario.
SiNASP	Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente.
SMS	Servicio Murciano de Salud.
SPRL	Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
SS.CC	Servicios Centrales del SMS.
ZBS	Zona Básica de Salud



7 Informe de verificación





INFORME DE VERIFICACION

Diciembre 2012

La Cátedra de RSC (a través de su director, Longinos Marín) ha realizado a petición del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) la verificación independiente del Documento Memoria de RSC del HUVA 2011. El alcance de la verificación incluye el texto y datos contenidos en el documento de referencia, no incluyendo la información y/o datos referenciados y no introducidos en el documento.

La información contenido en el documento y su elaboración es responsabilidad del HUVA. La Cátedra de RSC no ha participado en la elaboración del documento verificado, limitándose a actuar como verificador independiente, comprobando la adecuación de los contenidos del mismo. El contenido del informe y las opiniones vertidas son responsabilidad única del HUVA.

Para verificar la Memoria se ha entrevistado al personal responsable de la obtención y preparación de los datos, se han revisado los documentos y se dispone de documentos que aseguran la correspondencia de los datos con la realidad económica, social y medioambiental del HUVA. No se pone de manifiesto ningún error o ausencia significativa en la revisión de los indicadores GRI incluidos en el informe. Se destacan como puntos fuertes del informe el importante esfuerzo en la compilación de la información, considerando que es un centro sanitario de carácter público con una relevante envergadura. Destaca la excelencia en la prestación del servicio sanitario, así como las políticas de implicación del personal de la organización.

Sobre la base de esta verificación, se considera que el Documento "Memoria de RSC del HUVA 2011" contiene información y datos fiables que representan de manera coherente actividades y resultados para el periodo reflejado, y ha sido elaborado de acuerdo a los requisitos de la Guía para la Elaboración de Memorias de Sostenibilidad GRI (G3.1) de 2011 del Global Reporting Initiative (GRI). El Nivel de Aplicación GRI declarado por el HUVA (A+) es apropiado. Por último, el HUVA dispone de sistemas de gestión para identificar y responder a los impactos sociales, económicos y medioambientales de sus actividades, incluyendo la identificación y respuesta a los puntos de vista de las partes interesadas.

Longinos Marín
GRI Certified Training Program
Director de la Cátedra de RSC de la Universidad de
Murcia.



8 Nivel de aplicación GRI





Declaración de Control del Nivel de Aplicación de GRI

Por la presente GRI declara que **AREA I MURCIA-OESTE. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA** ha presentado su memoria "Responsabilidad Social Corporativa - Memoria 2011" a los Servicios de GRI quienes han concluido que la memoria cumple con los requisitos del Nivel de Aplicación A+.

Los Niveles de Aplicación de GRI expresan la medida en que se ha empleado el contenido de la Guía G3.1 en la elaboración de la memoria de sostenibilidad presentada. El Control confirma que la memoria ha presentado el conjunto y el número de contenidos que se exigen para dicho Nivel de Aplicación y que en el Índice de Contenidos de GRI figura una representación válida de los contenidos exigidos, de conformidad con lo que describe la Guía G3.1 de GRI. Para conocer más sobre la metodología: www.globalreporting.org/SiteCollectionDocuments/ALC-Methodology.pdf

Los Niveles de Aplicación no manifiestan opinión alguna sobre el desempeño de sostenibilidad de la organización que ha realizado la memoria ni sobre la calidad de su información.

Amsterdam, 07 de marzo 2013

Nelmara Arbex
Subdirectora Ejecutiva
Global Reporting Initiative

Se ha añadido el signo "+" al Nivel de Aplicación porque AREA I MURCIA-OESTE. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA ha solicitado la verificación externa de (parte de) su memoria. GRI acepta el buen juicio de la organización que ha elaborado la memoria en la elección de la entidad verificadora y en la decisión acerca del alcance de la verificación.

Global Reporting Initiative (GRI) es una organización que trabaja en red, y que ha promovido el desarrollo del marco para la elaboración de memorias de sostenibilidad más utilizado en el mundo y sigue mejorándola y promoviendo su aplicación a escala mundial. La Guía de GRI estableció los principios e indicadores que pueden emplear las organizaciones para medir y dar razón de su desempeño económico, medioambiental y social. www.globalreporting.org

Descargo de responsabilidad: En los casos en los que la memoria de sostenibilidad en cuestión contenga enlaces externos, incluidos los que remiten a material audiovisual, el presente certificado sólo es aplicable al material presentado a GRI en el momento del Control, en fecha 29 de enero 2013. GRI excluye explícitamente la aplicación de este certificado a cualquier cambio introducido posteriormente en dicho material.





9 Anexo Índice GRI



1. Estrategia y análisis.	3
1.1 Declaración del máximo responsable de la toma de decisiones de la organización (director general, presidente o puesto equivalente) sobre la relevancia de la sostenibilidad para la organización y su estrategia.	4
1.2 Descripción de los principales impactos, riesgos y oportunidades.	5
2. Perfil de la organización.	10
2.1 Nombre de la Organización.	11
2.2 Principales marcas, productos y/o servicios.	11
2.3 Estructura operativa de la organización, incluidas las principales divisiones, empresas operativas, filiales y negocios conjuntos.	12
2.4 Localización de la sede principal de la organización.	15
2.5 Número de países en los que opera la organización y nombre de los países en los que desarrolla actividades significativas o los que sean relevantes específicamente con respecto a los aspectos de sostenibilidad tratados en la memoria.	16
2.6 Naturaleza de la propiedad y forma jurídica.	16
2.7 Mercados servicios (incluyendo el desglose geográfico, los sectores que abastece y los tipos de clientes/beneficios).	16
2.8 Dimensiones de la organización informante.	17
2.9 Cambios significativos durante el periodo cubierto por la memoria en el tamaño, estructura y propiedad de la organización.	21
2.10 Premios y distinciones recibidos durante el periodo informativo.	24
3. Parámetros de la memoria.	26
3.1 Periodo cubierto por la información contenida en la memoria.	27
3.2 Fecha de la memoria anterior más reciente.	27
3.3 Ciclo de presentación de memorias.	27
3.4 Punto de contacto para cuestiones relativas a la memoria o su contenido.	27
3.5 Proceso de definición del contenido de la memoria, incluyendo: Determinación de la materialidad; Prioridad de los aspectos incluidos en la memoria; Identificación de los grupos de interés que la organización prevé que utilicen la memoria.	28
3.6 Cobertura de la memoria.	29
3.7 Indicar la existencia de limitaciones del alcance o cobertura de la memoria.	29
3.8 La base para incluir información en el caso de negocios conjuntos (joint ventures), filiales, instalaciones arrendadas, actividades subcontratadas y otras entidades que puedan afectar significativamente a la comparabilidad entre periodos y/o entre organizaciones.	29
3.9 Técnicas de medición de datos y bases para realizar los cálculos, incluidas las hipótesis y técnicas subyacentes a las estimaciones aplicadas en la recopilación de indicadores y demás información de la memoria.	29
3.10 Descripción del efecto que pueda tener la reexpresión de información perteneciente a memorias anteriores, junto con las razones que han motivado dicha reexpresión.	30
3.11 Cambios significativos relativos a periodos anteriores en el alcance, la cobertura o los métodos de valoración aplicados en la memoria.	31
3.12 Tabla que indica la localización de los Contenidos básicos en la memoria.	31
3.13 Política y práctica actual en relación con la solicitud de verificación externa de la memoria.	31

4. Gobierno y compromisos de participación de los grupos de interés.	32
4.1 La estructura de gobierno de la organización, incluyendo los comités del máximo órgano de gobierno responsable de tareas tales como la definición de la estrategia o la supervisión de la organización.	33
4.2 Ha de indicarse si el presidente del máximo órgano de gobierno ocupa también un cargo ejecutivo (y, de ser así, su función dentro de la dirección de la organización y las razones que la justifiquen).	34
4.3 En aquellas organizaciones que tengan estructura directiva unitaria, se indicará el número de miembros del máximo órgano de gobierno que sean independientes o no ejecutivos.	35
4.4 Mecanismos de los accionistas y empleados para comunicar recomendaciones o indicaciones al máximo órgano de gobierno.	35
4.5 Vínculo entre la retribución de los miembros del máximo órgano de gobierno, altos directivos y ejecutivos (incluidos los acuerdos de abandono del cargo) y el desempeño de la organización (incluido su desempeño social y ambiental).	37
4.6 Procedimientos implantados para evitar conflictos de intereses en el máximo órgano de gobierno.	38
4.7 Procedimiento de determinación de la capacitación y experiencia exigible a los miembros del máximo órgano de gobierno para poder guiar la estrategia de la organización en los aspectos sociales, ambientales y económicos.	39
4.8 Declaraciones de misión y valores desarrolladas internamente, códigos de conducta y principios relevantes para el desempeño económico, ambiental y social, y el estado de su implementación.	39
4.9 Procedimientos del máximo órgano de gobierno para supervisar la identificación y gestión, por parte de la organización, del desempeño económico, ambiental y social, incluidos riesgos y oportunidades relacionadas, así como la adherencia o cumplimiento de los estándares acordados a nivel internacional, códigos de conducta y principios.	42
4.10 Procedimientos para evaluar el desempeño propio del máximo órgano de gobierno, en especial con respecto al desempeño económico, ambiental y social.	43
4.11 Descripción de cómo la organización ha adoptado un planteamiento o principio de precaución.	43
4.12 Principios o programas sociales, ambientales y económicos desarrollados externamente, así como cualquier otra iniciativa que la organización suscriba o apruebe.	44
4.13 Principales asociaciones a las que pertenezca (tales como asociaciones sectoriales) y/o entes nacionales e internacionales a las que la organización apoya.	50
4.14 Relación de grupos de interés que la organización ha incluido.	52
4.15 Base para la identificación y selección de grupos de interés con los que la organización se compromete.	53
4.16 Enfoques adoptados para la inclusión de los grupos de interés, incluidas la frecuencia de su participación por tipos y categoría de grupos de interés.	56
4.17 Principales preocupaciones y aspectos de interés que hayan surgido a través de la participación de los grupos de interés y la forma en la que ha respondido la organización a los mismos en la elaboración de la memoria.	56

5. Enfoque de gestión e indicadores de desempeño.	63
5.1 Dimensión Económica.	64
<i>Enfoque de Gestión. Páginas: 64-65, 67-68, 72-73.</i>	
• Indicadores de Desempeño Económico.	64
• EC1. Valor económico directo generado y distribuido, incluyendo ingresos, costes de explotación, retribución a empleados, donaciones y otras inversiones en la comunidad, beneficios no distribuidos y pagos a proveedores de capital y a gobiernos.	65
• EC2. Consecuencias financieras y otros riesgos y oportunidades para las actividades de la organización debido al cambio climático.	65
• EC3. Cobertura de las obligaciones de la organización debidas a programas de beneficios sociales.	66
• EC4. Ayudas financieras significativas recibidas de gobiernos.	66
• Presencia en el mercado.	66
• EC5 Rango de las relaciones entre el salario inicial estándar y el salario mínimo local en lugares donde se desarrollen operaciones significativas.	67
• EC6. Política, prácticas y proporción de gasto correspondiente a proveedores locales en lugares donde se desarrollen operaciones significativas.	67
• EC7. Procedimientos para la contratación local y proporción de altos directivos procedentes de la comunidad local en lugares donde se desarrollen operaciones significativas.	67
• Impacto económico indirecto.	67
• EC8. Desarrollo e impacto de las inversiones en infraestructuras y los servicios prestados principalmente para el beneficio público mediante compromisos comerciales, pro-bono, o en especie.	68
• EC9. Entendimiento y descripción de los impactos económicos indirectos significativos, incluyendo el alcance de dichos impactos.	68
5.2 Dimensión ambiental	68
<i>Enfoque de Gestión. Páginas: 68, 69-78, 79-95.</i>	
• Materiales	69
• EN1. Materiales utilizados, por peso o volumen.	69
• EN2. Porcentaje de los materiales utilizados que son materiales valorizados.	69
• Energía	69
• EN3. Consumo directo de energía desglosado por fuentes primarias.	72
• EN4. Consumo indirecto de energía desglosado por fuentes primarias.	72
• EN5. Ahorro de energía debido a la conservación y a mejoras en la eficiencia.	73
• EN6. Iniciativas para proporcionar productos y servicios eficientes en el consumo de energía o basados en energías renovables, y las reducciones en el consumo de energía como resultado de dichas iniciativas.	74
• EN7. Iniciativas para reducir el consumo indirecto de energía y las reducciones logradas con dichas iniciativas.	74
• Agua.	74
• EN8. Captación total de agua por fuentes.	75
• EN9. Fuentes de agua que han sido afectadas significativamente por la captación de agua.	75
• EN10. Porcentaje y volumen total de agua reciclada y reutilizada.	75
• Biodiversidad.	75
• EN11. Descripción de terrenos adyacentes o ubicados dentro de espacios naturales protegidos o de áreas de alta biodiversidad no protegidas. Indíquese la localización y el tamaño de terrenos en propiedad, arrendados, o que son	76

gestionados de alto valor en biodiversidad en zonas ajenas a áreas protegidas.	
• EN12.Descripción de los impactos más significativos en la biodiversidad en espacios naturales protegidos o en áreas de alta biodiversidad no protegidas, derivados de las actividades, productos y servicios en áreas protegidas y en áreas de alto valor en biodiversidad en zonas ajenas a las áreas protegidas.	76
• EN13. Hábitats protegidos o restaurados.	77
• EN14. Estrategias y acciones implantadas y planificadas para la gestión de impactos sobre la biodiversidad.	77
• EN15. Número de especies, desglosadas en función de su peligro de extinción, incluidas en la Lista Roja de la IUCN y en listados nacionales y cuyos hábitats se encuentren en áreas afectadas por las operaciones según el grado de amenaza de la especie.	
• Emisiones, vertidos y residuos.	77
• EN16.Emisiones totales, directas e indirectas, de gases de efecto invernadero, en peso.	78
• EN17.Otras emisiones indirectas de gases de efecto invernadero, en peso.	79
• EN18.Iniciativas para reducir las emisiones de gases de efecto invernadero y las reducciones logradas.	79
• EN19.Emisiones de sustancias destructoras de la capa ozono, en peso.	80
• EN20. NO, SO y otras emisiones significativas al aire por tipo y peso.	80
• EN21.Vertido total de aguas residuales, según su naturaleza y destino.	80
• EN22. Peso total de residuos gestionados, según tipo y método de tratamiento.	92
• EN23. Número total y volumen de los derrames accidentales más significativos.	92
• EN24. Peso de los residuos transportados, importados, exportados o tratados que se consideran peligrosos según la clasificación del Convenio de Basilea, anexos I, II, III y VIII y porcentaje de residuos transportados internacionalmente.	92
• EN25. Identificación, tamaño, estado de protección y valor de biodiversidad de recursos hídricos y hábitats relacionados, afectados significativamente por vertidos de agua y aguas de escorrentía de la organización informante.	
• Productos y servicio.	92
• EN26.Iniciativas para mitigar los impactos ambientales de los productos y servicios, y grado de reducción de ese impacto.	93
• E27.Porcentaje de productos vendidos, y sus materiales de embalaje, que son recuperados al final de su vida útil, por categorías de productos.	
• Cumplimiento normativo.	93
• EN28. Coste de las multas significativas y número de sanciones no monetarias por incumplimiento de la normativa ambiental.	
• Transporte.	93
• EN29.Impactos ambientales significativos del transporte de productos y otros bienes y materiales utilizados para las actividades de la organización, así como del transporte de personal	
• General.	94
EN30.Desglose por tipo del total de gastos e inversiones ambientales.	
5.3 Dimensión Social.	95
5.3.1 Prácticas Laborales.	95
<i>Enfoque de Gestión. Páginas: 12-15, 29, 35-37, 97-120.</i>	97
• Empleo.	
• LA1.Desglose del colectivo de trabajadores por tipo de empleo, por contrato y por región.	97
• LA2.Número total de empleados y rotación media de empleados, desglosados por grupo de edad, sexo y región.	98
• LA3. Beneficios sociales para los empleados con jornada completa, que no se ofrecen a los empleados temporales o de media jornada, desglosado por actividad	

principal.	99
• LA15.Niveles de reincorporación al trabajo y de retención tras la baja por maternidad o paternidad, desglosados por género.	
• Relación empresa/trabajadores.	100
• LA4.Porcentaje de empleados cubiertos por un convenio colectivo.	100
• LA5.Periodo(s) mínimo(s) de preaviso relativo(s) a cambios organizativos, incluyendo si estas notificaciones son especificadas en los convenios colectivos.	100
• Salud y seguridad en el trabajo.	100
• LA6. Porcentaje del total de trabajadores que está representado en comités de salud y seguridad conjuntos de dirección-empleados, establecidos para ayudar a controlar y asesorar sobre programas de salud y seguridad en el trabajo.	107
• LA7.Tasas de absentismo, enfermedades profesionales, días perdidos y número de víctimas mortales relacionadas con el trabajo por región.	107
• LA8.Programas de educación, formación, asesoramiento, prevención y control de riesgos que se apliquen a los trabajadores, a sus familias o a los miembros de la comunidad en relación con enfermedades graves.	108
• LA9. Asuntos de salud y seguridad cubiertos en acuerdos formales con sindicatos.	110
• Formación y educación.	110
• LA10.Promedio de horas de formación al año por empleado, desglosado por categoría de empleado.	113
• LA11.Programas de gestión de habilidades y de formación continua que fomenten la empleabilidad de los trabajadores y que les apoyen en la gestión del final de sus carreras profesionales.	118
• LA12.Porcentaje de empleados que reciben evaluaciones regulares del desempeño y de desarrollo profesional.	119
• Diversidad e igualdad de oportunidades.	
• LA13. Composición de los órganos de gobierno corporativo y plantilla, desglosado por sexo, grupo de edad, pertenencia a minorías y otros indicadores de diversidad.	119
• LA14. Relación entre salario base de los hombres con respecto al de las mujeres, desglosado por categoría profesional.	120
5.3.2 Derechos humanos.	120
<i>Enfoque de Gestión. Páginas: 120-124</i>	
• Prácticas de inversión y abastecimiento.	120
• HR1.Porcentaje y número total de acuerdos de inversión significativos que incluyan cláusulas de derechos humanos o que hayan sido objeto de análisis en materia de derechos humanos.	121
• HR2. Porcentaje de los principales distribuidores y contratistas que han sido objeto de análisis en materia de derechos humanos, y medidas adoptadas como consecuencia.	121
• HR3.Total de horas de formación de los empleados sobre políticas y procedimientos relacionados con aquellos aspectos de los derechos humanos relevantes para sus actividades, incluyendo el porcentaje de empleados formados.	121
• No discriminación.	122
• HR4. Número total de incidentes de discriminación y medidas adoptadas.	122
• Libertad de asociación y convenios colectivos.	122
• HR5. Actividades de la compañía en las que el derecho a libertad de asociación y de acogerse a convenios colectivos que puedan correr importantes riesgos y medidas adoptadas para respaldar estos derechos.	122
• Explotación infantil.	123
• HR6. Actividades identificadas que conllevan un riesgo potencial de incidentes de explotación infantil y medidas adoptadas para contribuir a su eliminación.	123

• Trabajos forzosos.		
• HR7. Operaciones identificadas como de riesgo significativo de ser origen de episodios de trabajo forzado o no consentido, y las medidas adoptadas para contribuir a su eliminación.		123
• Prácticas de seguridad.		123
• HR8. Porcentaje del personal de seguridad que ha sido formado en las políticas o procedimientos de la organización en aspectos de derechos humanos relevantes para las actividades.		
• Derechos de los indígenas.		124
• HR9. Número total de incidentes relacionados con violaciones de los derechos de los indígenas y medidas adoptadas.		124
• HR10. Porcentaje y número total de operaciones que han sido objeto de críticas de los derechos humanos y/o evaluaciones de impacto.		124
• HR11. Número de quejas relacionadas con los derechos humanos que han sido presentadas, tratadas y resueltas mediante mecanismos conciliatorios formales.		
5.3.3 Sociedad.		124
	<i>Enfoque de Gestión. Páginas: 44-52, 128-128.</i>	
• Comunidad.		125
• SO1. Naturaleza, alcance y efectividad de programas y prácticas para evaluar y gestionar los impactos de las operaciones en las comunidades, incluyendo entrada, operación y salida de la empresa.		125
• SO9. Operaciones con impactos negativos significativos posibles o reales en las comunidades locales.		126
• SO10. Medidas de prevención y mitigación implantadas en operaciones con impactos negativos significativos posibles o reales en las comunidades locales.		
• Corrupción.		127
• SO2. Porcentaje y número total de unidades de negocio analizadas con respecto a riesgos relacionados con la corrupción.		127
• SO3. Porcentaje de empleados formados en las políticas y procedimientos anti-corrupción de la organización.		127
• SO4. Medidas tomadas en respuesta a incidentes de corrupción.		
• Política pública Libertad de asociación y convenios colectivos.		127
• SO5. Posición en las políticas públicas y participación en el desarrollo de las mismas y de actividades de “lobbying”.		
• SO6. Valor total de las aportaciones financieras y en especie a partidos políticos o a instituciones relacionadas, por países.		128
• Comportamiento de competencia desleal.		128
• SO7. Número total de acciones por causas relacionadas con prácticas monopolísticas y contra la libre competencia, y sus resultados.		
• Cumplimiento normativo.		128
• SO8. Valor monetario de sanciones y multas significativas y número total de sanciones no monetarias derivadas del incumplimiento de las leyes y regulaciones.		
5.3.4 Responsabilidad sobre productos.		128
	<i>Enfoque de Gestión. Páginas: 129-133.</i>	
• Salud y seguridad del cliente.		129
• PR1. Fases del ciclo de vida de los productos y servicios en las que se evalúan, para en su caso ser mejorados, los impactos de los mismos en la salud y seguridad de los clientes, y porcentaje de categorías de productos y servicios significativos sujetos a tales procedimientos de evaluación.		132
• PR2. Número total de incidentes derivados del incumplimiento de la regulación legal o de los códigos voluntarios relativos a los impactos de los productos y		

- servicios en la salud y la seguridad durante su ciclo de vida, distribuidos en función del tipo de resultado de dichos incidentes.
- **Etiquetado de productos y servicio principal.** 132
 - PR3. Tipos de información sobre los productos y servicios que son requeridos por los procedimientos en vigor y la normativa, y porcentaje de productos y servicios sujetos a tales requerimientos informativos. 133
 - PR4. Número total de incumplimientos de la regulación y de los códigos voluntarios relativos a la información y al etiquetado de los productos y servicios, distribuidos en función del tipo de resultado de dichos incidentes. 133
 - PR5. Prácticas con respecto a la satisfacción del cliente, incluyendo los resultados de los estudios de satisfacción del cliente. 134
 - **Comunicaciones de marketing.** 134
 - PR6. Programas de cumplimiento de las leyes o adhesión a estándares y códigos voluntarios mencionados en comunicaciones de marketing, incluidos la publicidad, otras actividades promocionales y los patrocinios. 134
 - PR7. Número total de incidentes fruto del incumplimiento de las regulaciones relativas a las comunicaciones de marketing, incluyendo la publicidad, la promoción y el patrocinio, distribuidos en función del tipo de resultado de dichos incidentes. 134
 - **Privacidad del cliente.** 134
 - PR8. Número total de reclamaciones debidamente fundamentadas en relación con el respeto a la privacidad y la fuga de datos personales de clientes. 134
 - **Cumplimiento normativo.** 134
 - PR9. Coste de aquellas multas significativas fruto del incumplimiento de la normativa en relación con el suministro y el uso de productos y servicios de la organización.