

# TESIS DOCTORAL



**UCAM**

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

## ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

*Programa de Doctorado Ciencias Sociales*

---

La comunicación socialmente responsable como línea estratégica  
en las organizaciones hospitalarias:

propuesta de un marco de referencia específico

*Autora:*

Marta Isabel García Rivas

*Directores:*

Dr. D. José Manuel Noguera Vivo

Dr. D. Víctor Meseguer Sánchez

*Murcia, mayo de 2023*



# TESIS DOCTORAL



**UCAM**

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

## ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

*Programa de Doctorado Ciencias Sociales*

---

La comunicación socialmente responsable como línea estratégica  
en las organizaciones hospitalarias:

propuesta de un marco de referencia específico

*Autora:*

Marta Isabel García Rivas

*Directores/as:*

Dr. D. José Manuel Noguera Vivo

Dr. D. Víctor Meseguer Sánchez

*Murcia, mayo de 2023*





## AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE LA TESIS PARA SU PRESENTACIÓN

El Dr. D. José Manuel Noguera Vivo y el Dr. D. Víctor Meseguer Sánchez como Directores de la Tesis Doctoral titulada “La comunicación socialmente responsable como línea estratégica en las organizaciones hospitalarias: propuesta de un marco de referencia específico” realizada por Dña. Marta Isabel García Rivas en el Programa de Doctorado Ciencias Sociales, **autorizan su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firman, para dar cumplimiento al Real Decreto 99/2011 de 28 de enero, en Murcia a 8 de mayo de 2023.

Fdo. José Manuel Noguera

Fdo. Víctor Meseguer



## RESUMEN

El protagonismo que ha adquirido la RSC en el seno de las organizaciones, llegándose a integrar en las estrategias corporativas, explica la cada vez mayor importancia que se le ha otorgado a su comunicación. Su capacidad de generar valor compartido con los diferentes grupos de interés, contribuyendo a establecer y mantener relaciones participativas de mutuo beneficio a través de estructuras sistematizadas de diálogo, así como de obtener intangibles, como la credibilidad, la confianza y la reputación, la convierten en un valor estratégico y esencial dentro de las organizaciones.

La comunicación de la RSC informa acerca de la gestión integral de la organización, es decir, de su triple cuenta de resultados: la económica, la medioambiental y la social. Sin embargo, en el caso de las organizaciones hospitalarias, la marcada sensibilidad de su actividad principal – el cuidado de la salud – obliga a realizar importantes esfuerzos comunicativos para posibilitar la confianza de sus grupos de interés. En aplicación del principio de transparencia, dicha comunicación debe ser comprensible, de calidad, fácilmente accesible y completa, lo que englobaría, además de los impactos económicos, medioambientales y sociales, información de una serie de impactos específicos derivados de la actividad sanitaria.

No obstante, tras revisar la literatura científica relativa al objeto de investigación, no parece existir un estándar de comunicación de la RSC específico para el sector hospitalario, que facilite este reporte de información. Este hecho supone una oportunidad para definir un marco de referencia que determine los impactos relativos al ámbito asistencial, de los que informar de una manera normalizada, lo que posibilitaría la utilización de un lenguaje común a todas las organizaciones hospitalarias, facilitando esta comunicación a sus grupos de interés y favoreciendo con ellos relaciones de confianza. Por tanto, se establece como hipótesis general de esta investigación la necesidad de establecer un marco de referencia común para desarrollar la comunicación de los aspectos específicos de la RSC hospitalaria.

Partiendo de una primera diagnosis sobre la importancia que las organizaciones hospitalarias conceden a la comunicación de su RSC y la manera en la que la llevan a cabo, este trabajo desarrolla la investigación en dos fases.

En la primera, se utiliza una metodología cuantitativa a través de encuestas online, para identificar, consensuadamente con una muestra representativa de 264 organizaciones hospitalarias (de un universo de 838), los asuntos materiales o impactos específicos de la RSC hospitalaria.

Y en la segunda fase, utilizando una metodología cualitativa a través de las opiniones de un grupo Delphi integrado por 14 expertos en diversas áreas, se determina la conveniencia de utilizar un marco de referencia común a todas las organizaciones hospitalarias para comunicar su RSC, así como los ítems que lo deben integrar.

Los principales resultados de las encuestas online ofrecen un alto consenso por parte de las organizaciones hospitalarias y del grupo de expertos en la identificación de los impactos específicos de la actividad sanitaria, que, posteriormente, y aplicando el principio de materialidad, se clasifican en impactos de alta relevancia, de mediana relevancia y de baja relevancia. Este resultado final es validado por la gran mayoría de los integrantes del grupo Delphi, que además consideran que contribuirían a estandarizar la información relativa a los asuntos específicamente sanitarios y, por tanto, a establecer un lenguaje común.

La investigación concluye con la constatación de la creciente importancia que las organizaciones hospitalarias otorgan tanto a la RSC como a su comunicación, el alto consenso en la identificación de los aspectos específicos de la RSC hospitalaria que deben integrarse en su comunicación y la existencia de un criterio común a la hora de establecer la prioridad de algunos de ellos. Lo que lleva a la autora a proponer un marco de referencia para desarrollar la comunicación socialmente responsable de los asuntos específicos de las organizaciones hospitalarias.

## **PALABRAS CLAVE**

Comportamiento de la organización, sector de la salud, comunicación, RSC, comunicaciones sociales, información



## **ABSTRACT**

The prominence that CSR has acquired within organisations, becoming integrated into corporate strategies, explains the increasing importance that has been given to its communication. Its capacity to generate shared value with different interest groups, contributing to establishing and maintaining mutual benefit participatory relationships through systematised dialogue structures, as well as obtaining intangibles, such as credibility, trust and reputation, make it a strategic and essential value within organisations.

CSR communication provides information about the organisation's integral management, that is, its triple bottom line: economic, environmental and social. Nevertheless, in the case of healthcare organisations, the high sensitivity of their main activity - the provision of healthcare - demands significant communication efforts to enable trust among their interest groups. In application of the principle of transparency, such communication must be comprehensible, high quality, easily accessible and complete, which would encompass, in addition to economic, environmental and social impacts, information on a number of specific impacts resulting from the health activity.

Nonetheless, after reviewing the scientific literature related to the object of research, there does not seem to be a specific CSR communication standard for the healthcare sector that would facilitate this information report. This is an opportunity to define a reference framework to determine the impacts related to the healthcare field, which should be reported in a standardised manner, thus enabling the use of a common language for all healthcare organisations, facilitating communication with their groups of interest and fostering trust-based relationships with them. Therefore, the general hypothesis of this research is the need to establish a common reference framework for developing the communication of specific aspects of healthcare CSR.

Based on an initial diagnosis on the importance that healthcare organisations attach to the communication of their CSR and the way in which they carry it out, this research work is conducted in two phases.

In the former, a quantitative methodology is used through online surveys to identify, in consensus with a representative sample of 264 healthcare organisations (out of a universe of 838), the material issues or specific impacts of healthcare CSR.

In the latter phase, using a qualitative methodology through the opinions of a Delphi group composed of 14 experts in different areas, it is determined whether it is convenient to use a common reference framework for all healthcare organisations to communicate their CSR, as well as the items that should be included in the framework.

The main results of the online surveys offer a high degree of consensus within the healthcare organisations and the group of experts in the identification of the specific impacts of healthcare activity, which are subsequently classified, by applying the principle of materiality, into impacts of high relevance, medium relevance and low relevance. This final result is validated by the vast majority of the members of the Delphi group, who also consider that they would contribute to the standardisation of information concerning health-specific matters and, therefore, to the establishment of a common language.

The research concludes with the finding of the growing importance that healthcare organisations attach to both CSR and its communication, the high level of consensus in identifying the specific aspects of healthcare CSR that must be integrated into their communication, and the existence of common criteria when prioritising some of these aspects. This leads the author to propose a reference framework for developing socially responsible communication on the specific matters of healthcare organisations.

## **KEYWORDS**

Organisational behaviour, health sector, communication, CSR, social communications, information

## AGRADECIMIENTOS

Dicen que a la tercera va la vencida. El propósito y el sueño de convertirme en Doctora en Comunicación se convierte, por fin, en realidad, gracias al apoyo y el cariño de las personas que, de alguna manera, me han ayudado a lo largo de estos cuatro años y a las que van dirigidas estas líneas de agradecimiento.

En primer lugar, a mis directores: el Dr. D. José Manuel Noguera Vivo, que, sin conocerme, aceptó dirigirme y, sobre todo, me acompañó durante el año en el que paré mi tesis para afrontar una oposición, y me alentó al retomarla alentándome cuando más falta me hacía; y el Dr. D. Víctor Meseguer Sánchez, mi inspiración y mi palanca para avanzar, mejorar y crecer.... Sin ti, nunca lo hubiera conseguido.

Por supuesto, a la Universidad Católica de Murcia, a su Vicerrectorado de Investigación y a su Escuela Internacional de Doctorado (EIDUCAM), por su ayuda y orientación para poder completar mi doctorado.

Gracias al Dr. D. Fernando Rubén García Hernández, por su acompañamiento y sus sabios consejos, en todo momento y, sobre todo, a cualquier hora.

Mi agradecimiento a D. Pedro Hernández Jiménez, por su apoyo incondicional, por animarme a transferir el conocimiento de la Universidad a la empresa y de la empresa a la Universidad y por entusiasmarse con esta investigación. Y también, al Dr. Francisco de Asís López Guerrero, por convertirse en mi referente cuando se doctoró.

Hubiera sido imposible realizar esta tesis sin la ayuda de todas las organizaciones hospitalarias que amablemente atendieron mis correos y llamadas y que me ayudaron a sentar las bases de mi investigación. Gracias a todas, de manera especial, a Susana Casado (Hospital Perpetuo Socorro de Cartagena), Angélica Alarcón (Grupo Ribera) y Mònica Fernández Aguilera (Consorti Sanitari Salut Catalunya) por sus colaboraciones desinteresadas y entusiastas. Y también a todos los miembros de mi grupo Delphi, cuyas opiniones cualificadas me permitieron completar mi investigación. Gracias a todos por su generosidad, la rapidez de sus respuestas y, sobre todo, por creer en este proyecto.

En el ámbito personal, quiero dar las gracias a mis amigos, por su amistad, por su cariño y por interesarse siempre por mi tesis.

A mis padres y hermana, por sus ánimos y paciencia. Soy lo que soy, gracias a vosotros.

A José Antonio, por ser mi pilar.

Y sobre todo y, ante todo, a mis hijos Arturo y Alberto, por su abnegada paciencia y comprensión ante tanto tiempo robado, y por estar siempre junto a mí. Sois los artífices de todo lo que consigo. Esto también es vuestro.

GRACIAS INFINITAS. OS QUIERO.

"Mirad, en la vida no hay soluciones, sino fuerzas en marcha. Es preciso crearlas, y las soluciones vienen".  
Antoine de Saint-Exupéry (1900-1944)



## ÍNDICE GENERAL

<b>RESUMEN</b> .....	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>27</b>
<b>I - COMUNICACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA</b> .....	<b>40</b>
<b>1.1. INTRODUCCIÓN A LA RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA</b> .....	<b>40</b>
1.1.1. Aproximación a un concepto de responsabilidad social corporativa.....	41
1.1.2. Principios inspiradores de la RSC.....	47
1.1.3. La gestión de las partes interesadas y de la materialidad como ejes centrales de la responsabilidad social corporativa.....	59
<b>1.2. LA COMUNICACIÓN SOCIALMENTE RESPONSABLE</b> .....	<b>68</b>
1.2.1. Hacia una definición de la comunicación socialmente responsable .....	68
1.2.2. Valor estratégico de la comunicación socialmente responsable.....	71
1.2.3. Estandarización de la información .....	79
1.2.3.1. Una aproximación a los Estándares GRI: principios y estructura.....	88
<b>II - LA RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO</b> .....	<b>96</b>
<b>2.1. SISTEMA HOSPITALARIO EN ESPAÑA: ESTRUCTURA Y FÓRMULAS DE GESTIÓN</b> .....	<b>96</b>
<b>2.2. ACTIVIDAD DEL SISTEMA HOSPITALARIO: GRUPOS DE INTERÉS E IMPACTOS</b> .....	<b>101</b>
2.2.1. Grupos de interés de las organizaciones hospitalarias.....	102
2.2.2. Impactos de las organizaciones hospitalarias .....	106
<b>2.3. AGENDA 2030 DE NACIONES UNIDAS</b> .....	<b>108</b>

<b>III - ANÁLISIS APROXIMATIVO A LA COMUNICACIÓN DE LA RSC HOSPITALARIA.....</b>	<b>116</b>
<b>3.1. VALOR ESTRATÉGICO DE LA COMUNICACIÓN DE LA RSC EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO .....</b>	<b>116</b>
<b>3.2. ANÁLISIS PRÁCTICO DE LA COMUNICACIÓN DE LA RSC HOSPITALARIA.....</b>	<b>120</b>
<b>IV - METODOLOGÍA.....</b>	<b>131</b>
<b>4.1. ENCUESTAS ONLINE.....</b>	<b>131</b>
<b>4.2. GRUPO DELPHI.....</b>	<b>137</b>
<b>V - RESULTADOS.....</b>	<b>145</b>
<b>5.1. RESULTADOS DE LA ENCUESTA ONLINE.....</b>	<b>145</b>
<b>5.2. RESULTADOS DEL GRUPO DELPHI.....</b>	<b>150</b>
5.2.1. Resultados de la primera ronda del grupo Delphi.....	150
5.2.2. Resultados de la segunda ronda del grupo Delphi.....	155
<b>VI - CONCLUSIONES .....</b>	<b>163</b>
<b>6.1. IMPORTANCIA DE LOS HOSPITALES Y EXPERTOS A LA RSC Y A SU COMUNICACIÓN.....</b>	<b>163</b>
<b>6.2. ENFOQUE PARA ABORDAR LA COMUNICACIÓN DE LA RSC HOSPITALARIA.....</b>	<b>164</b>
<b>6.3. CONSENSO EN LA RELEVANCIA DE LOS ASUNTOS ESPECÍFICOS DE LAS ORGANIZACIONES HOSPITALARIAS .....</b>	<b>165</b>
<b>6.4. PROPUESTA DE MARCO DE REFERENCIA PARA UTILIZAR UN LENGUAJE COMÚN .....</b>	<b>166</b>
<b>VII - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>175</b>
<b>VIII - ANEXOS .....</b>	<b>195</b>



**SIGLAS Y ABREVIATURAS**

**AA1000APS**, AccountAbility Principles Standard  
**AA1000AS**, Assurance Standard  
**AA1000SES**, Stakeholder Engagement Standard  
**ACP**, Atención Centrada en el Paciente  
**AECA**, Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas  
**AENOR**, Asociación Española de Normalización y Certificación  
**ASPE**, Alianza para la Sanidad Privada Española  
**BOE**, Boletín Oficial del Estado  
**CC.AA.**, Comunidades Autónomas  
**CEOE**, Confederación Española de Organizaciones Empresariales  
**CMA**, Cirugía Mayor Ambulatoria  
**CNH**, Catálogo Nacional de Hospitales  
**COP**, Comunicación de Progreso (del Pacto Mundial de Naciones Unidas)  
**CPP**, Colaboración público-privada  
**CSR**, Corporate Social Responsibility  
**EBA**, European Banking Authority  
**ESG**, Environmental, Social and Governance  
**FMI**, Fondo Monetario Internacional  
**FORÉTICA**, Foro para la Evaluación de la Gestión Ética  
**FTE**, Full Time Equivalent  
**GRD**, Grupos Relacionados por el Diagnóstico  
**GRI**, Global Reporting Initiative  
**I+D+i**, Investigación, Desarrollo e Innovación  
**IDIS**, Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad  
**IIRC**, International Integrated Reporting Council

**LOPD-GDD**, Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales

**IMIB**, Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria

**IQNet SR10**, Sistema de Gestión de la Responsabilidad Social – The International Certification Network

**IS**, Informe de Sostenibilidad

**ISFAS**, Instituto Social de las Fuerzas Armadas de España

**ISO**, International Organization for Standardization

**MS**, Muestreo Sistemático

**MUFACE**, Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado de España

**MUGEJU**, Mutualidad General Judicial

**NHS**, National Health Service

**OCDE**, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

**ODM**, Objetivos del Milenio

**ODS**, Objetivos de Desarrollo Sostenible

**OIT**, Organización Internacional del Trabajo

**OMS**, Organización Mundial de la Salud

**ONU**, Organización de las Naciones Unidas

**PMNU**, Pacto Mundial de Naciones Unidas

**PR**, Public Relations

**REGCESS**, Registro General de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios

**RMN**, Resonancia Magnética Nuclear

**RSC**, Responsabilidad Social Corporativa

**SA 8000**, Social Accountability 8000

**SARS-CoV-2**, Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

**SASB**, Sustainability Accounting Standards Boards

**SGE 21**, Sistema de Gestión Ética y Socialmente Responsable

**SIAE**, Servicio de Información de Atención Especializada

**SNS**, Servicio Nacional de Salud

**TAC**, Tomografía Axial Computarizada

---

**TIC**, Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

**UE**, Unión Europea

**WBCSD**, World Business Council for Sustainable Development

**WHO**, World Health Organization

**XHUP**, Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública



**ÍNDICE DE FIGURAS, DE TABLAS Y DE ANEXOS**

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 Pirámide de la Responsabilidad Social de Carroll..... 43

Figura 2 Principales riesgos para las empresas españolas 2020 ..... 76

Figura 3 Principales riesgos para las empresas españolas 2021 ..... 76

Figura 4 Principales riesgos para las empresas españolas 2022 ..... 77

Figura 5 Informes de sostenibilidad publicados a nivel mundial en 2020, según GRI ..... 83

Figura 6 Oportunidades del reporte de información no financiera..... 85

Figura 7 Evolución del Estándar GRI..... 89

Figura 8 Estructura de GRI Standards ..... 92

Figura 9 Garantías de las competencias sanitarias transferidas a las Comunidades Autónomas..... 97

Figura 10 Grupos de interés del sector hospitalario..... 105

Figura 11 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)..... 109

Figura 12 Matriz "Impactos relacionados estrictamente con la actividad hospitalaria" ..... 152

Figura 13 Marco de referencia para desarrollar la comunicación socialmente responsable de los asuntos específicos de las organizaciones hospitalarias I..... 167

Figura 14 Marco de referencia para desarrollar la comunicación socialmente responsable de los asuntos específicos de las organizaciones hospitalarias II..... 168

Figura 15 Marco de referencia para desarrollar la comunicación socialmente responsable de los asuntos específicos de las organizaciones hospitalarias III ... 169

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Resumen de los Principios de la RSC .....	56
Tabla 2 Definiciones del concepto Grupos de Interés .....	59
Tabla 3 Dimensiones para la identificación de los stakeholders, según AA1000SES .....	63
Tabla 4 Principios de la materialidad .....	66
Tabla 5 Principios de la transparencia .....	79
Tabla 6 Impactos de la gestión del sector hospitalario .....	106
Tabla 7 Metas del ODS 3 .....	112
Tabla 8 Correspondencia Finalidad Asistencial - Clase de Centro .....	121
Tabla 9 Correspondencia Dependencia Funcional.....	122
Tabla 10 Dimensiones, líneas estratégicas e impactos de la gestión hospitalaria I .....	133
Tabla 11 Dimensiones, líneas estratégicas e impactos de la gestión hospitalaria II .....	133
Tabla 12 Dimensiones, líneas estratégicas e impactos de la gestión hospitalaria III .....	134
Tabla 13 Dimensiones, líneas estratégicas e impactos de la gestión hospitalaria IV .....	134
Tabla 14 Ítems con valoración más alta.....	150
Tabla 15 Ítems con valoración intermedia.....	151
Tabla 16 Ítems con valoración más baja.....	151
Tabla 17 Resultados de la matriz .....	154

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Organizaciones adheridas a la Red Española de Pacto Mundial .....	82
Gráfico 2 Análisis de la comunicación socialmente responsable en el ámbito hospitalario español.....	125
Gráfico 3 Ítem "Docencia y formación interna y externa" .....	145
Gráfico 4 Ítem "Trato al paciente" .....	146
Gráfico 5 Ítem "TICs aplicadas a la asistencia sanitaria" .....	146
Gráfico 6 Ítem "Gestión de riesgos" .....	147
Gráfico 7 Ítem "Mapa de procesos".....	147
Gráfico 8 Ítem "Actividad sanitaria privada" .....	148
Gráfico 9 Ítem "Compromiso con la cultura" .....	148
Gráfico 10 Ítem "RMN (resonancia magnética nuclear)" .....	149
Gráfico 11 Ítem "Otras variables" .....	149

## ÍNDICE DE FÓRMULAS

Fórmula 1 Cálculo de la muestra .....	123
---------------------------------------	-----

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Hospitales que integran la muestra representativa de la investigación.....	195
ANEXO 2. Encuesta online a organizaciones hospitalarias y a grupo Delphi: introducción explicativa e información sobre la LOPD-GDD .....	206
ANEXO 3. Encuesta online a organizaciones hospitalarias y a grupo Delphi: descripción de los impactos.....	208
ANEXO 4. Resultados de la encuesta online realizada a las organizaciones hospitalarias .....	213
ANEXO 5. Resultados de la encuesta online realizada al grupo Delphi.....	236



# INTRODUCCIÓN

---



## INTRODUCCIÓN

La gestión de los impactos y riesgos de una organización hospitalaria implica una comunicación, cuyo valor estratégico no parece que encuentre un marco de referencia común para su desarrollo. Por ello, a continuación, se realizará una revisión de los antecedentes y el estado actual de la cuestión, para abordar y concretar el objeto de estudio de esta investigación, explicar su justificación, establecer las hipótesis y los objetivos a conseguir, y desarrollar la estructura de la misma.

### ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

La Organización Mundial de la Salud establece que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (WHO, 1948, p. 100). Esta definición, que no ha variado desde el año 1948, ha llevado a pensar tradicionalmente que existe una consideración acerca de la sostenibilidad de las organizaciones sanitarias que refiere su carácter socialmente responsable de manera intrínseca derivada del desempeño de su actividad: el cuidado de la salud de las personas (Medina-Aguerrebere, 2012). No obstante, la responsabilidad social va más allá del aspecto social, abarcando los ámbitos económico y medioambiental:

Representa una aspiración de mejora en las relaciones con los grupos que rodean a la organización: los grupos de interés (accionistas, propietarios, proveedores, empleados, clientes, consumidores), y también un estilo transparente de gestión de los recursos, que garantice los resultados esperables, siguiendo tres principios: el principio económico del beneficio mutuo; el principio ético de preservación de los recursos naturales no renovables, patrimonio de las generaciones futuras; y el principio jurídico de respeto a los derechos individuales y colectivos. (Mesguer Sánchez, 2017, p. 379).

En este sentido también se pronuncian distintos autores – entre los que se encuentran Elkington (1999), Freeman (1984), Porter (2006), Guerras y Navas (2007), Pless y Mack (2010), Larrán et al. (2013), García y Alonso (2014), Blázquez et

al. (2015), Pérez y Rodríguez del Bosque (2015), González Romo y Taltavull Cerrudo (2017), Cerón Morales (2019) y Solanes Corella (2020) -, al establecer los elementos tradicionales de la responsabilidad social: el crecimiento económico, el compromiso con la sociedad y la protección medioambiental. Un enfoque que se amplía con cinco dimensiones establecidas por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 de Naciones Unidas: “People, Planet, Prosperity, Peace and Partnership” (Solanes Corella, 2020, p. 30).

Como cualquier organización, el desarrollo de la actividad asistencial conlleva una serie de impactos directos, indirectos, positivos y negativos en los entornos más cercanos, que generan consecuencias en sus grupos de interés y que están relacionados con la tradicionalmente denominada cuenta de resultados: impactos medioambientales como, por ejemplo, la generación de residuos biosanitarios, la emisión de gases de efecto invernadero o medidas de reciclaje; impactos sociales, como la situación laboral de los equipos profesionales, la salud y seguridad de los servicios prestados a los pacientes o la contribución al desarrollo social de su entorno; e impactos económicos, como la generación de riqueza en el entorno cercano a través de la cadena de valor, la lucha contra la corrupción o el desempeño económico. En consecuencia, las organizaciones sanitarias tienen riesgos que deben identificar, asumir y gestionar de manera oportuna, responsable y beneficiosa para el conjunto de sus *stakeholders*, mediante iniciativas y planes de acción, que permitan alcanzar los objetivos planteados con el fin de minimizar las consecuencias negativas del desempeño de su actividad, así como de potenciar las positivas.

Asimismo, en este compromiso con la responsabilidad social, ciertamente existen circunstancias y características intrínsecas a la actividad sanitaria que señalan la conveniencia de priorizar aspectos relacionados con el servicio asistencial que se presta a la ciudadanía - como la asistencia médica, la investigación científica y la docencia (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, art. 68) - por encima de otras iniciativas socialmente responsables más genéricas y comunes al resto de sectores profesionales (Medina-Aguerreberre, 2012; Pinar Palacios, 2015), como las mencionadas anteriormente: desempeño económico, desempeño social y desempeño medioambiental.

Dada la amplitud y diversidad de las organizaciones sanitarias, es clara la necesidad de acotar el marco de este estudio, ciñéndolo, por tanto, al ámbito

hospitalario, teniendo en cuenta que la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad define el centro hospitalario como

“(…) el establecimiento encargado del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia” (Art. 65.2) y “(…) desarrollarán, además de las tareas estrictamente asistenciales, funciones de promoción de la salud, prevención de las enfermedades e investigación y docencia, de acuerdo con los programas de cada Áreas de Salud, con objetivo de complementar sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria” (Art. 68).

En este sentido, y en el marco de sus planes estratégicos donde figure la transversalidad de la responsabilidad social corporativa, sería deseable que los hospitales, como “proveedores de servicios en aras de prevenir enfermedades, mantener, mejorar el estado de salud de los ciudadanos” (Pinar Palacios, 2015), contaran con indicadores, no sólo referidos a los elementos tradicionales de la RSC, sino también con aquellos representativos de su sector profesional, de manera que, conjuntamente, les permita conseguir modelos sanitarios más sostenibles (Pinar Palacios, 2015).

Establecen Gutiérrez-Ponce, Creixans-Tenas y Arimany-Serrat (2018) que “(…) los indicadores de RSC de las organizaciones sanitarias han adquirido una importancia significativa para determinar su compromiso con la sostenibilidad del sistema y la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos”. De manera que un sistema de indicadores permite a las organizaciones en general, y a las sanitarias en particular, medir variables específicas y conocer, de una manera objetiva, la evolución en la consecución de las metas que se hayan definido en su estrategia. Y si los indicadores son comparables y reconocibles, este sistema añade el valor de contribuir a dotar de comparabilidad las acciones y los resultados alcanzados en materia de asistencia sanitaria y de gestión hospitalaria (Moyano Santiago y Rivera Lirio, 2017).

En consecuencia, el sistema de indicadores se convierte en un instrumento de comunicación que los hospitales pueden utilizar con sus grupos de interés para rendir cuentas sobre los resultados organizacionales y poner en valor toda la actividad desarrollada (Gutiérrez-Ponce et al., 2018), combatiendo, por otra parte, la desinformación sanitaria y el consiguiente desprestigio que conlleva para las

organizaciones sanitarias (Barquero Cabero, Rodríguez Terceño y González Vallés, 2018). De esta manera, la comunicación se convierte en un elemento clave dentro de la RSC (Albors Alonso y Paricio Esteban, 2016; Du, Bhattacharya y Sen, 2010; Estanyol, 2020).

No hay que olvidar que la transparencia y la rendición de cuentas son dos de los siete principios de la responsabilidad social que establece la Norma ISO 26000:2010 *Guía de responsabilidad social*, en los que afirma que la organización debe responder por los impactos que generen sus decisiones y actividades en la economía, el medio ambiente y la sociedad, y por las acciones que adopte para prevenir los impactos negativos; así como revelar información sobre políticas, decisiones o actividades de forma clara, precisa, razonable y perfectamente accesible y comprensible a todos los grupos de interés (Organización Internacional de Estandarización, 2010).

Si, además, se tiene en cuenta las recomendaciones y obligaciones que establecen diferentes organismos nacionales e internacionales, como la Comisión Europea, el Parlamento y Consejo Europeos, el Gobierno de España o los diferentes estándares internacionales – como los establecidos por AENOR, Foro para la Evaluación de la gestión ética (FORÉTICA) o Club Excelencia en Gestión -, se hace recomendable, cuando no obligatorio, la difusión de mejores prácticas, de factores sociales y medioambientales y de un ejercicio de transparencia vehiculado a través de la comunicación. Por tanto, la comunicación se perfila como una línea estratégica para la gestión socialmente responsable de los hospitales, a través de la rendición de cuentas y de la transparencia, a la par que permite crear valor compartido entre los grupos de interés (Cerón Morales, 2019; y Bermejo Sales, 2017).

La comunicación de la información no financiera suele llevarse a cabo a través de los informes de sostenibilidad o memorias de RSC, porque ofrecen a la sociedad en general, y más concretamente a los grupos de interés de cada organización, una información clara y estandarizada de sus actividades desde la triple perspectiva económica, medioambiental y social.

El modo más utilizado en la actualidad para la comunicación de la información no financiera es la publicación de Memorias de RSC. Por tanto, la comunicación de los indicadores de RSC y su medición es una tarea

fundamental para conocer el grado de cumplimiento de los objetivos de gestión de los hospitales. (Gutiérrez-Ponce et al., 2018, p. 9).

La tendencia a la hora de comunicar la gestión socialmente responsable de una organización es la estandarización de la información, porque las partes interesadas en la actividad corporativa y el conjunto de la sociedad demandan que los documentos publicados por las diferentes empresas sean comparables entre sí, y porque la posibilidad de comparar la actividad de las organizaciones en los ámbitos medioambiental y social supone una demostración de valor para los accionistas, así como una mejora en los procesos de información dentro del mercado.

En este sentido, existen diferentes estándares internacionales de comunicación de la gestión socialmente responsable – como, por ejemplo, Comunicación de Progreso del Pacto Mundial de Naciones Unidas, Líneas Directrices de la OCDE, Global Reporting Initiative (GRI), etc. -, e incluso, algunos de ellos centrados específicamente en algunos sectores profesionales, sobre todos aquéllos considerados por sus impactos en los grandes desafíos que marca la Agenda 2030 de Naciones Unidas, especialmente relacionados con los derechos humanos, la pérdida de la biodiversidad y el cambio climático.

Hay que tener en cuenta que este último desafío, tal y como apunta Cáceres Pinto (2018), implica una serie de riesgos vinculados a fenómenos naturales como inundaciones, sequías, incendios, derretimiento de las capas polares, etc., que inciden muy negativamente en la salud de las personas provocando la propagación de enfermedades, incrementando las enfermedades respiratorias, cuadros de estrés, deshidratación, limitando la productividad de la tierra y, por tanto, la falta de alimentos, etc.

La salud es un valor compartido por amplios segmentos de la humanidad. Aunque la valoración del acceso a la salud puede variar en diferentes escalas, la idea de un futuro saludable caracterizado por el bienestar social es una idea consensuada por muchos. Mensajes que comparten esta idea representan una valiosa oportunidad para hacer reaccionar a la población en torno a futuros impactos del cambio climático (Cáceres Pinto, 2018, p. 100).

Junto a las consecuencias del cambio climático, la salud de las personas también se ve seriamente amenazada por la circulación de virus, algunos de los

cuales llegan a causar pandemias, como la provocada por el virus SARS-CoV-2 desde finales del año 2019.

Motivos, ambos, por los que con este estudio se quiere incidir en la importancia de desarrollar un marco de referencia específico del ámbito hospitalario que permita conocer, de manera periódica, y en el marco de ese compromiso con la sostenibilidad, la situación real de las organizaciones hospitalarias para hacer frente a los desafíos que en materia de salud está marcando la Organización de Naciones Unidas en su Agenda 2030.

### OBJETO DE ESTUDIO

En este sentido, no es baladí la siguiente reflexión: la variedad de información que ofrecen las organizaciones hospitalarias sobre su desempeño socialmente responsable, unido a la ausencia - en la mayoría de los casos - de unos indicadores uniformes que guíen el reporte de este tipo de información, dificulta enormemente el conocimiento efectivo del compromiso que mantienen con la sostenibilidad.

Esta situación ha despertado el interés en la autora de este trabajo, que tiene como objeto de estudio investigar el panorama actual de la comunicación que desarrollan las organizaciones hospitalarias sobre su responsabilidad social corporativa y las posibilidades de estandarizar dicha comunicación. Para ello, se intentará desarrollar un marco de referencia que permita utilizar un lenguaje común para la comunicar la RSC hospitalaria.

### JUSTIFICACIÓN

Entre la diversidad de múltiples indicadores que ayudan a medir la actividad asistencial de las organizaciones sanitarias, y la inexistencia de un estándar de comunicación de la RSC específico para el sector hospitalario, se identifica una oportunidad de definir un marco de referencia que sienta las bases de una compilación selectiva de asuntos materiales relativos al ámbito asistencial, con el objetivo de ayudar a las organizaciones sanitarias en un doble sentido: en primer lugar, a medir su actividad en materia de responsabilidad social hospitalaria; y en segundo lugar, a reportar información sobre la misma a sus diferentes grupos de interés, utilizando un mismo lenguaje, que sea entendido y comprendido por el resto de organizaciones comprometidas con la sostenibilidad.



Esos asuntos materiales propios del sector sanitario constituyen, sin duda, los retos a los que todas las organizaciones de este sector se enfrentan, tal y como señala la ONU en la Agenda 2030, puestos de relieve – de manera específica – en el ODS 3 Salud y Bienestar:

Si nos centramos en proporcionar una financiación más eficiente de los sistemas de salud, mejorar el saneamiento y la higiene, aumentar el acceso a los servicios médicos y proveer más consejos sobre cómo reducir la contaminación ambiental, lograremos progresos significativos en ayudar a salvar las vidas de millones de personas. (Organización de Naciones Unidas, 2020)

Y de manera especial, ante las crisis sanitarias mundiales producidas en los últimos años, y más concretamente la última generada por el virus SARS-CoV-2, que han puesto de manifiesto las fortalezas y debilidades de los sistemas sanitarios de cada país para hacer frente a las consecuencias de una pandemia.

En España, el elevado número de ingresos relacionados con esa enfermedad y, en consecuencia, la reorganización del resto de actividad asistencial junto con los recursos humanos y materiales disponibles en cada momento han generado una situación crítica en las organizaciones hospitalarias. Esto conduce - al hilo de las afirmaciones de Tedros Adhanom Ghebreyesus (director general de la Organización Mundial de la Salud) en su discurso de apertura de la 73ª Asamblea Mundial de la Salud, ante los representantes de los 194 países de la OMS (Europa Press, Infosalus, 2020) -, al planteamiento de la necesidad de una mayor transparencia sobre los recursos y procesos con los que la red de hospitales española debería contar, así como una mejor y mayor rendición de cuentas de las organizaciones hospitalarias, que permita conocer su capacidad de respuesta frente a crisis sanitarias y mantenga y fortalezca la confianza de la sociedad en el sistema sanitario.

El desarrollo de acciones que incidan directamente en éstas y otras cuestiones remarcadas por la ONU – como por ejemplo, reducir las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles o erradicar por completo una amplia gama de enfermedades -, y su comunicación siguiendo un marco de referencia que ofrezca un lenguaje común a todas las organizaciones que lo utilicen, puede ayudar al proceso de mejora continua de la red de hospitales y, en consecuencia, a lograr

avances en la consecución de las metas de este ODS, dando, por tanto, cumplimiento a la Agenda 2030.

### HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Como se ha mencionado en el apartado anterior, la responsabilidad social hospitalaria integra, además de los aspectos tradicionalmente conocidos – económicos, sociales y medioambientales –, una serie de aspectos ligados a las características intrínsecas de la actividad sanitaria y de los que no siempre se traslada información a los diferentes grupos de interés.

De hecho, la información que ofrecen las organizaciones hospitalarias sobre su gestión socialmente responsable suele ser muy variada. Cada organización informa sobre los aspectos que considera oportunos, llegando, incluso, a confundir RSC con acción social y/o con acciones en favor del medioambiente, sin que se comunique la relación de esas acciones con la estrategia de la organización, con su Misión, Visión y Valores, ni con otras cuestiones que integran el compromiso con una gestión socialmente responsable.

Tampoco existe uniformidad a la hora de establecer los indicadores de desempeño de las acciones de RSC, que son, en definitiva, los que ofrecen la información que las organizaciones hospitalarias deben comunicar a sus grupos de interés. De manera que cada organización utiliza los indicadores que considera oportunos, sean propios o pertenecientes a algún estándar internacional.

Esta variedad de información llega a dificultar el conocimiento real del compromiso que las organizaciones hospitalarias mantienen con la sostenibilidad. Y más aún, resulta harto complicado establecer estudios de *benchmarking* sobre sus desempeños.

En consecuencia, y obviando el tradicional triple desempeño para el que ya existen estándares de *reporting*, como hipótesis general de esta investigación se considera necesario un marco de referencia común para desarrollar la comunicación de los aspectos específicos de la RSC hospitalaria.

Para alcanzar esta hipótesis general, se estima conveniente formular una serie de hipótesis específicas:

H1.- La definición de los aspectos específicos de la RSC hospitalaria, incluidos en un marco de referencia, ayudaría a las organizaciones sanitarias a saber qué

información deben ofrecer a sus grupos de interés acerca de su responsabilidad social, porque el marco de referencia debe contener los aspectos o temas relativos a la gestión de las organizaciones hospitalarias que produzcan cualquier tipo de impacto – ya sea positivo, negativo, directo o indirecto – en sus *stakeholders*. Esta hipótesis se relaciona directamente con los Objetivos Específicos O1, O2, O4, O5 y O6.

H2.- Un marco de referencia específico para comunicar los aspectos específicos de la RSC hospitalaria puede facilitar la utilización de un lenguaje común a las organizaciones sanitarias, lo que redundaría en beneficio de sus grupos de interés y de la sociedad en general, al facilitar el entendimiento y la comprensión con claridad de la información que ofrecen los hospitales sobre su responsabilidad social. Esta hipótesis se relaciona directamente con los Objetivos Específicos O1, O2, O3, O4, O5 y O6.

H3.- La utilización de un lenguaje común para reportar la gestión socialmente responsable de las organizaciones hospitalarias permitiría a sus *stakeholders* conocer, comprender y comparar sus desempeños en ejercicios diferentes y con otras organizaciones de su sector, porque el lenguaje común permite a los grupos de interés identificar con claridad y exactitud el grado de desempeño y los compromisos establecidos de cada organización hospitalaria, favoreciendo análisis comparativos entre distintos ejercicios de una misma organización y entre distintos hospitales. En consecuencia, se dota a los grupos de interés de información suficiente y relevante para que, en caso necesario, puedan desarrollar un proceso de toma de decisiones basado en datos medibles y cuantificables. Esta hipótesis se relaciona directamente con los Objetivos Específicos O1, O2, O3, O6 y O7.

H4.- Una información estandarizada y comprensible para los grupos de interés de las organizaciones hospitalarias puede contribuir a mejorar su reputación corporativa, convirtiendo a la comunicación en una línea estratégica de la RSC hospitalaria. Esta hipótesis se relaciona directamente con los Objetivos Específicos O1, O2 y O7.

Definida la hipótesis general de esta investigación, el objetivo general de este estudio es desarrollar un marco de referencia para comunicar los aspectos específicos de la RSC hospitalaria utilizando un lenguaje común.

Este objetivo general se concreta en siete objetivos específicos, que se corresponden con las hipótesis específicas anteriormente descritas:

O1.- Analizar la literatura científica existente relacionada con la responsabilidad social corporativa y la comunicación, y su aplicación al ámbito hospitalario. (H1, H2, H3 y H4).

O2.- Sintetizar las recomendaciones que, en materia de comunicación de RSC, ofrecen las instituciones públicas y otros organismos. (H1, H2, H3 y H4).

O3.- Describir los principios que deben orientar la comunicación de la gestión de la responsabilidad social corporativa. (H2 y H3).

O4.- Definir los aspectos específicos de la RSC hospitalaria. (H1 y H2).

O5.- Identificar aquéllos que deben ser abordados a la hora de desarrollar el proceso comunicativo de la RSC hospitalaria. (H1 y H2).

O6.- Analizar cualitativamente los asuntos específicos del ámbito hospitalario previamente identificados. (H1, H2 y H3).

O7.- Sistematizar la comunicación socialmente responsable de los aspectos específicos de las organizaciones hospitalarias. (H3 y H4).

### ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN

Con el fin de cumplir los objetivos propuestos y alcanzar, por tanto, las hipótesis planteadas, la investigación abordará, en primer lugar, una aproximación a la comunicación de la responsabilidad social corporativa. Así, el capítulo 1 se organizará en dos partes:

- Una primera centrada en la RSC, en la que se ofrecerá un mapa introductorio a las cuestiones más relevantes de esta materia, comenzando por analizar los distintos conceptos de la RSC a lo largo de la historia, a partir de los que realizar una aportación propia a la definición de la materia; continuando por repasar los principios inspiradores de la RSC – Pacto Mundial de Naciones Unidas (2000), Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas (AECA, 2004), Organización Internacional para la Estandarización (ISO, 2010) y Observatorio de Responsabilidad Social Corporativa (2014) -; y finalizando con los considerados como ejes centrales de la RSC: la gestión de las partes interesadas y la materialidad.

- La segunda parte del capítulo 1 tratará de definir lo que a lo largo de la tesis se ha denominado como comunicación socialmente responsable, estableciendo su valor estratégico en el seno de las organizaciones y contemplando la necesidad de estandarizar la información de RSC que se comunica, como un requerimiento para cumplir con el principio de transparencia que demandan los diferentes grupos de interés a las organizaciones.

El capítulo 2 se enfocará en la responsabilidad social corporativa en el ámbito hospitalario, organizándose en tres partes:

- La primera repasará la estructura del sistema hospitalario en España y sus distintas fórmulas de gestión.
- Atendiendo a lo establecido por la Ley General de la Sanidad (1986) con respecto a la actividad desarrollada por las organizaciones hospitalarias – esto es, actividad asistencial y actividad no asistencial -, la segunda parte tratará de explicar, por una parte, cuáles son los destinatarios de dicha actividad, es decir, sus grupos de interés; y qué impactos genera con su actividad, así como los riesgos y retos específicos de estas organizaciones, es decir, su materialidad.
- Finalmente, la tercera parte de este capítulo establecerá la relación entre la gestión y comunicación socialmente responsable de las organizaciones hospitalarias y la Agenda 2030 de Naciones Unidas, sugiriendo la oportunidad de que los ODS se puedan convertir en un marco general para definir sus estrategias de sostenibilidad y, por tanto, su comunicación.

Una vez establecido el marco teórico, el capítulo 3 dará un paso más en la investigación:

- En primer lugar, exponiendo el valor estratégico de la comunicación de la RSC en el ámbito hospitalario.
- Y, en segundo lugar, analizando la importancia que estas organizaciones conceden a la comunicación socialmente responsable, a través del estudio

de las páginas web de una muestra representativa de hospitales, utilizando inicialmente la técnica probabilística de Muestreo Sistemático (MS), para terminar utilizando – debido a la importante casuística encontrada a lo largo del universo - una muestra por conveniencia.

Este análisis servirá de base para iniciar la parte empírica de esta investigación, que se desarrollará a lo largo del capítulo 4 en dos fases:

- A través de una metodología cuantitativa, la primera consistirá en dirigir encuestas online a la misma muestra representativa anterior, con el objetivo de poder obtener una identificación consensuada de los asuntos materiales específicos de la RSC hospitalaria.
- Los resultados obtenidos serán utilizados como marco conceptual y evidencias iniciales en las que desarrollar el debate en la segunda fase por un grupo Delphi, integrado por profesionales del mundo académico, gestión hospitalaria, comunicación de la salud y estandarización de la información.

El capítulo 5 expondrá y analizará los resultados obtenidos tras la fase de verificación.

Y finalmente, el capítulo 6 establecerá las conclusiones definitivas a la luz de los resultados anteriores y su relación con los objetivos e hipótesis planteadas al inicio de la investigación, para llegar al desarrollo de un marco de referencia que permita comunicar los aspectos específicos de la RSC hospitalaria utilizando un lenguaje común, a partir de la estandarización de la comunicación socialmente responsable de las organizaciones hospitalarias.

# **I – COMUNICACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA**

---

## I - COMUNICACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA

En los últimos años, tanto la comunicación como la responsabilidad social corporativa han adquirido un mayor protagonismo en el seno de las organizaciones, hasta el punto de llegar a integrarse en la estrategia corporativa. Motivo por el cual, en este primer capítulo, se analizará el fenómeno de la RSC desde una perspectiva conceptual, así como la manera en la que las organizaciones suelen comunicarla.

### 1.1. INTRODUCCIÓN A LA RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA

Los comienzos de la responsabilidad social corporativa se remontan a los años 50 del siglo XX en Estados Unidos, cuando se define por primera vez este concepto (Bowen, 1953). Este punto de partida da lugar, en la década de los 60, a un mayor desarrollo de la conceptualización del término teniendo como denominador común la idea subyacente de que la RSC excede el, hasta entonces, objetivo último de las empresas de lograr el máximo beneficio económico posible, atendiendo al binomio empresa-sociedad, cuya relación comienza a ser aceptada en el ámbito académico.

El concepto de responsabilidad social corporativa incorpora el principio de voluntariedad en los años 70, estableciéndose como una actividad que va más allá del mero cumplimiento del marco normativo y legal. Además, amplía su concepto especificando los ámbitos de esta responsabilidad, que, con el tiempo, se focalizarán en económica, ambiental y social.

En los años 80, el enfoque se centra en otros elementos relacionados con la RSC, como las partes interesadas a través de Freeman (1984) y su Teoría de los *Stakeholders*, que adquiere su auge en los años 90, originando un nuevo concepto de empresa más plural, preocupada por conseguir la satisfacción de todos sus grupos de interés y no únicamente de sus accionistas.

Con la entrada en el siglo XXI, la responsabilidad social corporativa es considerada como uno de los principales valores intangibles de las organizaciones, caracterizándose por ser transversal a todas las áreas de la organización - ya que



los impactos de todas las políticas de la compañía comienzan y terminan en el área de la RSC - y por ser susceptible de medición.

### 1.1.1. Aproximación a un concepto de responsabilidad social corporativa

Desde mediados del siglo XX, numerosos autores han formulado definiciones del concepto de la responsabilidad social corporativa, dando lugar así a múltiples proposiciones que tratan de esclarecer las características intrínsecas de este concepto que, aun considerándose como un intangible, destaca por su cualidad de ser medible.

De esta manera, el concepto ha evolucionado de una perspectiva meramente económica, como la ofrecida por Friedman (1962) para quien el único objetivo de la empresa es maximizar el beneficio, a posiciones más amplias donde se empiezan a incluir como fines de las organizaciones empresariales los propios objetivos y valores del entorno cercano. Así lo hace Bowen (1953), al definirla como “las obligaciones de los hombres de negocios de perseguir políticas de actuación, tomar decisiones y adoptar líneas de actuación deseables en términos de los objetivos y valores de la sociedad (p. 6), o Davis (1960) señalando la responsabilidad social como “businessmen’s decisions and action taken for reasons at least finally beyond’s the firm’s direct economic or technical interest” (p. 70). También comienza a observarse el principio de voluntariedad asociado a la responsabilidad social corporativa:

La idea de que las empresas tienen una obligación con los grupos que constituyen la sociedad, más allá de los accionistas y lo establecido por ley y por contrato. Dos facetas de esta definición son críticas. Primero, que la obligación debe ser adoptada voluntariamente; el comportamiento influenciado por las fuerzas coercitivas de ley o los contratos sindicales, no es voluntario. Segundo, la obligación se extiende más allá del deber con los accionistas para ampliarse a otros grupos sociales como clientes, empleados, proveedores y comunidades cercanas. (Jones, 1980, citado en Barrio Fraile, 2016, p. 72)

En consecuencia, y sobre todo a partir del desarrollo de diferentes elementos asociados a la responsabilidad social corporativa – como las partes interesadas, con la Teoría de los *Stakeholders* (Freeman, 1984) - los conceptos de grupos de interés y

de ética empresarial comienzan a adquirir relevancia en el seno de las definiciones de la responsabilidad social que continuarán enunciándose, hasta llegar a su desarrollo conceptual con autores como Carroll quien, en 1991, presenta un novedoso enfoque del término aunando las opiniones de la comunidad académica. Carroll establece que la responsabilidad social está integrada por cuatro dimensiones, dependientes entre sí, que deben ser conseguidas integralmente:

- 1) Responsabilidad Económica: por la que las organizaciones deben buscar la máxima rentabilidad y el máximo beneficio a través de la producción y comercialización de sus bienes o servicios, satisfaciendo las necesidades de sus clientes.
- 2) Responsabilidad Legal: por la que las organizaciones alcanzan sus objetivos económicos respetando la legislación vigente (internacional, nacional y local) que aplique al mercado y la sociedad de la que forma parte.
- 3) Responsabilidad Ética: por la que las organizaciones se comportan respetando los códigos éticos y los principios morales que rigen la sociedad de la que forman parte, y no los comprometen para lograr sus propios objetivos.
- 4) Responsabilidad Filantrópica: por la que las organizaciones se implican de manera voluntaria y comprometiendo recursos en las actividades que supongan una mejora de la sociedad de la que forman parte.

Estas cuatro dimensiones conforman la denominada “Pirámide de la Responsabilidad Social Corporativa” de Carroll:

Figura 1 Pirámide de la Responsabilidad Social de Carroll



Fuente: Carroll (1991)

Estas dimensiones de la responsabilidad social corporativa se han integrado – total o parcialmente - en las sucesivas conceptualizaciones del término:

Corporate Social Responsibility (CSR) emerges where law ends, and not only represents an aspiration of a good image or profit optimization but also a transparent style of resource management that guarantees results (economic, political, social, environmental, among others) expected, following the economic principle of mutual benefit, the legal principle of respect for the rights of others (individual and collective), and the ethical principle of preservation of non-renewable natural resources, the heritage of future generations. (Meseguer-Sánchez, Gálvez-Sánchez, López-Martínez y Molina-Moreno, 2021, p. 2)

Por su parte, distintos organismos nacionales e internacionales también han aportado su visión sobre la responsabilidad social corporativa, integrando las cuatro dimensiones de Carroll.

Tal es el caso de la Comisión Europea, a través de su Libro Verde (2001) y su Estrategia renovada de la UE para 2011-2014 sobre la responsabilidad social de las empresas (2011):

(...) la integración voluntaria, por parte de las empresas, de las preocupaciones sociales y medioambientales en sus operaciones comerciales y sus relaciones con sus interlocutores. Ser socialmente responsable no significa solamente cumplir plenamente las obligaciones jurídicas, sino también ir más allá de su cumplimiento invirtiendo «más» en el capital humano, el entorno y las relaciones con los interlocutores. (Comisión Europea, 2001, p. 7)

El respeto de la legislación aplicable y de los convenios colectivos entre los interlocutores sociales es un requisito previo al cumplimiento de dicha responsabilidad. Para asumir plenamente su responsabilidad social, las empresas deben aplicar, en estrecha colaboración con las partes interesadas, un proceso destinado a integrar las preocupaciones sociales, medioambientales y éticas, el respeto de los derechos humanos y las preocupaciones de los consumidores en sus operaciones empresariales y su estrategia básica, a fin de: – maximizar la creación de valor compartido para sus propietarios/accionistas y para las demás partes interesadas y la sociedad en sentido amplio; – identificar, prevenir y atenuar sus posibles consecuencias adversas. (Comisión Europea, 2011, p. 7)

El Banco Mundial se pronuncia en la misma línea, aportando la idea de la contribución a un desarrollo económico sostenible:

Según el Banco Mundial, la Responsabilidad Social Corporativa es el compromiso del negocio a contribuir al desarrollo económico sustentable, trabajando con los empleados, sus familias, la comunidad local y toda la sociedad en conjunto para mejorar la calidad de vida, de manera que sea bueno tanto para el negocio como para el desarrollo de las personas y el medio ambiente. (Puentes Poyatos, Antequera Solís, Velasco Gámez, 2008, p. 6)

Siguiendo el mismo trasfondo, la Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas (AECA) añade además el concepto de la competitividad como una ventaja que aporta la RSC:

RSC es el compromiso voluntario de las empresas con el desarrollo de la sociedad y la preservación del medioambiente, desde su compromiso social y su comportamiento responsable hacia las empresas y grupos sociales con quienes se interactúa. (...) centra su atención en la satisfacción de las necesidades de los grupos de interés a través de determinadas estrategias, cuyos resultados han de ser medidos, verificados y comunicados adecuadamente. La RSC va más allá del mero cumplimiento de la normativa legal establecida y de la obtención de resultados exclusivamente económicos a corto plazo. Supone un planteamiento de tipo estratégico que afecta a la toma de decisiones y a las operaciones de toda la organización, creando valor en el largo plazo y contribuyendo significativamente a la obtención de ventajas competitivas duraderas. (Lizcano y Moneva, 2004, p. 32)

Por su parte, la Organización Internacional para la Estandarización (ISO), en su norma internacional *ISO 26000. Guía de responsabilidad social* incide en la ética y la transparencia:

Responsabilidad de una organización ante los impactos que sus decisiones y actividades ocasionan en la sociedad y el medio ambiente, mediante un comportamiento ético y transparente que: contribuya al desarrollo sostenible, incluyendo la salud y el bienestar de la sociedad; tome en consideración las expectativas de sus partes interesadas; cumpla con la legislación aplicable y sea coherente con la normativa internacional de comportamiento; y esté integrada en toda la organización y se lleve a la práctica en sus relaciones. (Organización Internacional para la Estandarización ISO, 2010)

El Ministerio de Empleo y Seguridad Social del Gobierno de España en su *Estrategia Española de Responsabilidad Social de las Empresas (2015)* incide, al igual que los organismos anteriores en el carácter voluntario de la RSC:

La responsabilidad social de la empresa es, además del cumplimiento estricto de las obligaciones legales vigentes, la integración voluntaria por parte de la empresa, en su gobierno y gestión, en su estrategia, políticas y procedimientos, de las preocupaciones sociales, laborales, ambientales y de respeto a los derechos humanos que surgen de la relación y el diálogo transparentes con sus grupos de interés, responsabilizándose así de las

consecuencias y de los impactos que derivan de sus acciones. (Informe de la Subcomisión Parlamentaria para promover la RSE, citado en Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2015, p. 6)

Por su parte, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en sus Líneas Directrices para Multinacionales, a pesar de no establecer una definición en sí misma de la responsabilidad social, ofrece como un hecho innegable la conexión entre el desarrollo sostenible y un progreso en la triple cuenta de resultados de cualquier organización:

No debe haber contradicción alguna entre las actividades de las empresas multinacionales y el desarrollo sostenible. Precisamente esta complementariedad es la que las Directrices tratan de favorecer. De hecho, es fundamental que existan lazos entre los progresos económico, social y medioambiental para alcanzar el objetivo del desarrollo sostenible. (OCDE, 2013, p. 24)

En realidad, lo que la OCDE plantea en sus Líneas Directrices para Multinacionales son principios y normas no vinculantes que rijan una conducta responsable de las empresas multinacionales en el contexto global, conforme al marco jurídico de aplicación e internacional. Las recomendaciones que aparecen integradas en las Directrices pretenden “promover la contribución positiva de estas empresas al progreso económico, medioambiental y social en todo el mundo” (OCDE, 2013, p. 3).

De igual manera sucede con otros organismos internacionales, que sin conceptualizar el término responsabilidad social, definen una serie de principios y recomendaciones con la finalidad de fomentar voluntariamente la gestión socialmente responsable entre las organizaciones empresariales y su contribución al desarrollo sostenible. Así sucede con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que en 2000 promulga el Pacto Mundial de Naciones Unidas (Global Compact):

El Pacto Mundial de la ONU es la iniciativa por la sostenibilidad corporativa más grande del mundo, está sustentado por las Naciones Unidas y comprende los principios y valores de la Organización. (...) es un llamamiento a las empresas para que incorporen 10 principios universales relacionados con los derechos humanos, el trabajo, el medio ambiente y la lucha contra la

corrupción en sus estrategias y operaciones, así como para que actúen de forma que avancen los objetivos sociales y la implementación de los ODS. (Kingo, 2019)

En definitiva, a la luz de lo anterior se comprueba que, aun no existiendo una única definición generalmente aceptada del término responsabilidad social, sí existe un consenso al entenderla como una manera de gestionar la organización, totalmente voluntaria, que permite la minimización de los impactos negativos y la potenciación de los impactos positivos generados por el desempeño de su actividad en su entorno más cercano, tratando de satisfacer las necesidades y expectativas de sus *stakeholders* o grupos de interés, contribuyendo al desarrollo sostenible a través del desempeño de su triple cuenta de resultados (económica, social y medioambiental), yendo más allá del mero cumplimiento de la ley.

### 1.1.2. Principios inspiradores de la RSC

El repaso a las diferentes definiciones enunciadas desde mediados del siglo XX, realizado en el anterior apartado, vislumbra una serie de elementos comunes de obligada adopción por aquellas organizaciones que opten por implementar una gestión socialmente responsable. Son los denominados principios de la responsabilidad social corporativa, que, al igual que sucede con su desarrollo conceptual, existe, por parte de los organismos que los formulan, gran consenso en el fondo y menos en la forma.

#### **Pacto Mundial de Naciones Unidas**

El Pacto Mundial de Naciones Unidas, como la mayor iniciativa voluntaria de responsabilidad social, promulga en el año 2000 los Diez Principios del Pacto Mundial basados en Declaraciones y Convenciones Universales – Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), Declaración de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Principios Fundamentales y Derechos Laborales (1998), Declaración de Río sobre Medio Ambiente y Desarrollo (1992), y la Convención de Naciones Unidas sobre la Corrupción (2004) –, otorgándoles consenso universal y con el objetivo de que sean incorporados a la estrategia y a las actividades organizacionales de todo el mundo.

Relacionados con las áreas de derechos humanos, trabajo, medio ambiente y anticorrupción, los Diez Principios son los siguientes:

## A. DERECHOS HUMANOS

**Principio 1.-** *“Las empresas deben apoyar y respetar la protección de los derechos humanos fundamentales, reconocidos internacionalmente, dentro de su ámbito de influencia”.*

Es decir, las organizaciones empresariales tienen la responsabilidad de hacer que se respeten los derechos humanos tanto en los lugares de trabajo como en su esfera de influencia más amplia. De manera que, aplicando el enfoque a derechos humanos en el desempeño de sus actividades, entre otras cuestiones, deben informar a los consumidores sobre el origen de los productos/servicios que consumen/utilizan y sobre las condiciones en que éstos se fabrican/prestan; promover buenas prácticas en derechos humanos en su cadena de valor; potenciar el talento y la carrera profesional de su personal; vigilar que la actividad desarrollada en sus centros se realice bajo criterios de seguridad y prevención de riesgos laborales.

**Principio 2.-** *“Las empresas deben asegurarse de que sus empresas no son cómplices en la vulneración de los Derechos Humanos”.*

Es decir, las organizaciones empresariales deben evitar la complicidad con otras empresas que formen parte de su cadena de suministro en el abuso de los derechos humanos, que suele ser particularmente alto en países con gobiernos débiles o en los que la vulneración de los derechos humanos está generalizada.

## B. TRABAJO

**Principio 3.-** *“Las empresas deben apoyar la libertad de afiliación y el reconocimiento efectivo del derecho a la negociación colectiva”.*

Es decir, las direcciones de las organizaciones empresariales deben respetar el derecho de afiliación de un empleado y no desarrollar prácticas discriminatorias por dicha razón; permitir que los problemas en los centros



de trabajo se discutan libremente entre empresarios, sindicatos y representantes de los trabajadores, con el fin de alcanzar acuerdos conjuntamente aceptados; y respetar que los trabajadores (así como las propias empresas) puedan ejercer su derecho a defender sus intereses económicos y sociales.

**Principio 4.-** *“Las empresas deben apoyar la eliminación de toda forma de trabajo forzoso o realizado bajo coacción”.*

Es decir, las organizaciones empresariales deben ofrecer el trabajo con la misma libertad con la que un empleado lo acepta o decide rechazarlo, y deben conocer todas las formas y causas por las que se produce el trabajo forzoso, así como las modalidades que adopta en cada sector profesional: trabajo obligado para devolución de deudas; trabajo infantil en condiciones particularmente abusivas en las que los niños no tienen elección sobre el trabajo; trabajo o prestación de servicios por parte de presos si son contratados y puestos a disposición de individuos particulares, empresas o asociaciones de forma involuntaria y sin supervisión de autoridades públicas; y prácticas cercanas a la explotación, como la obligación de trabajar más horas de las legales o la retención de depósitos (financieros o documentos personales) a cambio de empleo.

**Principio 5.-** *“Las empresas deben apoyar la erradicación del trabajo infantil”.*

Es decir, las organizaciones empresariales deben abolir el trabajo infantil dentro de su esfera de influencia. Ahora bien, la complejidad de la problemática del trabajo infantil es tal, que desde el Pacto Mundial se aboga por que las empresas aborden la cuestión de una forma delicada y no tomen medidas que puedan dejar a los niños en manos de modalidades de explotación aún más peligrosas. Por tanto, no deben utilizar mano de obra infantil bajo modalidades socialmente inaceptables y que puedan contribuir a que los niños pierdan oportunidades de educación.

**Principio 6.-** *“Las empresas deben apoyar la abolición de las prácticas de discriminación en el empleo y la ocupación”.*

Es decir, las organizaciones empresariales deben impedir que se produzcan situaciones de discriminación en el acceso al empleo y a determinadas ocupaciones, a la formación y a la orientación profesional.

Para lo que es importante tanto conocer los distintos motivos de discriminación – edad, género, discapacidad, etnia, etc. –, como establecer cláusulas y condiciones de igualdad de oportunidades en los contratos de empleo (igualdad en la remuneración, número de horas de trabajo y descanso establecidas, vacaciones pagadas, medidas de conciliación de la vida laboral, personal y familiar, política de ascensos, etc.).

### C. MEDIO AMBIENTE

**Principio 7.-** *“Las empresas deberán mantener un enfoque preventivo que favorezca el medio ambiente”.*

Es decir, las organizaciones empresariales deben adoptar medidas, incluso antes de disponer de pruebas científicamente contrastadas, para evitar perjudicar a los recursos naturales o a la sociedad. Desde un enfoque empresarial, se trata de prevenir en lugar de curar, bajo las premisas de que aunque la puesta en marcha de medidas preventivas puede suponer un gasto adicional, los costes por los daños causados sin ellas pueden ser mucho más gravosos; la inversión en métodos de producción no sostenibles produce una rentabilidad menor a largo plazo que la inversión en instalaciones sostenibles; y la investigación y el desarrollo en productos respetuosos con el medio ambiente pueden producir considerables beneficios a largo plazo.

**Principio 8.-** *“Las empresas deben fomentar las iniciativas que promuevan una mayor responsabilidad ambiental”.*

Es decir, las organizaciones empresariales deben cumplir las directrices generales establecidas por la Agenda 21 en Gestión Responsable y Prevención y Responsabilidad, teniendo en cuenta, además, que: la aplicación de una producción más limpia y ecológica conduce a una mejora en la productividad de los recursos y a una mejor imagen de la empresa; los nuevos instrumentos económicos (impuestos, cargas, permisos comerciales) recompensan a las empresas que actúan con conciencia ecológica; ante el endurecimiento de las regulaciones de protección medioambiental, las aseguradoras optan por asegurar a empresas ecológicas que plantean un riesgo inferior; los empleados prefieren trabajar

en una empresa ecológicamente responsable, que también ofrece medidas de higiene y seguridad en el trabajo; y los clientes demandan productos más limpios ante la certeza de que la contaminación medioambiental constituye una amenaza para la salud humana.

**Principio 9.-** *“Las empresas deben favorecer el desarrollo y la difusión de las tecnologías respetuosas con el medioambiente”.*

Es decir, las organizaciones empresariales deben desarrollar tecnologías medioambientalmente saludables y contribuir a su desarrollo y su difusión, entendiendo por ello lo establecido por la Agenda 21: aquellas que "protegen el medio ambiente, contaminan menos, utilizan los recursos de una forma sostenible, reciclan más sus vertidos y productos y manejan los residuos de una manera más aceptable que las tecnologías a las cuales sustituyen. No se trata de tecnologías meramente individuales sino de sistemas integrales que incluyen know-how, procedimientos, productos y servicios y equipos, así como procesos que mejoran la organización y la gestión medioambiental."

#### D. LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN

**Principio 10.-** *“Las empresas deben trabajar contra la corrupción en todas sus formas, incluidas extorsión y soborno”.*

Es decir, atendiendo a la definición que realiza la ONU sobre la corrupción – “La corrupción es el abuso de poder para obtener ganancias privadas” -, las organizaciones empresariales deben, por una parte, evitar el soborno, la extorsión y otras formas de corrupción; y por otra, desarrollar políticas y programas concretos que aborden el tema de la corrupción, con el objetivo de lograr, entre todos, una economía más transparente.

#### **Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas (AECA)**

Ante los nuevos replanteamientos acerca de las responsabilidades de las empresas, tras los escándalos financieros de grandes compañías, la Comisión de RSC de la Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas (AECA) desarrolla en 2004 el Marco Conceptual de este nuevo modelo de gestión

empresarial que es la responsabilidad social corporativa, donde propone los siguientes principios de la RSC:

**Principio de Transparencia.** - Como elemento básico inherente a la responsabilidad social corporativa, las organizaciones socialmente responsables deben garantizar a todos sus grupos de interés el acceso a la información sobre su comportamiento social, basado en valores, principios éticos y códigos de conducta.

**Principio de Materialidad.** - Las organizaciones socialmente responsables deben tomar en consideración las necesidades y expectativas de sus *stakeholders* para integrarlas en los procesos internos de toma de decisiones, abarcando, transversalmente, todas las áreas de la organización, sus actividades, sus impactos tanto positivos y negativos como directos e indirectos y las dimensiones de la RSC (económica, ambiental y social).

**Principio de Verificabilidad.** - Las organizaciones socialmente responsables deben someter sus acciones de RSC a una verificación externa e independiente que permita contrastar la veracidad de las mismas. Este principio, junto con el de transparencia, son fundamentales para lograr la credibilidad y la confianza de las partes interesadas.

**Principio de Visión Amplia.** - Las organizaciones socialmente responsables deben enfocar su estrategia de responsabilidad social corporativa en un contexto de sostenibilidad lo más amplio posible, considerando por una parte sus impactos en el entorno - a nivel local, regional, nacional e internacional - y por otra, sus impactos económicos - microeconómicos y macroeconómicos -. Este principio enlaza directamente con la definición de desarrollo sostenible que formuló la Comisión Brundtland en 1987: "Sustainable development is development that meets the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs" (p. 43).

**Principio de Mejora Continua.** - Las organizaciones socialmente responsables deben fijar objetivos a largo plazo a través de una gestión basada en la autoevaluación para mantener y potenciar los puntos fuertes e identificar las áreas de mejora sobre las que actuar. El objetivo final es la pervivencia de la organización en el tiempo.

**Principio de Naturaleza Social de la Organización.** - Las organizaciones socialmente responsables sitúan al ser humano en el centro sobre el que gira toda la organización, entendiéndolo como ente individual y social, y origen y fin de la propia organización, y, en consecuencia, haciendo valer su naturaleza social por encima de cualquier otra consideración económica o técnica.

### **Organización Internacional para la Estandarización (ISO)**

En el año 2010, la Organización Internacional para la Estandarización (ISO) desarrolla la guía de recomendaciones *ISO 26000* con el objetivo de fomentar que las organizaciones guíen su actuación más allá del cumplimiento legal, reconociendo que dicho cumplimiento es una obligación fundamental para cualquier organización y una parte esencial de su responsabilidad social. Con un enfoque holístico, *ISO 26000* ofrece una orientación integral para que las organizaciones conduzcan sus actividades de RSC, mediante la definición de las materias y los principios de la RSC. Así, define siete principios:

**Principio de Rendición de Cuentas.** - Las organizaciones socialmente responsables deben responder, por una parte, por los impactos de sus decisiones y de sus actividades en la sociedad, la economía y el medio ambiente, especialmente por las consecuencias negativas significativas; y por otra, por las acciones adoptadas y desarrolladas para prevenir la reiteración de impactos negativos involuntarios e imprevistos.

**Principio de Transparencia.** - Las organizaciones socialmente responsables deben revelar de forma clara, precisa y completa y en un grado razonable y suficiente la información sobre las políticas, decisiones y actividades de las que son responsables, incluyendo sus impactos conocidos y probables sobre la sociedad y el medio ambiente. Esta información debe estar fácilmente disponible y ser accesible y entendible para aquellos grupos de interés que se han visto o podrían verse afectados de manera significativa por la organización.

**Principio de Comportamiento Ético.** - Las organizaciones socialmente responsables deben basar su comportamiento en los valores de la honestidad, equidad e integridad, porque estos valores implican la preocupación por las personas, los animales y el medio ambiente, además de un compromiso de

abordar el impacto de sus actividades y decisiones en los intereses de las partes interesadas.

**Principio de Respeto a los Intereses de las Partes Interesadas.** - Las organizaciones socialmente responsables deben respetar, tomar en consideración y responder a las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, que, previamente, debe haber identificado y con los que debe mantener, de manera continua, un diálogo sistematizado.

**Principio de Legalidad.** - Las organizaciones socialmente responsables deben aceptar y respetar la supremacía del derecho, teniendo en cuenta que todo individuo, organización y gobierno está sujeto a la ley, por lo que el respeto a este principio es obligatorio.

**Principio de Normativa Internacional de Comportamiento.** - Al igual que con el Principio anterior, las organizaciones socialmente responsables deben respetar la normativa internacional, especialmente, cuando sucedan situaciones en las que la ley nacional entre en conflicto con la ley internacional, y el hecho de no cumplir con esta última implique consecuencias negativas.

**Principio de Respeto a los Derechos Humanos.** - Las organizaciones socialmente responsables deben respetar los derechos humanos y, además, reconocer tanto su importancia como su universalidad, actuando en consecuencia.

### **Observatorio de RSC**

La organización sin ánimo de lucro Observatorio de Responsabilidad Social Corporativa (Observatorio de RSC) trabaja desde su nacimiento en el año 2004 para que la implantación de la RSC en las organizaciones sea efectiva y no un mero instrumento de reputación corporativa. Así, diez años más tarde, publica el documento *Introducción a la Responsabilidad Social Corporativa*, donde propone los siguientes principios de la RSC:

**Principio 1.-** “La RSC incluye el **cumplimiento de la legislación nacional vigente y especialmente de las normas internacionales** en vigor (OIT, Declaración Universal de los Derechos Humanos, Normas de Naciones Unidas sobre Responsabilidades de las Empresas Transnacionales y otras

Empresas Comerciales en la esfera de los Derechos Humanos, Líneas Directrices de la OCDE para Empresas Multinacionales)”.

Las organizaciones socialmente responsables deben cumplir con la legalidad vigente que les sea de aplicación, tanto a nivel nacional como a nivel internacional. Este Principio viene a remarcar nuevamente la obligatoriedad de que las organizaciones cumplan la ley, como paso imprescindible y previo al desarrollo de la RSC.

**Principio 2.-** “La RSC es de **carácter global**, es decir afecta a todas las áreas de negocio de la empresa y sus participadas, así como a todas las áreas geográficas en donde desarrollen su actividad. Afecta, por tanto, a toda la cadena de valor necesaria para el desarrollo de la actividad, prestación del servicio o producción del bien”.

Las organizaciones socialmente responsables implementan la responsabilidad social corporativa de una manera transversal a todas sus áreas internas, haciéndola extensiva a su cadena de suministro y enfocándola hacia un amplio contexto de sostenibilidad.

**Principio 3.-** “La RSC **comporta compromisos éticos objetivos que se convierten de esta manera en obligación para quien los contrae**”.

Las organizaciones socialmente responsables asumen de manera voluntaria una serie de valores y principios éticos con los que se comprometen para adecuar su comportamiento. Ese compromiso se convierte en vinculante tanto para la organización como para todas las personas que la integran.

**Principio 4.-** “La RSC se manifiesta en los **impactos que genera la actividad empresarial en el ámbito social, medioambiental y económico**”.

Las organizaciones socialmente responsables identifican los impactos generados por el desempeño de su actividad en los tres ámbitos de la RSC: económico, ambiental y social. La gestión de los mismos irá enfocada a la potenciación de los impactos positivos y a la minimización de los negativos, siempre que no sea posible evitarlos.

**Principio 5.-** “La RSC se orienta a la **satisfacción e información de las expectativas y necesidades de los grupos de interés**”.

Las organizaciones socialmente responsables dialogan con sus *stakeholders* de manera continua y sistematizada, incorporan sus necesidades y expectativas a sus procesos de toma de decisiones y orientan su RSC a la satisfacción de estas demandas, actuando siempre de una manera transparente.

Tabla 1 Resumen de los Principios de la RSC

<b>PRINCIPIOS DE LA RSC</b>			
<b>PACTO MUNDIAL DE NACIONES UNIDAS (2000)</b>	<b>AECA (2004)</b>	<b>ISO 26000 (2010)</b>	<b>OBSERVATORIO DE RSC (2014)</b>
“Las empresas deben apoyar y respetar la protección de los derechos humanos fundamentales, reconocidos internacionalmente, dentro de su ámbito de influencia”.	Transparencia	Rendición de cuentas	“La RSC incluye el cumplimiento de la legislación nacional vigente y especialmente de las normas internacionales en vigor”.
“Las empresas deben asegurarse de que sus empresas no son cómplices en la vulneración de los Derechos Humanos”.	Materialidad	Transparencia	“La RSC es de carácter global, es decir afecta a todas las áreas de negocio de la empresa y sus participantes, así como a todas las áreas geográficas en donde desarrollen su actividad. Afecta, por tanto, a toda la cadena de valor necesaria para el desarrollo de la actividad, prestación del servicio o producción del bien”.



“Las empresas deben apoyar la libertad de afiliación y el reconocimiento efectivo del derecho a la negociación colectiva”.	Verificabilidad	Comportamiento Ético	“La RSC comporta compromisos éticos objetivos que se convierten de esta manera en obligación para quien los contrae”.
“Las empresas deben apoyar la eliminación de toda forma de trabajo forzoso o realizado bajo coacción”.	Visión Amplia	Respeto a los intereses de las Partes Internacionales	“La RSC se manifiesta en los impactos que genera la actividad empresarial en el ámbito social, medioambiental y económico”.
“Las empresas deben apoyar la erradicación de trabajo infantil”.	Mejora Continua	Legalidad	“La RSC se orienta a la satisfacción e información de las expectativas y necesidades de los grupos de interés”.
“Las empresas deben apoyar la abolición de las prácticas de discriminación en el empleo y la ocupación”.	Naturaleza Social de la Organización	Normativa Internacional de Comportamiento	
“Las empresas deberán mantener un enfoque preventivo que favorezca el medioambiente”.		Respeto a los Derechos Humanos	
“Las empresas deben fomentar las iniciativas que promuevan una mayor responsabilidad ambiental”.			
“Las empresas deben favorecer el			

desarrollo y la difusión de las tecnologías respetuosas con el medioambiente".			
"Las empresas deben trabajar contra la corrupción en todas sus formas, incluidas extorsión y soborno".			

*Fuente: elaboración propia con base en datos de Pacto Mundial de Naciones Unidas, AECA, ISO*

En resumen, la AECA, ISO y el Observatorio de RSC coinciden en que la responsabilidad social corporativa sitúa al individuo - entendido de manera individual, grupal o social - en el centro de la estrategia de cualquier organización, por lo que, en consecuencia, sus derechos, sus necesidades, sus expectativas, sus demandas de información, etc. deben ser respetados y atendidos. En esa relación estrecha entre ambas partes, el individuo espera por parte de la organización un comportamiento acorde a una serie de valores y principios éticos encargados de guiar su conducta y la de su personal en todas las actividades y relaciones que desarrollen. Igualmente, el individuo espera que la organización sea transparente, pudiendo disponer de información accesible, clara y veraz sobre las actividades y decisiones adoptadas por la organización. Por tanto, ética y transparencia son identificadas por la AECA, ISO y el Observatorio de RSC como características inherentes a la responsabilidad social corporativa, coincidiendo también en su triple dimensión –económica, ambiental y social–, donde se producen los impactos de la organización al desempeñar su actividad, que deben ser gestionados atendiendo a un amplio contexto de sostenibilidad, incluyendo el entorno y los factores económicos. Por su parte, Pacto Mundial de Naciones Unidas integra todo lo anterior en sus Diez Principios de una manera más desglosada y, en algunas cuestiones, más específica, como en el caso de los cuatro Principios relativos al ámbito del trabajo.

### 1.1.3. La gestión de las partes interesadas y de la materialidad como ejes centrales de la responsabilidad social corporativa

Siguiendo lo establecido por los principios de la responsabilidad social corporativa, el individuo entendido como ser individual, grupal o social se convierte en el eje central en torno al cual gira todo el desempeño de cualquier organización al ser el receptor de todos los impactos generados por la empresa en el desarrollo de su actividad, ya sean impactos positivos, negativos, directos o indirectos. En consecuencia, sus necesidades, expectativas, demandas... pueden convertirse en condicionantes de la gestión organizacional.

Este enfoque emana de la Teoría de los *Stakeholders* de Freeman (1984), según la cual la empresa pasa de la búsqueda única y exclusiva de maximizar los beneficios para sus accionistas (Friedman, 1970), a tratar de satisfacer las necesidades y expectativas de “cualquier grupo o individuo que puede afectar o verse afectado por el logro de los objetivos de la empresa” (Freeman, 1984, p. 25), a través de sus políticas, decisiones, acciones, etc.

Las distintas definiciones sobre grupos de interés o *stakeholders* ofrecidas por diferentes autores, tal y como recoge González Masip (2018) en la siguiente tabla, giran en torno al mismo concepto establecido por Freeman:

Tabla 2 Definiciones del concepto Grupos de Interés

Autores	Definición de grupos de interés o <i>stakeholders</i>
Stanford Research Institute (1963), citado en Freeman y Reed (1983: 89)	“Aquellos grupos sin cuyo apoyo la organización podría dejar de existir”.
Rhenman (1968: 25)	El término grupo de interés “designa a los individuos o grupos que dependen de la empresa para la consecución de sus objetivos personales y de los cuales la empresa depende”.
Freeman y Reed (1983: 91)	“Cualquier grupo o individuo identificable que puede afectar a la consecución de los objetivos de una organización, o es afectado por la consecución de los objetivos de una organización”. (Definición amplia: incluye grupos afines y hostiles)

Freeman y Reed (1983: 91)	“Cualquier grupo o individuo identificable del cual la organización depende para su continua supervivencia”. (Definición ajustada: grupos en relación directa con la organización)
Freeman (1984: 46)	“Cualquier grupo o individuo que puede afectar o es afectado por la consecución de los objetivos por parte de una empresa”.
Clarkson (1994: 5), en Mitchell <i>et al.</i> (1997:858)	“[Grupos o personas que] tienen algún tipo de riesgo como resultado de haber invertido algún tipo de capital, humano o financiero, algo de valor, en una empresa o se ponen en riesgo como resultado de las actividades de la empresa”.
Clarkson (1995: 106)	“Personas o grupos que tienen, o reclaman, propiedad, derechos o intereses en una corporación o sus actividades, pasado, presente o futuro. Esos derechos o intereses reclamados son el resultado de transacciones con la empresa, o actuaciones de ésta, y pueden ser legales o morales, individuales o colectivas”.
Donaldson y Preston (1995: 67)	“Personas o grupos con intereses legítimos en aspectos procedimentales o sustanciales de la actividad de la empresa. [...] se identifican por su interés en la corporación, sin importar si la empresa a cambio presenta algún interés funcional en ellos. La importancia de estos grupos de interés es un valor intrínseco. Es decir, cada grupo merece consideración en sí mismo y no simplemente por su capacidad para promover los intereses de algún otro grupo, como los accionistas”.
Phillips (1999: 32)	“[Grupos o personas] que tienen algo en riesgo en la empresa”.
Garriga y Melé (2004: 59)	“Personas que afectan o son afectadas por las políticas y prácticas de las empresas”.
Garriga y Melé (2004: 60)	[Interpretando a Freeman (1984)] “Aquellos grupos que tienen un interés en o una demanda hacia la empresa (proveedores, clientes, empleados, accionistas y la comunidad local)”.

Fuente: González Masip, J. (2018)

Según varios autores (Post et al., 2002, citado en Gil Lafuente y Paula, 2011, p. 73), “los grupos de interés de una empresa son los individuos y colectivos que contribuyen, voluntaria o involuntariamente, a su capacidad y sus actividades de

creación de riqueza, y que, por lo tanto, son sus potenciales beneficiarios y/o portadores del riesgo". De manera que, desde esta perspectiva, "los *stakeholders* tienen el potencial de ayudar o dañar a la compañía" (Gibson, 2000, p. 245), positiva o negativamente, en su estrategia, en la consecución de sus objetivos o, incluso, en su reputación:

La participación constructiva de las partes interesadas en las empresas puede aumentar la confianza externa en sus intenciones y actividades, ayudando a mejorar la reputación corporativa y catalizar la difusión de prácticas más sostenibles en el sistema de empresa en general. (Elkington, citado en Gil Lafuente y Paula, 2011, pp. 73-74)

Una empresa que logre definir qué significa para ella ser socialmente responsable, cómo esto puede traducirse en sus acciones diarias y que sea capaz de satisfacer las expectativas de sus públicos conseguirá una buena reputación o lo que lo mismo, la valoración, el reconocimiento e, incluso, la confianza de sus stakeholders. (Villagra, et al., 2016, p. 135)

A tenor de las definiciones anteriores, es posible afirmar que los grupos de interés o *stakeholders* forman parte del *core* de la responsabilidad social corporativa, debido, precisamente, a su capacidad de afectar o de impactar en las políticas y estrategias de una organización. En consecuencia, resulta fundamental para la organización saber identificarlos, con la finalidad de establecer una relación de mutuo beneficio – *win to win* –, que responda a las necesidades y expectativas de las partes interesadas a la vez que permita a la organización un elevado posicionamiento en sostenibilidad.

Como se ha podido observar, la identificación de los grupos de interés no responde a una clasificación genérica preestablecida. Ciertamente, existe un consenso en la literatura científica a la hora de determinar como partes interesadas a accionistas, empleados, clientes, proveedores, comunidades locales, administración pública, organizaciones del tercer sector, medios de comunicación, competidores, grupos ecologistas, etc. Sin embargo, corresponde a cada organización identificarlos mediante un proceso propio, periódico y teniendo en cuenta que, con toda probabilidad, el resultado será diferente respecto a la identificación que realicen otras organizaciones, e incluso, a la que realice la propia compañía a posteriori. El motivo radica en que aquéllos grupos que se ven

afectados por la actividad de la organización y que, a su vez, afectan a la misma, dependen de múltiples factores, como la propia organización, la industria, la sociedad, la ubicación geográfica y el asunto que les incumba tanto a la organización como a las partes interesadas. (Gil Lafuente y Paula, 2011, p. 75).

Con la finalidad de poder desarrollar ese proceso identificativo, algunos autores han establecido clasificaciones donde adscribir a cada grupo de interés. Así, Freeman (1984) entiende que es posible clasificar a los *stakeholders* en internos y externos a la organización, siendo los grupos de interés internos aquéllos pertenecientes a la propia organización que tienen capacidad para generar cambios en la misma y con quienes es posible establecer relaciones fácilmente gestionables (accionistas, empleados, clientes y proveedores); y siendo los grupos de interés externos aquéllos que no pertenecen a la compañía, menos controlables y que también pueden generar cambios en la misma (Gobiernos, competidores, medios de comunicación, grupos ecologistas, etc.).

Basándose en Freeman, Clarkson (citado en González Masip, J., 2018, p. 51), establece otro criterio diferente por el que los grupos de interés pueden clasificarse como primarios o secundarios: los primarios son *stakeholders* que mantienen una elevada interdependencia con la organización, en la que participan de forma continuada y son considerados necesarios para la supervivencia de la misma (accionistas, empleados, clientes, proveedores, Gobiernos y comunidades reguladoras); los secundarios son *stakeholders* que no mantienen ninguna interdependencia con la organización, no participan de su actividad y no son necesarios para su supervivencia, aunque sí pueden afectar o influir en el funcionamiento de la organización (medios de comunicación, grupos políticos, etc.).

Más allá del ámbito académico, la firma de estándares y consultoría global en inversión socialmente responsable, AccountAbility, desarrolla la Serie 1000 de AccountAbility como marco de referencia que ofrece pautas para que cualquier organización establezca relación con sus *stakeholders* a la hora de abordar temas relevantes para ambas partes y que esta relación quede alineada con la estrategia principal de la organización. La Serie 1000 está integrada por tres normas:

- AA1000APS – Principios generales de la rendición de cuentas

- AA1000SES – Marco de referencia para la implicación de las partes interesadas
- AA1000AS – Requisitos para llevar a cabo el control de la sostenibilidad

Concretamente, la norma de referencia AA1000SES de Accountability (2015) recomienda que cada organización determine su propia metodología para identificar sistemáticamente a sus grupos de interés e insiste en la necesidad de definir el alcance del compromiso que se mantenga con cada uno. Para ello, establece, la organización puede tomar como referencia las siguientes dimensiones atribuibles a los *stakeholders*:

Tabla 3 Dimensiones para la identificación de los stakeholders, según AA1000SES

<b>AA1000SES</b>	
<b>DIMENSIONES PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS STAKEHOLDER</b>	
<b>DEPENDENCIA</b>	Grupos o individuos que dependen directa o indirectamente de la organización (de sus actividades, productos o servicios) y el rendimiento asociado, o grupos o individuos de quienes depende la organización para operar.
<b>RESPONSABILIDAD</b>	Grupos o individuos con quienes la organización tiene, o en el futuro puede tener, responsabilidades legales, comerciales, operativas o éticas/morales.
<b>TENSIÓN</b>	Grupos o individuos que necesitan atención inmediata de la organización con respecto a cuestiones financieras, económicas, sociales o ambientales más amplias.
<b>INFLUENCIA</b>	Grupos o individuos que pueden tener un impacto - formal, informal, positivo o negativo - en las decisiones estratégicas u operativas de la organización o del resto de grupos de interés.
<b>PERSPECTIVAS DIVERSAS</b>	Grupos o individuos cuyas diferentes opiniones pueden conducir a una nueva comprensión de la situación y la identificación de oportunidades de acción, que de otra manera no podrían ocurrir.

Fuente: elaboración propia con datos en base AA1000SES

La identificación de los grupos de interés es necesaria para que la organización pueda interactuar con ellos. Pero previamente a establecer esa comunicación con los *stakeholders*, la lógica de las políticas de responsabilidad social corporativa establece que la organización desarrolle el proceso de priorización de los mismos. La limitación de los recursos de cualquier organización implica que los recursos que se destinen a desarrollar una relación comunicativa y participativa con los grupos de interés también sean limitados (recursos económicos, humanos, materiales, espaciales, de tiempo,...), lo que impide mantener una adecuada relación con todos los grupos de interés identificados por la organización y, por tanto, obliga, necesariamente, a definir con exactitud aquellos *stakeholders* considerados como más relevantes. Las clasificaciones anteriores de los grupos de interés, o cualquier otra establecida de manera individual y particular por una organización, resultan de utilidad, no sólo para identificar a las partes interesadas, sino también para priorizarlas.

De la correcta identificación y priorización de los grupos de interés depende en gran medida el buen funcionamiento de cualquier política de responsabilidad social corporativa, ya que ambas etapas permiten, entre otras cuestiones, comprender mejor las expectativas y preocupaciones de las partes interesadas a la vez que se concilian las expectativas individuales de ambas partes; clarificar el compromiso concreto y los objetivos puntuales con respecto a cada *stakeholder*; introducir prácticas de diálogo constructivo y una comunicación transparente con todos ellos; crear valor para todos; etc.

La relación que se establezca con los grupos de interés prioritarios, a los que la organización debe consultar y comunicar resultados, debe desarrollarse a través de estructuras sistematizadas de diálogo con cada uno de ellos, que permitan la integración de sus necesidades y expectativas en la estrategia organizacional. La creación de esos espacios de diálogo se presenta como algo esencial, que permite asegurar la sostenibilidad de la compañía mediante el conocimiento de los impactos que genera o puede llegar a generar en su entorno y que se convierte en una información de gran valor para el proceso de toma de decisiones de la organización, al abarcar los ámbitos económico, medioambiental y social:

Esto fuerza a dichos grupos a plantear una serie de peticiones o exigencias a las empresas, obligando a estas últimas a mostrar su compromiso respondiendo a las demandas planteadas mediante una propuesta de valor



que las contemple. Así, las empresas consiguen legitimidad de actuación y supervivencia en el largo plazo (Brammer et al., 2007). Existen diferentes tipos de demandas hacia la empresa en el ecosistema que conforman los grupos de interés. Para cubrir todas ellas, la propuesta de valor debe contemplar las dimensiones económica, social y medioambiental. (González Masip, 2018, p. 54)

Esa información resultante del proceso de diálogo con los grupos de interés es lo que se conoce como materialidad de la organización, es decir, aquellos asuntos relevantes en función de un doble parámetro: el impacto de la organización en su entorno y las expectativas que de ella tengan sus *stakeholders*. A continuación, se ofrecen distintas definiciones:

- Global Reporting Initiative (GRI) - institución independiente que crea el primer estándar mundial para la elaboración de memorias de sostenibilidad – especifica que los temas relevantes “son aquellos que razonablemente pueden considerarse importantes a la hora de reflejar los impactos económicos, ambientales y sociales de las organizaciones o de influir en las decisiones de los grupos de interés” (GRI, 2016, p. 10).
- International Integrated Reporting Council (IIRC) - coalición global de reguladores, inversores, empresas, emisores de normas, la profesión contable, el mundo académico y las ONGs, que promueve la comunicación sobre la creación de valor en la evolución de los informes corporativos, integrada desde mediados de 2021 en la Value Reporting Foundation – define la materialidad como aquellos “asuntos que afectan sustancialmente a la capacidad de la organización para crear valor a corto, medio y largo plazo (IIRC, 2014, p. 19).
- The Sustainability Accounting Standards Boards (SASB) – junta independiente, emisora de los estándares de contabilidad sobre la sostenibilidad, también integrada desde mediados de 2021 en la Value Reporting Foundation - entiende por aspectos materiales aquéllos que “individualmente o en el agregado son importantes para la representación justa de la posición financiera y operacional de la entidad”, considerándolos información “necesaria para que un inversionista razonable puede tomar

decisiones de inversión debidamente informadas” (Estándares SASB, citado en Vives, 2015).

- La norma de Principios de la AccountAbility (AA1000AP) explica que “la materialidad se relaciona con la identificación y priorización de los temas de sostenibilidad más relevantes, teniendo en cuenta el efecto que cada tema tiene en una organización y sus partes interesadas” y define un tema material como “un tema que influirá e impactará sustancialmente en las evaluaciones, decisiones, acciones y desempeño de una organización y/o sus partes interesadas a corto, mediano y/o largo plazo” (AccountAbility, 2018, p. 20).

De estas definiciones, se desprende la importancia de que la organización identifique y determine cuáles son sus asuntos materiales o relevantes para incorporarlos a su estrategia, a través de un análisis de materialidad que le permita conocer los asuntos críticos, los asuntos de media relevancia y los asuntos de baja relevancia. Para ello, la organización debe tener en cuenta una serie de principios o fundamentos que ayudarán a su determinación.

Tabla 4 Principios de la materialidad

PRINCIPIOS DE LA MATERIALIDAD	
<b>Estratégica</b>	“Determinar los aspectos materiales es el comienzo de la estrategia de la empresa. Sin determinación de materialidad no puede haber estrategia de sostenibilidad y sin ésta no puede haber estrategia empresarial”
<b>Universalidad</b>	“Hacerlo no es cosa de grandes empresas, es cosa de todo tipo y tamaño de empresas”
<b>Medio para la acción</b>	“Determinar los aspectos materiales es clave para preparar un reporte de sostenibilidad, pero ello es un medio, no un fin. Aunque no reporte sobre sus actividades, la empresa debe determinar sus aspectos materiales. No se hace para satisfacer requisitos de reporte, se hace porque la empresa lo necesita para operar. Determinar los aspectos materiales no es para escribir ficción, es para guiar la acción”
<b>Especificidad</b>	“Lo que es material para la empresa lo decide la empresa. Es específico para la empresa, cada empresa es diferente. No vale copiarse de otras empresas. No lo deciden los expertos en sostenibilidad dentro de la empresa. Y sobre todo no

	lo deciden los consultores. Los aspectos materiales deben ser aprobados al máximo nivel posible, idealmente por el Consejo Directivo porque ello determina la estrategia de la empresa”
<b>Diversidad</b>	“La empresa puede tener diferentes aspectos materiales en las diferentes regiones o países en que opera. Puede no tener una matriz de materialidad única, aunque hayan aspectos comunes”
<b>Relatividad</b>	“La materialidad es un concepto relativo, depende del contexto y del momento en el tiempo. Es variable en el tiempo y en el espacio donde opera, aunque algunos aspectos puedan tener continuidad”
<b>No todo lo que importa es importante</b>	“Cada <i>stakeholder</i> o grupo de <i>stakeholders</i> tiene su idea de lo que es importante para ellos, pero puede que no sea material para la empresa. Depende del impacto que pueda tener cada uno”
<b>Disparidad</b>	“La sociedad no es una entidad con identidad, a la que se puede consultar. La empresa no sabe lo que es material para la sociedad, solo puede percibirlo”
<b>Nuestra sociedad</b>	“Cada empresa tiene “su” sociedad. Es un agregado de los diferentes <i>stakeholders</i> , agregados de acuerdo a su metodología, que incluye quienes son, como se valoran sus opiniones y acciones, su tamaño y la importancia e impactos relativos para la empresa”
<b>Stakeholders materiales</b>	“La identificación de los <i>stakeholders</i> materiales determina la materialidad, la estrategia, la acción, los resultados. No todos los <i>stakeholders</i> son materiales, hay que priorizarlos”
<b>Heterogeneidad</b>	“Para determinar los <i>stakeholders</i> materiales se debe llegar a nivel desagregado, de subgrupo, no a nivel de “grupo”, si los miembros del grupo no son homogéneos (la “comunidad” no lo es) y llegar a nivel donde son homogéneos”
<b>Prioridad</b>	“Y por último, materialidad debe ser sinónimo de prioridad y por ende el número de aspectos materiales que la empresa puede gestionar efectivamente debe ser un número pequeño”

Fuente: elaboración propia a partir de Vives (2015)

El análisis de materialidad supone el punto de partida de la estrategia organizacional, entendiendo, por ello, el conjunto de objetivos y líneas de acción que desarrollará para alcanzarlos. Y esta dimensión estratégica de la materialidad lleva a considerarla como parte del *core* de la responsabilidad social corporativa, de la misma manera que sucede con los grupos de interés.

Tras analizar las diferentes conceptualizaciones del término RSC, los principios por los que se rige y sus principales elementos, se deduce un proceso evolutivo de la responsabilidad social corporativa - desde sus comienzos en los años 50 hasta la actualidad – que ha demostrado que, lejos de ser una moda, la RSC es un sistema de gestión realmente útil para las organizaciones al permitir el binomio beneficio económico / compromiso social y medioambiental. Esta situación se pone de manifiesto especialmente en los últimos años, donde el fenómeno de la globalización señala necesariamente el camino de la sostenibilidad, tanto de las organizaciones como del entorno.

## 1.2. LA COMUNICACIÓN SOCIALMENTE RESPONSABLE

Al igual que en todo sistema de gestión, la comunicación se posiciona como una pieza relevante dentro del engranaje de la responsabilidad social corporativa. Así, al desarrollar la gestión de calidad, medioambiental o de prevención de riesgos laborales, por ejemplo, surge como imperativo la necesidad de comunicar, entre otras cuestiones, tanto los objetivos que se persiguen con la gestión que se vaya a realizar, como los resultados que se obtengan en el proceso de consecución de dichos objetivos. Lo mismo sucede con la RSC, donde, además, la comunicación se presenta con unas determinadas particularidades que se exponen a continuación.

### 1.2.1. **Hacia una definición de la comunicación socialmente responsable**

En el marco de una gestión socialmente responsable, la comunicación con las partes interesadas se posiciona como uno de los elementos ineludibles para que las organizaciones puedan establecer una relación de mutuo beneficio con sus *stakeholders*.

La comunicación es el germen de la RSC ya que nace del diálogo y de la escucha activa que la organización tiene con sus *stakeholders* y vertebra y da vida a todo el proceso de gestión e implantación de la misma. (Meseguer Sánchez, García-Rivas y Hernández González, 2018, p. 115)

A la hora de comunicar la responsabilidad social corporativa de una organización, es importante tener presente que comunicar RSC no significa comunicar lo que resulte más conveniente o interesante a la propia organización, en un momento determinado. En este caso, se estarían desarrollando otras formas de comunicación que difieren del objeto de esta investigación.

Comunicar RSC es sinónimo de comunicar la gestión organizacional en su globalidad, por tanto, comprende su triple cuenta de resultados, esto es, su desempeño económico, su desempeño social y su desempeño medioambiental. De manera que, si una organización comunica únicamente su parte social, sólo estaría dando a conocer su acción social, o lo que es igual, una parte de su RSC; o si decidiera informar sobre algunas de sus acciones medioambientales, únicamente estaría comunicando su desempeño medioambiental, es decir, otra parte de su RSC. Pero en ninguno de los dos casos estaría comunicando su responsabilidad social corporativa, como tal. Es importante distinguir los conceptos de RSC y filantropía/solidaridad/acción medioambiental, atendiendo al hecho de que la responsabilidad social corporativa siempre tiene “un fin estratégico vinculado a la misión de la organización” (Estanyol, 2020, p. 2).

Se incide en esta cuestión porque hay organizaciones que todavía, en la actualidad, continúan confundiendo responsabilidad social corporativa con acción social (Vallaes, citado en Cerón Morales, 2019), filantropía o acción medioambiental, limitando la rendición de cuentas a informar únicamente sobre sus actividades de mecenazgo (patrocinios culturales, deportivos...), sus acciones solidarias en favor de los colectivos más vulnerables (donaciones...) o sus acciones en favor del medio ambiente (reciclaje, plantación de árboles...). Sin duda, tanto unas como otras son acciones de responsabilidad social, pero como tales, deben formar parte de un sistema de gestión de la organización, que es la responsabilidad social corporativa. Por tanto, la comunicación de la RSC debe girar en torno a esa gestión socialmente responsable de las líneas estratégicas de la organización y, en consecuencia, de sus acciones.

La comunicación de RSC se refiere a la divulgación de información por parte de las empresas de aquellas actividades llevadas a cabo y que demuestran la inclusión de compromisos económicos, sociales y medioambientales en las operaciones comerciales de las empresas, así como en las relaciones con los grupos de interés. Los investigadores han argumentado teóricamente que la

divulgación de información de RSC es parte del diálogo entre una empresa ética y sus grupos de interés (...). (Pérez y Rodríguez del Bosque, 2015, p. 316).

Villagra et al. (2016) recoge las recomendaciones de diversos autores en relación con el mensaje que se debe transmitir en la comunicación de la RSC: mensaje basado en hechos y datos concretos, con tono sincero, que informe, por una parte, de los logros y los progresos, y por otra, de los fracasos. Para ello, y teniendo en cuenta que la comunicación de la RSC se centra en la explicación de la gestión de la organización, una herramienta que esta autora considera muy útil es el sistema de indicadores, ya que proporciona información específica y detallada sobre los resultados de la organización, demandada por sus grupos de interés:

Un sistema de indicadores es un conjunto de valores diseñados para medir ciertas variables específicas, y con ellos comprobar que las organizaciones consiguen alcanzar las metas definidas en su estrategia. Al mismo tiempo, son una herramienta de comunicación de los resultados de la organización a los grupos de interés (*stakeholders*). Comunicar esta información facilita a los grupos de interés la comprensión sobre si los gerentes están creando valor y haciendo sostenibles las organizaciones en el futuro. (Gutiérrez-Ponce, et al., 2018, p. 9).

A través de un sistema de indicadores - que según Strandberg (2010) en González Romo y Taltavull Cerrudo (2017) deben ser “fiables, comparables y tener validez” (p. 209), a los que esta autora añade cuantificables -, la organización puede medir el desempeño de sus acciones, para conocer si alcanza los objetivos establecidos o si, por el contrario, se han producido desviaciones, que una vez explicadas, pueden convertirse en posibles áreas de mejora, estableciendo nuevas líneas de actuación (González Romo y Taltavull Cerrudo, 2017).

Respecto al tipo de indicadores que deben ser utilizados por las organizaciones, no consta una pauta al respecto. De manera que existe libertad a la hora de desarrollar indicadores propios o utilizar aquéllos que estén incluidos en alguna norma o estándar establecido:

Según propone Strandberg (2010), esto puede realizarse según criterios desarrollados por la propia empresa o según normas establecidas, con la diferencia de que, si una empresa trabaja con sus propios criterios, en vez de con una norma establecida, debe explicar cómo se han identificado y se han

medido los indicadores; mientras que si, por el contrario, utiliza una norma, esta información ya está incluida en ella. En palabras de esta autora, “[...] una norma considerada legítima ofrece credibilidad a la empresa, dado que presupone el cumplimiento de unos requisitos establecidos” (p. 8). (González Romo y Taltavull Cerrudo, 2017, p. 209).

Evidentemente, la discrecionalidad en la utilización de indicadores conlleva una problemática, que consiste en la imposibilidad de establecer comparativas entre los diferentes ejercicios de la misma organización (objetivos, desempeños, evolución, etc.) e incluso entre las gestiones de distintas organizaciones. De manera que los análisis que se pudieran extraer serían infructuosos para explicar la evolución de la compañía y para generar valor de cara a sus grupos de interés.

Por eso, a pesar de que la medición de la RSC es fundamental para conocer el grado de cumplimiento de los objetivos de la gestión de las organizaciones (Gutiérrez et al., 2018 y González Romo y Taltavull Cerrudo, 2017), se vislumbra como una necesidad la normalización de indicadores que sirvan de fuente de información para poder desarrollar la que esta investigación denomina como comunicación socialmente responsable: aquella comunicación que traslada en su mensaje la gestión integral de la organización, atendiendo a sus dimensiones económica, social y medioambiental, basada en datos concretos a partir de un sistema de indicadores cuantificables, fiables, comparables y veraces, que explique, con sinceridad, los objetivos conseguidos y las desviaciones producidas, así como las áreas de mejora y los nuevos planes de acción para alcanzar las metas señaladas, con el objetivo de facilitar la comprensión de su gestión a todos sus grupos de interés y generar valor compartido con ellos.

### **1.2.2. Valor estratégico de la comunicación socialmente responsable**

Una vez definida la comunicación socialmente responsable, se considera necesario delimitar su necesidad u oportunidad. Es decir, ¿qué valor aporta a las organizaciones el hecho de comunicar su responsabilidad social corporativa? ¿Les beneficia desarrollar este tipo de comunicación?

Que la RSC se integre dentro de la estrategia organizacional, como se exponía anteriormente, es una cuestión clave para responder a estas preguntas. Si la determinación de los asuntos relevantes de una organización, como núcleo de la

responsabilidad social corporativa, supone el punto de arranque de su estrategia principal, el siguiente paso lógico es que dichos asuntos guíen la acción de la compañía con el objetivo de alcanzar los objetivos planteados. Es decir, se establezcan líneas de actuación que permitan concretar acciones que, lejos de ser consideradas acciones aisladas, trasciendan este concepto y, estando integradas en la estrategia corporativa, la potencien (Villagra et al., 2016) con el objetivo de generar un valor compartido con sus grupos de interés.

La RSC, por tanto, favorece ese valor compartido entre organización y sociedad, siendo factible únicamente si se atiende a la siguiente fase lógica de la estrategia, donde, una vez definidas las acciones y siguiendo un proceso de coherencia, éstas, guíen la comunicación.

En este sentido, Cerón Morales (2019), citando a Porter (2006), señala que el éxito de una estrategia de RSC pasa por la implementación de un proceso donde la comunicación figure como última etapa, de manera que las empresas creen “una agenda social corporativa con una planificación estratégica basada en el valor compartido entre organización y sociedad, donde el éxito de una y otra sea compartido y se haga propio” (p. 41).

La comunicación de la RSC, por tanto, se perfila como un “elemento esencial para lograr un diálogo permanente con los *stakeholders*” (Albors Alonso y Paricio Esteban, 2016, p. 47). Cuestión fundamental, como se señalaba con anterioridad en este estudio, dada la capacidad de influencia de los grupos de interés en el desarrollo de la actividad de la organización.

(...) salient stakeholders can be important in establishing CSR aspirations through strategy work when such groups have space for critical discussions about corporate responsibilities and the possibility of influencing the authoritative text of the organization. The use of inclusive communicative practices of strategic planning can thus help managers to ascertain what their organizations should be doing in terms of CSR. (Penttilä, 2019, p. 92)

A esta consideración, se suma la cada vez mayor demanda de información y transparencia por parte de los *stakeholders* acerca, no sólo de las características de los productos y/o servicios de la organización, sino también de cómo se fabrican, producen o prestan, de sus valores y de sus compromisos sociales (Du et al., 2010; Pérez y Rodríguez del Bosque, 2015). Por tanto, “la comunicación ha pasado de ser



el instrumento de las organizaciones solo para alcanzar notoriedad, aceptación y apoyo de sus públicos a ser el medio para lograr el mutuo entendimiento” (Nieto, 2011, en Albors Alonso y Paricio Esteban, 2016, p. 49).

Esta capacidad que tiene la comunicación de la RSC de convertirse en hilo conductor de los intereses de la sociedad, por una parte, y la gestión responsable que de esos intereses hacen las organizaciones, por otra, conlleva que este tipo de comunicación permita establecer y mantener relaciones de mutuo beneficio entre ambas partes, lo que la convierte en un elemento clave de la responsabilidad social corporativa (Du, Bhattacharya y Sen, 2010; Albors Alonso y Paricio Esteban, 2016; Stanyol, 2020).

Como promotora de relaciones de mutuo beneficio entre organizaciones y *stakeholders*, el valor positivo de la comunicación de la RSC se traduce en que genera intangibles, como la credibilidad y la confianza (Meseguer Sánchez et al., 2018), que precisan de la transparencia por parte de las organizaciones.

Amézquita Zamora y Arrendondo Trapero (2019) afirman que, al establecimiento de relaciones de verdadera confianza sólo se llega “con el cimiento firme de la transparencia” (p. 518). En el mismo sentido se pronuncia Cardona (2019) al señalar que, actualmente, una de las herramientas para generar confianza en el mundo corporativo es la transparencia, es decir, facilitar el acceso a la información de la organización. En cambio, otros autores como Han (2013) y Botsman (2019), consideran que las relaciones transparentes son relaciones de baja confianza, desde la perspectiva de que la confianza significa construir una relación positiva con una persona sin disponer de conocimientos previos sobre ella. Coleman, citado en Martínez Polo (2020, p. 32), la define como “la disponibilidad a comprometerse antes de saber cómo se comportará la otra persona”.

En cualquier caso, la confianza de los grupos de interés en las organizaciones no es infinita ni ilimitada, por lo que terminan demandando transparencia en sus relaciones (Du, et al., 2010; Pérez y Rodríguez del Bosque, 2015; y Villagra et al., 2016).

La transparencia es el intento deliberado de hacer disponible toda la información que puede ser hecha pública legalmente – ya sea de naturaleza negativa o positiva - de forma precisa, oportuna, equilibrada e inequívoca, con la finalidad de favorecer el juicio de los públicos de interés y hacer que la

empresa rinda cuentas de sus acciones, políticas y prácticas.... (Rawlings, 2009, citado en Amézquita Zamora y Arredondo Trapero, 2019, pp. 528-529).

Junto a la credibilidad y la confianza, la comunicación socialmente responsable genera otros intangibles, como la reputación (Michelon, 2011 en Pérez y Rodríguez del Bosque, 2015; Villagra et al., 2016; Baraibar-Díez y Luna Sotorrío, 2018; y Meseguer et al., 2018).

Reputación corporativa: recurso intangible propio de la empresa que se materializa en el comportamiento de ésta y requiere de un cierto tiempo para su configuración, que es reconocido por sus públicos como generador de valor en tanto que se ajusta a los valores que éstos estiman como meritorios de ésta (Ferruz, 2017). (Ferruz González, 2020, p. 332)

Este intangible ha adquirido tal importancia en las organizaciones que, ya desde hace más de una década, Anthony Johndrow (2010) lo definía como “un factor decisivo en el entorno competitivo de las empresas” al considerar que en la década 2010-2020 la reputación sería la fuerza que impulsara los mercados, acuñando el término “Economía de la reputación”, con el que se hace referencia al impacto positivo o negativo que tiene la reputación en el negocio de las compañías:

(...) las percepciones de los grupos de interés sobre las empresas, es decir, su reputación, tienen un impacto directo en los resultados de negocio. Esto es debido a la influencia de estas percepciones en comportamientos favorables como comprar sus productos, invertir, solicitar empleo o concederles el beneficio de la duda en una situación de crisis. (...). Por el contrario, una mala percepción genera comportamientos negativos y, por ende, menoscabo económico. (Reputation Institute, 2019, p. 47)

Siguiendo estas definiciones, es importante tener en cuenta que con el fin de que las partes interesadas reconozcan la reputación de una organización, es necesario, en primer lugar, que la organización actúe ética y transparentemente:

(...) but the truth is that companies need to communicate their CSR actions to attain reputation, but they must do it properly, in a transparent manner (reliably, understandably, timely). Only in that way stakeholders will trust and rely on CSR (MacLean & Rebernak, 2007; Swift, 2001) increasing their

positive assessments and, therefore, increasing corporate reputation. (Baraibar-Díez y Luna Sotorrío, 2018, p. 15)

Y, en segundo lugar, que ponga en valor lo que es y lo que hace a través de la comunicación, demostrando que existe coherencia entre lo que la organización es (misión, propósito/visión y valores), hace (acciones) y dice (comunica). De ahí que, como señala Costa (2014), la reputación surja de la identidad de la organización y actúe en la opinión y preferencias de la opinión pública:

La mayoría de los indicadores reputacionales incluyen ambas vertientes de la solvencia corporativa: la financiera y la ética. Son los valores que interesan a analistas financieros, accionistas e inversores; a los clientes y a la prensa especializada; a los empleados y a los proveedores, principalmente. Y menos (proporcionalmente) a los consumidores y usuarios, a las asociaciones de consumidores y usuarios y al público en general, que son más sensibles a lo que concierne a productos/servicios (calidad, precio, satisfacción) que a los datos financieros, pero por supuesto, sensibles también a la conducta ética y la RSE. (Costa, 2014, p. 6)

De lo contrario, la organización entraría en contradicciones que pondrían en entredicho su credibilidad y comprometerían la confianza depositada por sus grupos de interés y, por tanto, su reputación, generando el temido riesgo reputacional:

La EBA (European Banking Authority) define el riesgo reputacional como “la probabilidad de destrucción de valor para los accionistas, como consecuencia de la pérdida de confianza o descontento en la institución por parte de los inversores, clientes o participantes en el mercado, ya que puede materializarse en términos de reducción de los ingresos e incremento de los costes operativos, regulatorios u otros”. (Llorente & Cuenca, 2019, p. 5)

De hecho, el riesgo reputacional continúa estando entre los principales riesgos detectados por empresarios y directivos españoles, incluso tras la pandemia por la COVID-19 y la invasión de Ucrania:

Figura 2 Principales riesgos para las empresas españolas 2020



Fuente: KPMG (2020)

Figura 3 Principales riesgos para las empresas españolas 2021

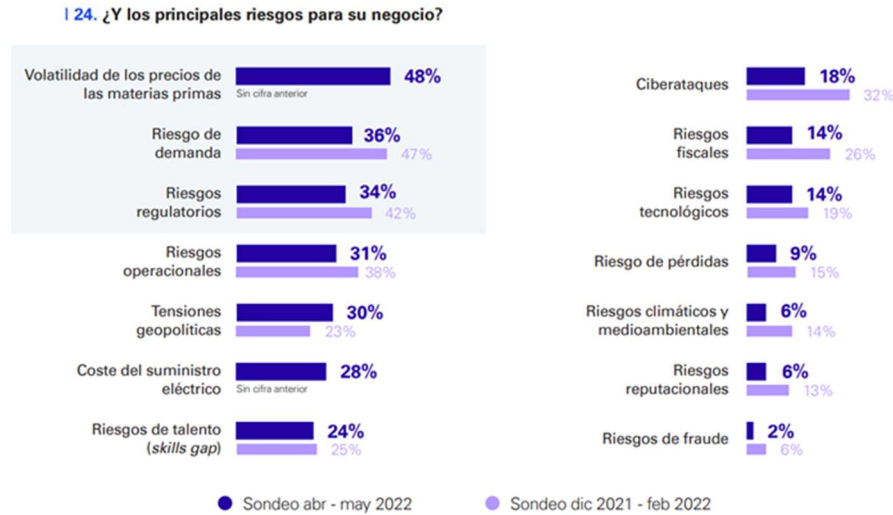
## I 44. ¿Y los principales riesgos para su negocio?



© 2021 KPMG, S.A., sociedad anónima española y firma miembro de la organización global de KPMG de firmas miembro independientes afiliadas a KPMG International Limited, sociedad inglesa limitada por garantía. Todos los derechos reservados.

Fuente: KPMG (2021)

Figura 4 Principales riesgos para las empresas españolas 2022



Fuente: KPMG (2022)

Por eso, la comunicación por sí sola no implica necesariamente la reputación de una compañía:

Para que la comunicación de la RSC sea beneficiosa para la empresa es importante que las acciones comunicadas resulten creíbles. Las empresas deben tener en cuenta que promover la RSC requiere valores que verdaderamente formen parte de la empresa y se traduzcan en comportamientos en todos los puntos de contacto con el público (Middlemiss, 2003; Villagra & López, 2013; Waddock, Bodwell & Graves, 2002). En definitiva, difícilmente tendrá credibilidad una empresa que diga que es buena en todo. Por ello la empresa debe seleccionar temas que la diferencien de su competencia y que sean percibidos como positivos por sus públicos (Schlegelmilch & Pollach, 2005). (Villagra et al., 2016, p. 136)

De hecho, y frente a ese valor positivo que se mencionaba anteriormente de la credibilidad, ésta también se presenta como uno de los principales problemas a los que se enfrenta la comunicación de la RSC - credibilidad del mensaje, credibilidad de la fuente y credibilidad de los canales -, pudiendo derivar en desconfianza y escepticismo por parte de sus grupos de interés. De ahí, la

importancia de que las organizaciones conozcan e identifiquen los aspectos que pueden generar este tipo de inconvenientes (Villagra et al., 2016).

En este sentido, los mensajes que se transmitan a los *stakeholders* no pueden ser únicamente positivos acerca de la gestión que realice la organización, como refería Villagra et al. (2016), sino que también es recomendable reconocer y explicar aquéllos que, siendo negativos, puedan mejorarse y/o solucionarse. La fuente puede ser otro punto conflictivo en este sentido, por partida doble: 1) que la organización no cuente con una buena imagen y la reputación suficiente como para garantizarse la credibilidad de sus grupos de interés; y 2) un mensaje transmitido por un tercero en vez de por la propia organización suele gozar de mayor credibilidad. Por último, las canales a través de los que se difunde la información de la RSC también influyen en la credibilidad de las partes interesadas. Es el caso, por ejemplo, de los medios publicitarios:

(...), comunicar la RSC a través de publicidad tradicional se percibe como una actividad subjetiva, más bien enfocada a acentuar las buenas acciones de la empresa, lo que puede conducir a reticencias hacia el mensaje y cinismo sobre los verdaderos motivos altruistas de la empresa que realiza prácticas de RSC y las comunica a través de este medio. (Pérez y Rodríguez del Bosque, 2015, p. 320).

En este sentido, Pérez y Rodríguez del Bosque (2015) señalan la preferencia de los *stakeholders* acerca de que la comunicación de la RSC se realice a través de otro tipo de canales más minoritarios, como los informes anuales o las páginas web.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la comunicación socialmente responsable de una organización se presenta como un elemento esencial y estratégico dentro de las organizaciones, que genera valor compartido con los grupos de interés, ayudando a mantener con ellos relaciones de mutuo beneficio a través del establecimiento de un diálogo participativo. Además, contribuye a obtener intangibles tan valiosos como la credibilidad, la confianza y la reputación, poniendo de relieve la importancia de los valores y las acciones de la organización.

### 1.2.3. Estandarización de la información

Definido el concepto de comunicación socialmente responsable y establecido su valor estratégico en el seno de las organizaciones, la siguiente cuestión que cabe plantearse es cómo debe ser esa comunicación.

Teniendo en cuenta que se trata de comunicar la responsabilidad social corporativa de las organizaciones, dirigida a los grupos de interés, y que una de sus demandas es precisamente la transparencia – considerada, conviene recordar, como uno de los Principios de la responsabilidad social corporativa (AECA, 2004; e ISO 26000, 2010) -, la comunicación socialmente responsable debe regirse por una serie de características que distintos autores científicos, así como organismos internacionales denominan Principios de la transparencia. A continuación, se muestra una relación de los mismos:

*Tabla 5 Principios de la transparencia*

PRINCIPIOS DE LA TRANSPARENCIA → La información debe ser...	
Koptis (2000), citado en Romeu Granados, 2017, p. 87	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fidedigna</li> <li>- Completa</li> <li>- Comprensible</li> <li>- Comparable</li> </ul>
Daniel Kaufmann (2005), citado en Romeu Granados, 2017, p. 87	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accesible</li> <li>- Relevante</li> <li>- Calidad</li> <li>- Confiable</li> </ul>
Cunill Grau (2006), citado en Romeu Granados, 2017, p. 87	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accesible</li> <li>- Relevante</li> <li>- Calidad</li> <li>- Confiable</li> <li>- Exigible</li> </ul>
Baraibar-Diez y Luna Sotorrío (2018), p. 9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relevancia</li> <li>- Comprensibilidad</li> <li>- Oportunidad</li> </ul>
Rawlings (2009), citado en Amézquita Zamora y Arredondo Trapero, 2019, pp. 528-529	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exhaustiva</li> <li>- Auditable (verificable)</li> <li>- Completa</li> <li>- Relevante</li> <li>- Precisa</li> <li>- Neutral</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comparable</li> <li>- Clara</li> <li>- Oportuna</li> <li>- Confiable</li> <li>- Honesta</li> </ul>
ISO 26000 (2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clara</li> <li>- Precisa</li> <li>- Completa</li> <li>- Suficiente</li> <li>- Disponible</li> <li>- Accesible</li> <li>- Comprensible</li> </ul>
OCDE (2013), pp. 31-33	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clara</li> <li>- Significativa</li> <li>- Exacta</li> <li>- Suficiente</li> <li>- Completa</li> <li>- Puntual</li> <li>- Accesible</li> <li>- Disponible</li> </ul>
Global Reporting Initiative (GRI), 2016, pp. 13-16	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Precisa</li> <li>- Equilibrada</li> <li>- Clara</li> <li>- Comparable</li> <li>- Fiable</li> <li>- Puntual</li> </ul>

*Fuente: elaboración propia*

Junto a la transparencia, la rendición de cuentas es otro de los principios de la responsabilidad social corporativa (*ISO 26000*), que esta autora considera necesario aplicar a la comunicación socialmente responsable:

El sentido de la transparencia no es otro que la rendición de cuentas, que debe ser entendida como un proceso relacional y de comunicación entre la empresa y sus grupos de interés (Arredondo Trapero et al., 2016; Christensen y Langer, 2009). (Amézquita y Arredondo Trapero, 2020, p. 530)

Conviene recordar que, en esa demanda de la transparencia, los grupos de interés exigen conocer cómo se desarrolla la actividad organizacional, es decir, ¿respetando y protegiendo al medio ambiente?, ¿contribuyendo al desarrollo social del entorno cercano?, ¿aplicando sus valores éticos al desarrollo de su actividad?,



¿luchando contra la corrupción?, ¿creando entornos saludables de trabajo para su personal?...

Desde el punto de vista de las obligaciones, es fundamental la aludida rendición de cuentas que evidencia los resultados obtenidos, las carencias para seguir avanzando en la línea que señalan los indicadores y el impacto que tienen las acciones que se están realizando. (Solanes Corella, 2020, p. 52)

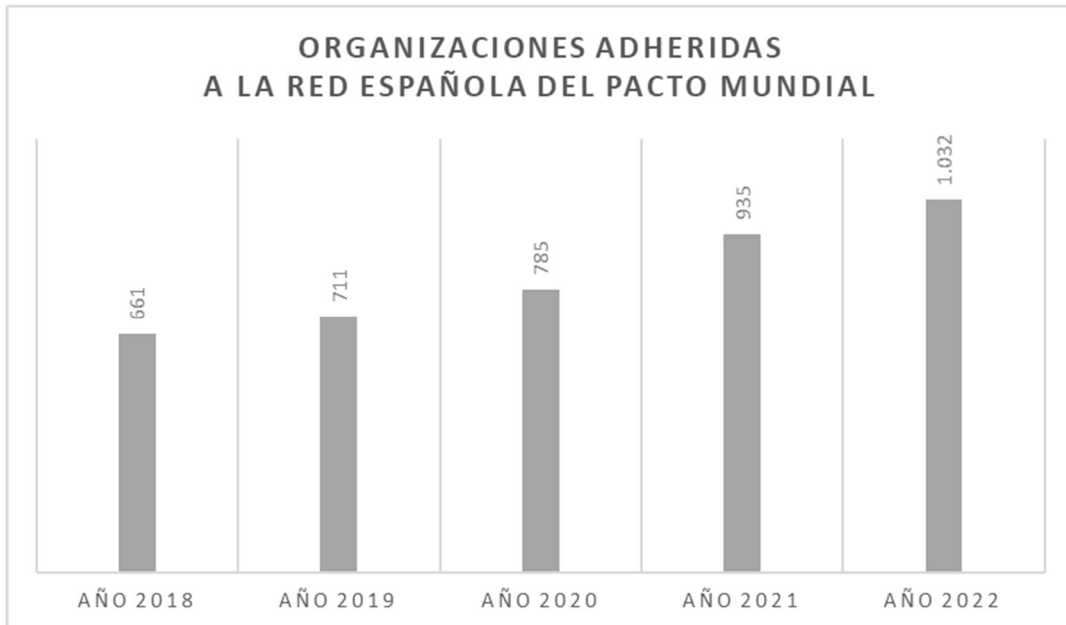
Para la rendición de cuentas, Solanes Corella alude al sistema de indicadores como fuente de información. Sin embargo, la diversidad de indicadores, así como la utilización discrecional de los mismos plantean la problemática – ya mencionada anteriormente en esta investigación – de análisis estériles de cara a explicar la evolución en términos de resultados de la organización y de cara a generar valor para sus grupos de interés.

De ahí la necesidad de una normalización de los indicadores de medición de la gestión de la responsabilidad social corporativa, que, además, resulta cada vez más patente ante la evolución y el auge que ha experimentado en los últimos años la información de sostenibilidad o información no financiera, con un incremento de las organizaciones que elaboran y publican memorias de responsabilidad social corporativa (Red Española del Pacto Mundial de Naciones Unidas, 2021).

The emergence of the knowledge-based economy and the acceleration of the globalization phenomenon at an international level have been, in recent years, the catalysts that have led to rapid transformations within the organizational communication systems, materialized in the form of balancing quantitatively and qualitatively the financial and non-financial information that makes up the content of annual reports and sustainability reports published by companies. (Paun, Dura, Mihailescu, Moraru & Isac, 2020, pp. 1-2)

Así, según los datos que ofrece su Directora Ejecutiva, Sanda Ojiambo, Pacto Mundial de Naciones Unidas cuenta, a finales de 2022, con más de 17.000 organizaciones empresariales y más de 3.000 no empresariales adheridas a esta iniciativa, distribuidas en 96 países, a través de sus redes locales distribuidas en 69 países (Pacto Mundial de Naciones Unidas, 2023). Como es el caso de la Red Española del Pacto Mundial, que ha visto cómo, año tras año, se ha incrementado su número de socios:

Gráfico 1 Organizaciones adheridas a la Red Española de Pacto Mundial



Fuente: elaboración propia con base en datos de Red Española de Pacto Mundial

Esto significa que todas las organizaciones adheridas al Pacto Mundial, sean del país que sean, están obligadas, por el compromiso establecido en su adhesión, a reportar su contribución a la consecución de los Diez Principios del Pacto. Lo que conlleva que más 20.000 organizaciones en todo el mundo están publicando su información no financiera.

Por su parte, Global Reporting Initiative (GRI) – organización que se explicará en el siguiente apartado de esta investigación – a través de su *Sustainability Disclosure Database* (2021) antes de darla de baja<sup>1</sup> arrojaba unos datos cercanos a los 6.000 informes de sostenibilidad publicados tanto en 2017, como en 2018 en todo el mundo. Y cifraba en 15.418 las organizaciones de todo el mundo que reportaban información no financiera y en 63.852 los informes de sostenibilidad publicados en todo el mundo desde 1999, de los cuáles, 38.483 se

---

<sup>1</sup> <https://database.globalreporting.org/SDG-12-6/Global-Tracker>

elaboraron siguiendo el estándar de comunicación GRI (GRI Sustainability Disclosure Database, 2020).

Figura 5 Informes de sostenibilidad publicados a nivel mundial en 2020, según GRI



Fuente: GRI – Sustainability Disclosure Database

Muy probablemente ese incremento esté relacionado con las políticas nacionales de informes de sostenibilidad que tengan establecidos los diferentes países. De hecho, tal y como señalaba el *global tracker* de GRI, los países que no contaban con estas políticas eran los que menos informes publicaban, mientras que, por el contrario, los países con mayor número de este tipo de publicaciones eran aquéllos que disponían de políticas en este sentido.

Es el caso de España, que con la trasposición de la Directiva 2014/95/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de octubre de 2014, por la que se modifica la Directiva 2013/34/UE en lo que respecta a la divulgación de información no financiera e información sobre diversidad por parte de determinadas grandes empresas y determinados grupos – primero, con el Real Decreto-Ley 28/2017 de 24 de noviembre, por el que se modifican el Código de Comercio, el texto refundido de la Ley de Sociedades de Capital aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de julio, y la Ley 22/2015, de 20 de julio, de Auditoría de Cuentas, en materia de información no financiera y diversidad; y posteriormente, con la Ley 11/2018, de 28 de diciembre, por la que se modifica el Código de Comercio, el texto refundido de la Ley de Sociedades de Capital aprobado por el Real Decreto

Legislativo 1/2010, de 2 de julio, y la Ley 22/2015, de 20 de julio, de Auditoría de Cuentas, en materia de información no financiera y diversidad – se evidencia un crecimiento notable en la publicación de informes de sostenibilidad teniendo en cuenta que, según la Ley 11/2018, la obligación de reportar este tipo de información es aplicable no sólo a las entidades de interés público, sino también a las sociedades con una plantilla integrada, inicialmente, por más de 500 personas. Obligatoriedad legal que se amplía a partir del año 2022 a las organizaciones de más de 250 empleados/as. Por tanto, atendiendo a los datos de empresas de más de 250 trabajadores/as inscritas en la Seguridad Social a final de 2022, 5.255 empresas (Ministerio de Trabajo y Economía Social, 2022) están obligadas a rendir cuentas sobre su desempeño no financiero. Una cifra que se prevé aumente partir del año 2024, dado que la obligatoriedad de la ley empezará a aplicarse a las organizaciones de más de 100 empleados/as.

A pesar de las evidencias, no es posible ofrecer un dato absoluto acerca del número total de informes de sostenibilidad publicados en España - ni en el mundo- debido a que la inexistencia de un único registro, donde poder volcar y rastrear estas publicaciones, hace inviable el recuento.

Además, el hecho de que sólo estén obligadas por ley las empresas de un determinado tamaño, no significa que el resto de organizaciones no publique este tipo de informes. Es más, la Red Española del Pacto Mundial (2021) afirma que el auge de la elaboración de informes de sostenibilidad entre las organizaciones no sólo se ha producido por obligatoriedad legislativa, sino también por la oportunidad que supone, especialmente estando en la denominada Década de la Acción (2020-2030), para conseguir alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible que marca la Agenda 2030 de Naciones Unidas. En este sentido, el análisis minucioso y detallado que incluye el reporte no financiero permite:

- Mostrar a las organizaciones una foto fija sobre su contribución a la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, identificando las áreas donde se han logrado los resultados esperados, aquéllas donde deben mejorar y aquéllas hacia las que dirigir procesos innovadores para afrontar los retos del desarrollo sostenible, impulsando con todo ello un rendimiento mejor y la creación de valor.

- Responder a las expectativas de información ética, medioambiental, social... de los grupos de interés y de la sociedad en general, que habitualmente encuentran ciertas barreras de accesibilidad a este tipo de información.
- Apoyar el proceso interno de toma de decisiones de la compañía, así como la estrategia principal de la organización.
- Generar confianza, atraer inversiones y acceder a mercados financieros y nuevos negocios, a través de la transparencia y la responsabilidad.
- Anticiparse a cualquier normativa nacional e internacional relacionada con la sostenibilidad, como por ejemplo la Ley de Información No Financiera.
- Adaptarse a las exigencias de contratación de empresas y organismos públicos, que con mayor frecuencia incluyen en sus pliegos requisitos de alineación con la sostenibilidad.
- Y finalmente, promover el aprendizaje y la concienciación, sin olvidar la difusión de buenas prácticas.

Figura 6 Oportunidades del reporte de información no financiera



Fuente: Red Española del Pacto Mundial (2022)

Actualmente, las organizaciones, en su mayoría, optan por desarrollar su comunicación socialmente responsable a través de los denominados informes de sostenibilidad o memorias de responsabilidad social corporativa (Pérez y Rodríguez del Bosque, 2015; y Gutiérrez-Ponce et al., 2018) ya que, por una parte, permite una mayor visibilidad de los esfuerzos que las organizaciones realizan para desarrollar su compromiso social y medioambiental; y por otra, ofrece una información clara y, teóricamente, estandarizada, de sus actividades desde la triple dimensión económica, medioambiental y social.

De esta manera, se posibilita que las partes interesadas dispongan de una visión completa y general de la gestión integral de la organización, a través de una información que, cumpliendo con los principios de la transparencia anteriores, sea accesible y comprensible para cada una de ellas, con un lenguaje más claro, facilitando así relaciones de confianza (Botsman, 2019) y posibilitando “decisiones racionales sobre su relación contractual con la empresa” (Baraibar-Díez y Luna Sotorrío, 2018, p. 15).

Ciertamente, existe una tendencia a la estandarización de la información cuando se trata de comunicar la gestión socialmente responsable, por dos motivos:

- En primer lugar, las partes interesadas en la actividad corporativa y el conjunto de la sociedad demandan que los documentos publicados por las diferentes organizaciones sean comparables entre sí.
- Y, en segundo lugar, la posibilidad de comparar la actividad de las organizaciones en los ámbitos medioambiental y social supone una demostración de valor para los accionistas, así como una mejora en los procesos de información dentro de los mercados.

(...) traditionally, financial information has been the most relevant as it has been the first to become standardized and mandatory in many countries. (...) (The information) related to nonfinancial and non-regulated features (ESG – environmental, social, governance – information) is less numerous, more heterogeneous and less conclusive. Whereas financial information should be understandable only to those with reasonable knowledge of business and economic activities (Ewer, 2007), ESG information should reach groups with different training, different claims and using different media, forcing the

company to make greater efforts to try to adapt the information. (Baraibar-Díez y Luna Sotorrío, 2018, p. 8)

Para conseguir esta estandarización de la información, es necesario, como se señalaba al principio de este apartado, una normalización o estandarización de indicadores de medición de la responsabilidad social corporativa, como fuente de información de la comunicación socialmente responsable. Actualmente existen distintos estándares internacionales utilizados para realizar el reporte no financiero (Albors Alonso y Paricio Esteban, 2016; y Fernández Lombao, 2018), que “proponen indicadores de RSC generales, útiles para empresas de toda índole en los ámbitos público y privado” (Fernández Lombao, 2018, p. 167). Entre ellos:

- Comunicación de Progreso (COP) del Pacto Mundial de Naciones Unidas.
- Líneas Directrices de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) para empresas multinacionales.
- Conjunto Consolidado de Estándares GRI para la Elaboración de Informes de Sostenibilidad, del Global Initiative Reporting (GRI).

Este último es el estándar de comunicación de responsabilidad social más utilizado por las corporaciones a nivel internacional (Paun et al., 2020):

(...) at an international level, GRI standards are the most consistent and widely used recommendations on sustainability reporting; they establish a generally accepted reporting framework, in order to ensure greater comparability in terms of social, economic and environmental impact and business performance. The GRI standards are based on the transparency and evaluation in financial-accounting terms of the economic, social and environmental impact, with reference to different categories of stakeholders. (Paun et al., 2020, p. 6)

Scade (2013, en González Romo y Taltavull Cerrudo, 2017) también señala como un valor importante de los informes de sostenibilidad elaborados según el estándar de GRI la contribución a la transparencia, el compromiso y la confianza con los grupos de interés.

Y en España, GRI es el marco de *reporting* generalmente más utilizado para dar respuesta a los requerimientos de la Ley 11/2018 (Cantabella Gallego y Davur, 2021).

#### 1.2.3.1. ***Una aproximación a los Estándares GRI: principios y estructura***

Global Reporting Initiative (GRI) es una organización internacional independiente pionera en la elaboración de informes de sostenibilidad desde 1997.

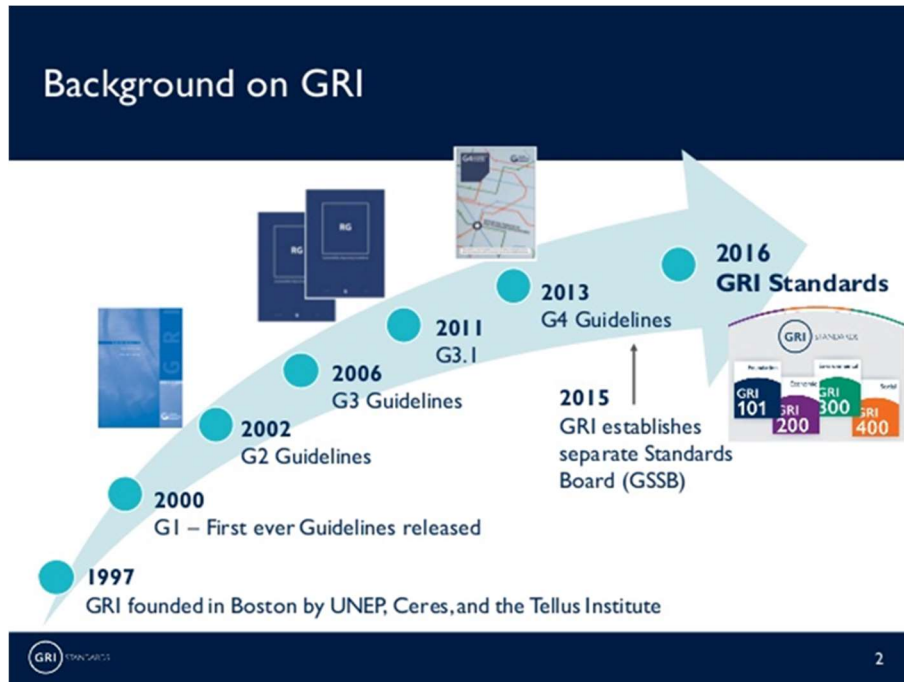
The practice of disclosing sustainability information inspires accountability, helps identify and manage risks, and enables organizations to seize new opportunities. Reporting with the GRI Standards supports companies, public and private, large and small, protect the environment and improve society, while at the same time thriving economically by improving governance and stakeholder relations, enhancing reputations and building trust. (Global Reporting Initiative, GRI, 2020).

Esta institución independiente, cuya sede se encuentra en Ámsterdam, publica en el año 2000, el primer estándar mundial para la elaboración de memorias de sostenibilidad - *Guía para la elaboración de un informe de sostenibilidad* - con el doble objetivo de, por una parte, contribuir a una economía global sostenible, donde las organizaciones gestionen responsablemente su desempeño e impactos económicos, ambientales y sociales, y elaboren memorias o informes de una manera transparente; y por otra, conseguir que la elaboración de estas memorias o informes se convierta en una práctica habitual, proporcionando orientación y respaldo a las organizaciones.

Desde entonces, la *Guía para la elaboración de un informe de sostenibilidad* ha sido actualizada a diferentes versiones, hasta llegar a la que rige en la actualidad: el *Conjunto Consolidado de Estándares GRI para la Elaboración de Informes de Sostenibilidad* o *GRI Standards*, publicados en 2016 y cuya última actualización se fecha en 2021.



Figura 7 Evolución del Estándar GRI



Fuente: GRI

Los *Estándares GRI* incluyen una serie de principios para la elaboración de informes - que se han mantenido en todas las versiones - y que son de obligado cumplimiento para cualquier organización que elabore su informe siguiendo esta norma. Estos principios ayudan a las organizaciones a garantizar la calidad y la correcta presentación de la información en sus informes de sostenibilidad, permitiendo que sus grupos de interés puedan tomar mejores decisiones y efectuar valoraciones fundamentadas y razonables sobre el desempeño de la organización:

- **Precisión:** es decir, la información sobre el enfoque de gestión y sobre los contenidos de carácter económico, ambiental y social ha de ser lo suficientemente precisa y detallada para que los grupos de interés puedan analizar el desempeño de la organización. La precisión de la información cualitativa viene determinada por la claridad, el detalle y el equilibrio de la presentación; y por la recopilación, compilación y análisis de datos.

- Equilibrio: es decir, el informe debe reflejar tanto los aspectos positivos como los negativos del desempeño de la organización a fin de propiciar una evaluación bien fundamentada sobre el desempeño general.
- Claridad: es decir, la información se debe presentar de forma que los grupos de interés de la organización puedan entenderla, acceder a ella y utilizarla.
- Comparabilidad: es decir, presentar la información uniformemente para que los grupos de interés puedan realizar análisis comparativos y evaluar los progresos del desempeño de la organización, como parte de las actividades de calificación, las decisiones de inversión, los programas de promoción y otras actividades. Y permita, además, el análisis de los impactos de la organización en comparación con los generados por otras organizaciones.
- Exhaustividad: es decir, incluir en el informe todas las actividades desarrolladas durante el período objeto del informe, que generen impactos a corto y a largo plazo, así como cualquier información necesaria que ayude a entender los impactos de la organización.
- Contexto de sostenibilidad: es decir, informar sobre los impactos de la organización poniéndolos en el contexto más amplio de desarrollo sostenible. En definitiva, describir el desempeño de la organización para explicar la contribución de la organización al desarrollo sostenible.
- Puntualidad: es decir, la información que se ofrezca en el informe de sostenibilidad será útil, en gran medida, si se transmite a los grupos de interés en el momento oportuno para que la integren eficazmente en sus procesos de toma de decisiones. Hay que tener en cuenta que la puntualidad hace referencia tanto a la regularidad con la que se emite el informe, como a la proximidad a los hechos que en él se describen.
- Verificabilidad: es decir, la información y los datos incluidos en el informe deben estar respaldados por documentación y controles internos que puedan ser revisados por personas distintas a las que elaboran el informe,

de manera que los grupos de interés puedan comprobar la veracidad de los datos.

Además de estos Principios, los *Estándares GRI* proponen una serie de indicadores para que las organizaciones puedan reportar tanto sus aspectos generales (razón social, tamaño, productos/servicios, ubicación de las operaciones, cadena de suministro, valores y normas de conducta, estructura de gobernanza, etc.) como sus aspectos económicos (impactos económicos indirectos, prácticas de adquisición, anticorrupción, etc.), ambientales (energía, agua y efluentes, biodiversidad, emisiones, etc.) y sociales (empleo, diversidad e igualdad de oportunidades, evaluación de derechos humanos, comunidades locales, marketing y etiquetado, etc.).

Para ello, *GRI Standards* se estructura en:

- *Estándares Universales*: ayudan a reportar información general de la organización, así como su enfoque de gestión y sus asuntos materiales.
- *Estándares Sectoriales*: estándares específicos para ciertos sectores profesionales con el objetivo de identificar y describir los impactos de un determinado sector profesional, así como las preocupaciones de las partes interesadas desde una perspectiva del desarrollo sostenible:

“Sustainability reporting by individual companies has not always consistently addressed a sector’s key challenges. Reasons for this may include a lack of clarity on a sector’s most significant impacts or a lack of consistent application of the principles for defining report content. To inform sustainable decisions, more clarity is needed on which issues constitute a sector’s most significant impacts, from a sustainable development perspective. Authoritative information on sector-specific impacts can focus sustainability reporting on the issues that matter most and can both reflect and set stakeholder expectations for the sector’s sustainability reporting. This will improve transparency and accountability, leading to a stronger foundation for sustainable decision making. The GRI Sector Standards can provide this foundation. (Global Reporting Initiative, GRI, 2020).

Los tres primeros sectores seleccionados por GRI para desarrollar *Estándares Sectoriales* han sido “Petróleo y Gas (2021)”, “Carbón (2022)” y “Agricultura, Acuicultura y Pesca (2022)”. Los tres han sido considerados por sus grandes impactos en las dimensiones económica, ambiental y social, y también por sus impactos en los grandes desafíos que marca la Agenda 2030 de Naciones Unidas, especialmente relacionados con los derechos humanos, la pérdida de la biodiversidad y el cambio climático.

- *Estándares Temáticos*: incluyen contenidos sobre temas económicos, medioambientales y sociales, con diferentes indicadores, para que la organización pueda presentar la información relativa a aquellos asuntos de cualquier de los tres desempeños, que haya determinado previamente como asuntos materiales.

Figura 8 Estructura de GRI Standards



Fuente: GRI Standards: GRI 101 Fundamentos

En resumen, la utilización de *GRI Standards* para elaborar informes de sostenibilidad garantiza que se desarrolle una comunicación socialmente responsable porque será una comunicación que explique quiénes son los grupos de interés de una organización, cómo se relaciona con ellos, cómo facilita su participación en la elaboración del informe y cómo tiene en cuenta sus expectativas, generando valor compartido. Será una comunicación donde la información esté contextualizada y donde se incluyan sus asuntos materiales o relevantes, atendiendo a la triple dimensión de la organización: económica, medioambiental y social. Pero, además, será una comunicación detallada, equilibrando aspectos positivos y negativos de la organización, comprensible, veraz, puntual y que permita realizar análisis comparativos a sus grupos de interés.



## **II- LA RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**

---

## II - LA RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Tradicionalmente, se ha considerado implícita la naturaleza socialmente responsable de las organizaciones hospitalarias a la hora de abordar la responsabilidad social corporativa en este sector. Un pensamiento derivado de su actividad principal, que no es otra que el cuidado de la salud de las personas y que se engloba dentro del aspecto social de la RSC.

Sin embargo, como en cualquier otra organización, la RSC va más allá de su carácter social, y los hospitales, como el resto de organizaciones, deben gestionar también su ámbitos económico y medioambiental, para conseguir su sostenibilidad en el tiempo y su contribución a la Agenda 2030 de Naciones Unidas.

En este sentido, la lógica señala comenzar por conocer la estructura y el funcionamiento del sistema hospitalario español.

### 2.1. SISTEMA HOSPITALARIO EN ESPAÑA: ESTRUCTURA Y FÓRMULAS DE GESTIÓN

La coexistencia de tres subsistemas legales es la característica principal del sistema sanitario español, integrado por el Sistema Nacional de Salud (SNS), las mutualidades de funcionarios civiles, miembros de las Fuerzas Armadas y el Poder Judicial (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) y las mutuas de asistencia de accidentes y enfermedades profesionales, denominadas “Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social”. (Bernal-Delgado et. al, 2018).

El SNS está basado en los principios de universalidad, libre acceso, equidad y solidaridad financiera (Cabo Salvador, 2010), y se estructura, con la transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, en dos niveles: el nacional y el regional.

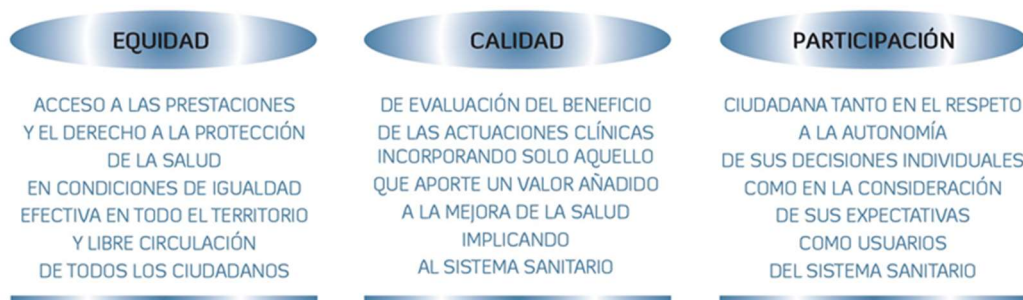
El Sistema Nacional de Salud -SNS- se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los



poderes públicos. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p. 6).

El objetivo de la transferencia de las competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas no es otro que aproximar la gestión sanitaria a la ciudadanía y garantizar en primer lugar, la igualdad de condiciones en el acceso a la asistencia sanitaria y en el ejercicio del derecho a la protección de la salud en todo el territorio del país; en segundo lugar, la calidad de las prestaciones asistenciales que mejoren el sistema sanitario español; y en tercer lugar, la participación ciudadana, situando al paciente como eje central del sistema sanitario, cuyas demandas y necesidades deben ser tenidas en cuenta.

Figura 9 Garantías de las competencias sanitarias transferidas a las Comunidades Autónomas



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012)

Estas garantías o principios son los que sustentan la organización del Sistema Nacional de Salud en dos entornos asistenciales: la atención primaria y la atención especializada. Dos entornos en los que “el acceso espontáneo de los ciudadanos y la complejidad tecnológica se encuentran en relación inversa” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p. 12).

La atención primaria se encarga básicamente de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y, siempre que es necesario, llega físicamente al domicilio del paciente, confirmando el principio de accesibilidad y equidad en el acceso a los servicios sanitarios. La atención primaria se presta en los centros de salud, donde trabajan equipos multidisciplinares integrados, principalmente, por

médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y personal de administración. En ocasiones, trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas también forman parte de estos equipos.

Por su parte, la atención especializada se centra en el tratamiento y el diagnóstico especializados y se proporciona, bien de manera ambulatoria o bien en régimen de ingreso, en centros de especialidades y en hospitales, donde una vez finalizado el proceso asistencial, el paciente retorna a su médico de atención primaria, garantizando la visión clínica y terapéutica global y el principio de equidad en la continuidad de la asistencia sanitaria, independientemente de sus circunstancias (lugar de residencia, autonomía, etc.).

Los hospitales son los establecimientos encargados del internamiento clínico y de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia, cuyas tareas son, además de las estrictamente asistenciales, las relacionadas con la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la investigación y docencia (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, arts. 65.2 y 68).

Los hospitales públicos – grandes y pequeños - se distribuyen territorialmente por la geografía española, con la finalidad de cubrir las necesidades sanitarias de la población de referencia, aunque no todos los hospitales disponen de todas las especialidades, por lo que la gravedad de una patología condicionará la derivación de un paciente desde un hospital pequeño a otro hospital general más grande que cuente con todas las especialidades disponibles. De hecho, todas las Comunidades Autónomas disponen al menos de un hospital de estas características. En la red española, son muy pocos los hospitales que se centran en una única especialidad (obstetricia y neonatología, psiquiatría, oftalmología...), ya que la tendencia se ha producido hacia su integración en grandes hospitales generales.

Además, estos hospitales grandes también pueden ser considerados como hospitales “terciarios” para un área de referencia más amplia dentro de la propia Comunidad Autónoma, o incluso, pueden prestar servicios a escala nacional, siendo reconocidos como “servicios de referencia nacional” tras su autorización por el Ministerio de Sanidad. En los últimos años, las fusiones de hospitales en casi todas las Comunidades Autónomas han dado lugar a consorcios hospitalarios (hospitales vecinos, cuyas titularidades pertenecen a distintas administraciones

públicas, que prestan servicios complementarios) o redes hospitalarias (el hospital más grande se sitúa como eje central de la red y presta servicios auxiliares comunes).

Otra característica importante de los hospitales generales públicos es su gran implicación con la formación de futuros profesionales y la investigación académica, a través de asociaciones con facultades de Medicina. De manera que, con la correspondiente acreditación, se convierten en hospitales docentes autorizados para impartir formación a estudiantes universitarios o programas de residencia médica. Por otra parte, así como existe una gran homogeneidad en el modelo asistencial hospitalario español (atención especializada ambulatoria vinculada a departamentos hospitalarios, número determinado de camas en cada departamento hospitalario y agrupación de hospitales pequeños con menos servicios alrededor de hospitales más grandes con servicios de alta tecnología o atención a complejidad de patologías), no resulta de la misma manera en lo que se refiere al modelo organizativo, donde se presenta una mayor variedad, coexistiendo, actualmente, cinco modelos organizativos (Bernal-Delgado et. al, 2018):

- Hospitales públicos de propiedad pública y gestión directa por el sistema público, sujetos al marco jurídico de la Administración Pública y cuyo personal se compone de funcionarios públicos asalariados.
- Hospitales públicos autogestionados propiedad del sistema público, con estructura legal de Fundación o Empresa Pública, implicando, por ejemplo, personal contratado según marcos jurídicos privados.
- Hospitales privados propiedad de empresas, normalmente del sector sanitario, que mantienen una relación contractual estable, en el marco de una colaboración público-privada, con las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas. La empresa se encarga de prestar la asistencia sanitaria en todos los servicios de la cartera de prestaciones a la ciudadanía de una determinada área sanitaria y la autoridad sanitaria abona una prima ajustada per cápita.

- Hospitales privados y servicios propiedad de fundaciones privadas, mutualidades de trabajadores u organizaciones benéficas religiosas que mantienen una relación contractual estable y complementan la prestación pública.
- Hospitales y clínicas de titularidad privada, que prestan servicios específicos al sistema público, actuando como una red complementaria (pruebas y procedimientos de diagnóstico, cirugía programada en el contexto de programas de reducción de listas de espera, cuidados paliativos, atención de larga duración, tratamientos de salud mental de casos no agudos, etc.).

Centrando la atención en los hospitales privados, éstos, por tanto, pueden actuar como:

Servicios auxiliares contratados habitualmente para reducir las listas de espera quirúrgicas; red complementaria como en el caso de la red sin ánimo de lucro de hospitales para uso público que genera gran parte de la actividad en Cataluña (a saber, la XHUP); o proveedores sustitutivos, como en el caso de algunas CPP (...) o en el caso de camas de atención de larga duración (...) utilizadas en cuidados paliativos o programas de alta temprana en pacientes crónicos. (Bernal-Delgado et al., 2018, p. 116)

La colaboración público-privada (CPP) puede establecerse según diferentes modelos (CEOE, 2016):

- Conciertos para pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos: de manera continuada o según necesidades del sistema público.
- Conciertos para determinadas prestaciones sanitarias: por ejemplo, diálisis, terapias respiratorias domiciliarias, etc.
- Concertación de la asistencia sanitaria pública en una determinada zona con un centro privado: concesión administrativa, concierto tradicional, con o sin inversión de construcción, etc.

- Concertación para que médicos del sistema público utilicen quirófanos de hospitales privados.
- Conciertos sociosanitarios de atención a pacientes crónicos y dependientes.

A esta estrecha interrelación entre los servicios asistenciales públicos y privados, se suma el hecho de que el sector privado constituye la red alternativa para el 80% del personal funcionario asegurado en una mutualidad. En consecuencia, y a tenor de lo expuesto anteriormente, la colaboración público-privada permite descongestionar el sistema público, a través de esa oferta complementaria de servicios asistenciales de titularidad privada, reducir las listas de espera y favorecer una atención sanitaria de mayor calidad para el paciente (CEOE, 2016 y Fundación IDIS, 2019).

Esta realidad constata que, junto a todas las estructuras y servicios públicos sanitarios, el sector sanitario privado se perfila como un agente clave y un aliado estratégico en este ámbito, no solamente como proveedor y prestatario, sino también como colaborador necesario del SNS (CEOE, 2016; Bernal-Delgado et al., 2018; y Fundación IDIS, 2019).

Por tanto, la fórmula de la colaboración público-privada se hace patente en el sistema sanitario español, introduciendo, así, uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos por la Agenda 2030 de Naciones Unidas, que se abordarán más adelante en este trabajo.

## 2.2. ACTIVIDAD DEL SISTEMA HOSPITALARIO: GRUPOS DE INTERÉS E IMPACTOS

Atendiendo a la definición establecida por la Ley General de la Sanidad (1986), un hospital desarrolla actividades asistenciales y actividades no asistenciales.

Las primeras se refieren a la prestación de una asistencia sanitaria especializada y complementaria, así como al internamiento clínico. Por tanto, en

estas actividades se incluirían la asistencia especializada en consultas externas, la asistencia especializada ambulatoria, la asistencia especializada quirúrgica, la hospitalización en régimen de internamiento, la hospitalización domiciliaria, los procedimientos diagnósticos y los procedimientos terapéuticos (López Palomino, 2019).

En cuanto a las actividades no asistenciales, se relacionan con la formación y docencia, la investigación y la promoción de la salud, es decir, esas funciones con las que los hospitales complementan las actividades desarrolladas por la red de atención primaria.

Esta clasificación entre actividades asistenciales y no asistenciales entronca directamente con “dos procesos claves en salud: i) las intervenciones técnicas por un lado y ii) las interacciones personales de los pacientes con los miembros del sistema sanitario por otro” (Campbell, Roland y Buetow, citado en Moyano Santiago y Rivera Lirio, 2017, p. 2).

Todas ellas tienen un destinatario principal, el paciente, que se configura como grupo de interés prioritario para los hospitales. No en vano el Sistema Nacional de Salud lo sitúa como eje central del sistema sanitario al garantizar, por una parte, el acceso a los servicios sanitarios en igualdad de condiciones, y por otra, el respeto a sus decisiones y expectativas como usuario del sistema sanitario.

Sin embargo, no es la única parte interesada en la gestión hospitalaria.

### **2.2.1. Grupos de interés de las organizaciones hospitalarias**

Ahondando en las actividades que desempeñan los hospitales, en su titularidad y en su organización, además de los pacientes, es posible identificar a otros grupos de interés.

Así, para desarrollar cualquiera de sus actividades asistenciales y no asistenciales, un hospital necesita personal, no sólo sanitario (profesionales de la medicina, enfermería, auxiliares del ámbito sanitario...), sino también no sanitario (personal administrativo, directivo, comunicación, ingeniería, documentación clínica, farmacia...). De la misma manera, que requiere de proveedores que le suministren productos, aparataje e, incluso, servicios (restauración, limpieza, etc.).

Gran parte de la actividad asistencial que se desarrolla en el hospital viene derivada de los centros de atención primaria, así como los programas de promoción de la salud - consumo de tabaco y alcohol, sobrepeso y obesidad, promoción de la actividad física, vigilancia y control de epidemias y calendario de vacunación, principalmente (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; y Bernal-Delgado et al., 2018) - que deben ser complementadas por los hospitales, resultando imprescindible una relación fluida entre ambos actores. Igualmente sucede con las Universidades, centros de investigación y sociedades científicas, con los que los hospitales necesitan establecer alianzas para desarrollar su actividad no asistencial, especialmente la referida a la formación y docencia y a la investigación.

El desempeño de los profesionales sanitarios – y también de algunos no sanitarios – está sometido a la regulación de su profesión y al cumplimiento de la deontología propia de su ámbito, siendo los Colegios Profesionales (Medicina, Enfermería, etc.) los responsables de ambas tareas y, por consiguiente, grupo de interés de los hospitales.

Un protagonismo destacado en la gestión de los hospitales lo ostenta la administración pública, principalmente, la sanitaria, entendiendo por ella, el Ministerio de Sanidad a través del Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud y los departamentos de salud de las Comunidades Autónomas. El primero se encarga de gestionar, coordinar y financiar, mientras que los segundos son los responsables de la regulación, planificación, elaboración de presupuestos y financiación, así como de la vigilancia epidemiológica y la protección y promoción de la salud (Bernal-Delgado et al., 2018).

En el marco de la administración pública en general, los ayuntamientos adquieren un interés notable para los hospitales, debido a su papel como agentes esenciales de salud pública, siempre en coordinación con las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas, en lo que respecta a medio ambiente, saneamiento, programas locales de promoción de la salud, control de la seguridad alimentaria, sacrificio de animales, etc.

La sociedad civil, bien por su condición de grupo de reflexión, bien por su proximidad física o geográfica, y/o bien porque la salud es el bien máspreciado

que tienen las personas, se constituye, sin duda, en una de las partes interesadas de los hospitales.

De igual manera sucede con el medio ambiente. La generación de residuos, la emisión de gases de efecto invernadero, el consumo de agua,... derivados del desempeño de la actividad hospitalaria llevan a considerar como uno de sus *stakeholders* al medio ambiente, entendido como un grupo más amplio (Gil Lafuente y Paula, 2011) con características específicas: “Mientras que, para algunos autores, el medioambiente estaría representado en sus intereses por comunidades y grupos ecologistas, otros autores consideran que el medio natural es un grupo de interés propio (Hopkins, 2003), calificado específicamente como grupo de interés no-humano (Starik, 1995)” (González Masip, 2018, p. 50).

Por otra parte, “(...) la nueva cultura de la comunicación, extremadamente participativa y basada en la inmediatez” (Barquero Cabero et al., 2018, p. 86), derivando en ocasiones en fenómenos de la post-verdad y *fake news*, obliga a los hospitales a prestar una especial atención a los medios de comunicación, convirtiéndose, así, en otro grupo de interés.

Finalmente, en el caso concreto de los hospitales privados, a los grupos de interés anteriores se suman, también, los accionistas, como proveedores de capital a través de inversiones; colaboradores sanitarios, personal externo a la plantilla del hospital que desarrollan su actividad asistencial y sanitaria en la instalaciones hospitalarias; las compañías aseguradoras de salud, con las que conciertan la prestación de servicios asistenciales; y la competencia, es decir, otros hospitales, grupos o complejos hospitalarios privados.



Figura 10 Grupos de interés del sector hospitalario



Fuente: elaboración propia con base en datos del Ministerio de Sanidad, Bernal-Delgado et al., Gil Lafuente y Paula, González Masip, Barquero Cabero et al.

Todos estos grupos de interés se encuentran presentes en la esfera de influencia del sector hospitalario, aunque la presencia de cada uno de ellos vendrá determinada por el resultado del proceso de identificación y priorización de las partes interesadas que realice cada hospital.

En cualquier caso, siendo como son *stakeholders*, significa que todos ellos, en diferente medida y según cada organización, son grupos que se ven afectados por las decisiones, acciones y políticas del hospital y que, simultáneamente, tienen capacidad para influir positiva o negativamente, directa o indirectamente, en el desarrollo de la actividad del hospital y en su propia gestión.

Por tanto, como grupos de interés reciben los impactos de la gestión hospitalaria.

### 2.2.2. Impactos de las organizaciones hospitalarias

Al igual que el resto de organizaciones, los impactos de las organizaciones hospitalarias están relacionados con la triple cuenta de resultados de la propia compañía, es decir, su triple desempeño económico, ambiental y social.

A continuación, se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 6 Impactos de la gestión del sector hospitalario

IMPACTOS DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA	
<b>IMPACTOS ECONÓMICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Generación de riqueza</li> <li>- Salarios y beneficios del personal</li> <li>- Pagos a proveedores de capital</li> <li>- Pagos a los gobiernos: impuestos, sanciones...</li> <li>- Inversiones en la comunidad cercana</li> <li>- Presencia en el mercado</li> <li>- Infraestructuras</li> <li>- Prácticas de adquisición locales</li> <li>- Corrupción</li> <li>- Competencia desleal</li> <li>- Prácticas contra la libre competencia</li> <li>- Etc.</li> </ul>
<b>IMPACTOS MEDIOAMBIENTALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insumos reciclados</li> <li>- Reutilización de productos y envase</li> <li>- Consumo energético</li> <li>- Consumo de agua</li> <li>- Vertidos</li> <li>- Impactos en la biodiversidad</li> <li>- Emisiones de gases de efecto invernadero y de otras emisiones significativas al aire</li> <li>- Generación de residuos y tratamiento</li> <li>- Derrames</li> <li>- Etc.</li> </ul>
<b>IMPACTOS SOCIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguridad y privacidad del paciente</li> <li>- Información sobre los servicios sanitarios y asistenciales</li> <li>- Condiciones laborales del personal</li> <li>- Salud y seguridad en el ámbito hospitalario</li> <li>- Formación del personal</li> <li>- Investigación</li> <li>- Igualdad de oportunidades</li> <li>- Diversidad</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>- No discriminación</li><li>- Libertad de asociación y negociación colectiva</li><li>- Participación en proyectos de las comunidades locales</li><li>- Etc.</li></ul>
---

*Fuente: elaboración propia con base en datos de Estándares GRI (2016)*

Paralelamente a estos impactos que genera con su actividad y que, por tanto, deben ser gestionados, el sector hospitalario también afronta una serie de riesgos y retos específicos de su ámbito profesional. Para ello, es necesario tener en cuenta sus elementos diferenciadores respecto al resto de sectores profesionales, entre los que se encuentran las connotaciones vitales del servicio asistencial que se ofrece al paciente, junto con el impacto emocional de este servicio, el nivel de especialización de los profesionales sanitarios que integran la plantilla del hospital y el gran porcentaje de personal (sanitario y no sanitario) que tienen contacto directo con el paciente (Medina-Aguerreberre, 2012).

Estos elementos, unidos a la definición de salud que permanece invariable desde que la formulara la Organización Mundial de la Salud en el año 1948, llevan a considerar como aspectos y retos prioritarios para el sector hospitalario la asistencia médica, la investigación científica y la docencia (Medina-Aguerreberre, 2012; Pinar Palacios, 2015; Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, art. 68). En consecuencia, impactos que también deben ser gestionados.

Otros retos/riesgos que también debe afrontar el sector hospitalario son los derivados del cambio climático. El aumento de las catástrofes naturales conlleva un incremento de patologías e, incluso, cambios en brotes de enfermedades. Así, como señalan Cáceres Pinto (2018) y Simón Soria (2019), las inundaciones derivan en la propagación de enfermedades (leptospirosis, virosis hemorrágicas, etc.) a través del agua y de la industria agrícola; los incendios provocan un aumento de las enfermedades respiratorias, cuadros de estrés, etc.; el derretimiento de las capas polares genera deshidratación y consumo de agua potencialmente contaminada; y el incremento de las temperaturas favorece la extensión de la actividad de insectos vectores de enfermedades, así como las condiciones favorables para el crecimiento y la persistencia en el ambiente de patógenos, incrementa la exposición a los rayos

ultravioleta y terminará impidiendo el cultivo de la tierra, limitando, por tanto, la producción de alimentos.

Los factores sociales tienen una especial repercusión en la salud (Pinar Palacios, 2015 y Bernal-Delgado et al., 2018) y, por ende, en el sector hospitalario. Las personas en situación de vulnerabilidad o en riesgo de exclusión social son más susceptibles de que su salud se resienta, como consecuencia, entre otras, de la ausencia de hábitos de higiene, el incremento de la obesidad o la imposibilidad de acceder a determinados alimentos, medicamentos/tratamientos requeridos, productos, servicios, etc.

La mejora de la asignación de recursos, la eficiencia técnica y la participación de los pacientes como corresponsables de su salud se perfilan como retos del sector hospitalario para conseguir alcanzar uno aún mayor: conseguir modelos sanitarios sostenibles (Pinar Palacios, 2015 y Bernal-Delgado et al., 2018).

Para ello, es necesario que el sector hospitalario gestione los retos, riesgos e impactos anteriores desde la perspectiva de la responsabilidad social corporativa, teniendo en cuenta que, dadas las áreas del desempeño de su actividad (asistencial, investigadora, docente, económica, medioambiental y social) y sus elementos diferenciadores como sector profesional (la elevada sensibilidad del término salud, las connotaciones vitales y emocionales del servicio asistencial, la alta especialización de sus profesionales y el contacto directo con el paciente), el concepto de RSC hospitalaria debe, en primer lugar, basarse en tres aspectos clave: “el valor prioritario de la comunicación interpersonal, el protagonismo del paciente y el compromiso con el conocimiento científico” (Medina-Aguerreberre, 2012, p. 82), para, en segundo lugar, seguir centrándose en el resto de acciones socialmente responsables: económicas, medioambientales y sociales. Este concepto parte de la base de que “los hospitales son, en su esencia, empresas socialmente responsables” (Medina-Aguerreberre, 2012, p. 85).

### 2.3. AGENDA 2030 DE NACIONES UNIDAS

Comenzaba el epígrafe 1.2 aludiendo a la importancia de que el sector hospitalario gestione su responsabilidad social corporativa para perdurar en el tiempo y contribuir a un mundo más inclusivo y sostenible, que es el objetivo final de la Agenda 2030 establecida por Naciones Unidas.

En 2015, los 193 Estados miembros de las Naciones Unidas aprueban la Agenda para el 2030, con la finalidad de lograr un futuro mejor, en la que se establece un camino a recorrer durante los siguientes 15 años para acabar con la pobreza extrema, luchar contra la desigualdad y la injusticia y proteger el planeta:

Se concibió como un plan de acción a favor de las personas, el planeta y la prosperidad, para la construcción de sociedades pacíficas, justas e inclusivas, que proejan los derechos humanos creen las condiciones de un crecimiento sostenible, inclusivo y sostenido, teniendo en cuenta los diferentes niveles de desarrollo y capacidad. (Solanes Corella, 2020, p. 20)

En ella, se integran los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que sustituyen, así, a los Objetivos del Milenio (ODM, 2000-2015), actualizándolos para conseguir lo que estos últimos no pudieron lograr.

Figura 11 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)



Fuente: Organización Mundial de las Naciones Unidas (2015)

Con sus 17 ODS – integrados e indivisibles-, sus 169 metas y 230 indicadores, la Agenda 2030 ofrece un contexto holístico para llevar adelante su consigna de “No dejar a nadie atrás” (Gupta & Vegelin, 2016; Simón Soria, 2019; y Stott & Scopetta, 2020). En este sentido, son notables los esfuerzos gubernamentales de los 193 países que aprobaron la Agenda para avanzar en la consecución de los ODS. Pero ese avance no es tarea exclusiva del sector público.

La Agenda 2030 señala también que el sector privado desempeñará un papel clave y contribuirá sustancialmente a su implementación, incluso a través de asociaciones público-privadas. Se apela a la corresponsabilidad en la implementación de la Agenda 2030 de los diversos integrantes del sector privado, desde las microempresas y las cooperativas, hasta las multinacionales y la sociedad civil en general. (Solanes Corella, 2020, p. 43)

Por tanto, Naciones Unidas hace un llamamiento a la acción a todos los *stakeholders*: gobiernos, organizaciones y empresas, tercer sector y sociedad civil (Miotto, 2017; y GRI, UN Global Compact y WBCSD, 2016).

En este sentido, y volviendo al objeto de esta investigación, los Objetivos de Desarrollo Sostenible constituyen una oportunidad para que las organizaciones hospitalarias demuestren, tanto su capacidad de generar riqueza, como su capacidad para actuar como agentes de desarrollo a nivel mundial, no sólo no causando impactos negativos en sus grupos de interés y en la sociedad en su conjunto, sino también causando impactos positivos que cambien la forma de desarrollar su actividad y de hacer negocios y mejoren el bienestar del conjunto de la sociedad. Máxime cuando, como señalan Albors Alonso y Paricio Esteban (2016), “la Agenda 2030 especifica propuestas relacionadas directamente con la prevención de la salud, promoviendo acciones que garanticen el desarrollo de una vida sana y el bienestar de la población” (p. 55).

Es decir, la Agenda 2030 insta a las organizaciones - y los hospitales lo son - a incorporar el impacto positivo en su gestión, asumiendo como propios los Objetivos de Desarrollo Sostenible, teniendo en cuenta la evaluación de sus impactos, riesgos, beneficios y oportunidades.

De los 17 ODS, es clara la relevancia del ODS 3 – *Salud y Bienestar* para el sector hospitalario ya que entronca directamente con su actividad. Conectado con los Principios 1 y 2 del Pacto Mundial de Naciones Unidas (*Principio 1 - Las empresas*

*deben apoyar y respetar la protección de los derechos humanos fundamentales, reconocidos internacionalmente, dentro de su ámbito de influencia; Principio 2 - Las empresas deben asegurarse de que sus empresas no son cómplices en la vulneración de los Derechos Humanos), el ODS 3 atiende a la necesidad de garantizar una vida saludable y promover el bienestar en todas las personas a cualquier edad para lograr el desarrollo sostenible.*

Sin embargo, la crisis sanitaria mundial provocada por la COVID-19 ha marcado un antes y un después. Señala Naciones Unidas que antes de la pandemia, se habían conseguido grandes avances en la mejora de la salud de millones de personas, al aumentar la esperanza de vida y reducir algunas de las causas de muerte comunes asociadas con la mortalidad infantil y materna. En contraposición, todavía resulta necesario conseguir la erradicación completa de una gran variedad de enfermedades y abordar un gran número de problemas de salud, tanto constantes como emergentes, a través de mecanismos que pasen por una financiación más eficiente de los sistemas sanitarios, un mayor saneamiento e higiene y un mayor acceso al personal médico.

La pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 ha puesto de manifiesto los efectos indeseables del cambio global que está sufriendo el mundo:

La diseminación de riesgos sanitarios asociados a la movilidad de las personas y de bienes y a los modelos de producción; el incremento de los riesgos que conllevan la contaminación y la destrucción del medio ambiente – en particular, la asociada al tipo de urbanización y distribución de la población - ; los desplazamientos masivos forzados de poblaciones expuestas a conflictos y el cambio en los patrones de temperatura y precipitaciones incrementan el riesgo de epidemias, pandemias y emergencias sanitarias a nivel global y nacional. (Simón Soria, 2019, p. 348)

Naciones Unidas entiende, por tanto, que la pandemia constituye un punto de inflexión en lo referente a la preparación para las emergencias sanitarias y la inversión en servicios públicos vitales del siglo XXI, con el objetivo de conseguir las metas establecidas en el ODS 3:

Tabla 7 Metas del ODS 3

**METAS DEL OBJETIVO 3**

**3.1** Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

**3.2** Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

**3.3** Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

**3.4** Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar

**3.5** Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

**3.6** Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.

**3.7** Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

**3.8** Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

**3.9** Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

**3.a** Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.

**3.b** Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.



**3.c** Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.

**3.d** Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

*Fuente: Organización Mundial de las Naciones Unidas (2015)*

El sector hospitalario puede contribuir en gran medida a la consecución de todas estas metas. Pero ésta no debe ser su única contribución a un mundo más justo y más sostenible. Naciones Unidas recomienda identificar los riesgos más graves para las personas y el medio ambiente que estén vinculados a las operaciones y cadena de valor de la organización, así como los impactos positivos de las operaciones, servicios o inversiones de la misma. En consecuencia, la organización hospitalaria podrá identificar y trabajar aquellos ODS que realmente considere relevantes, para contribuir con la Agenda 2030, teniendo en cuenta, como apunta Solanes Corella (2020) que los ODS integran “las denominadas 5 p (*People, Planet, Prosperity, Peace, Partnerships*); personas, planeta, prosperidad, paz y participación colectiva (alianzas), para conseguir el logro del desarrollo sostenible” (p. 30) que se suman a las tres dimensiones tradicionales de la responsabilidad social corporativa: inclusión social, crecimiento económico y protección medioambiental.

Las empresas tienen un papel esencial que desempeñar en la transición hacia la sostenibilidad. Durante las últimas décadas, tanto voluntariamente como alentadas por las autoridades públicas, un número cada vez mayor de empresas han hecho de la responsabilidad social y medioambiental una parte esencial de su labor social. Cada vez más empresas consideran que los ODS son parte integrante de su estrategia de crecimiento y competitividad. Han entendido que una empresa responsable puede generar unos beneficios y un crecimiento más sostenibles, nuevas oportunidades de mercado y valor para los accionistas a largo plazo. (Comisión Europea, 2019, p. 39)

En esa generación de oportunidades y crecimiento que señala la Comisión Europea, destaca el *ODS 17 Alianzas para lograr los objetivos* como el engranaje perfecto para que las organizaciones consigan alcanzar las distintas metas en el

camino de la sostenibilidad. Buena muestra de ello, es la fórmula de colaboración público-privada establecida en el sistema sanitario español, y explicada en el apartado anterior, donde los hospitales públicos y privados establecen alianzas a través de conciertos para pruebas diagnósticas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, determinadas prestaciones sanitarias, asistencia sanitaria pública, atención a pacientes crónicos y dependientes, etc. Estas alianzas estratégicas permiten a los hospitales públicos, liberar recursos, disminuir la presión asistencial reduciendo listas de espera y generar ahorro; a los hospitales privados, ofrecer una asistencia sanitaria más diversa, incorporar tecnología de última generación, apostar por la investigación y generar empleo; y a ambos, favorecer una atención sanitaria al paciente de mayor calidad y mejorar la accesibilidad del paciente a la asistencia sanitaria. Por tanto, la colaboración público-privada en este sector contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario (Fundación IDIS, 2019).

Los ODS se convierten, así, en un marco general para que las organizaciones hospitalarias no sólo puedan definir y dirigir sus estrategias - ya que, a través de sus indicadores, pueden medir el grado de consecución de los objetivos planteados y obtener así información sobre su gestión socialmente responsable -, sino que también puedan comunicar e informar sobre ellas, sus metas y sus actividades a sus grupos de interés. Y uno de los beneficios que plantean los Objetivos de Desarrollo Sostenible es la utilización de un lenguaje común: “Los ODS definen un marco de acción común y un lenguaje que ayudará a las empresas a comunicar su impacto y desempeño, con mayor consistencia y eficacia a las partes interesadas” (GRI, UN Global Compact y WBCSD, 2016).

**III – ANÁLISIS  
APROXIMATIVO A LA  
COMUNICACIÓN DE LA RSC  
HOSPITALARIA**

---

### III - ANÁLISIS APROXIMATIVO A LA COMUNICACIÓN DE LA RSC HOSPITALARIA

Establecido el marco teórico, donde se ha realizado un análisis de la literatura científica existente concerniente a la comunicación socialmente responsable y a la responsabilidad social corporativa en el ámbito hospitalario, se ha procedido a hacer un compendio de las recomendaciones que ofrecen autores científicos, instituciones públicas y otros organismos en materia de comunicación de la RSC y se han descrito los principios que deben orientar dicha comunicación. A continuación, en este capítulo se expondrá el valor estratégico de la comunicación de la RSC en el contexto hospitalario y se analizará la importancia que estas organizaciones conceden a la comunicación socialmente responsable.

#### 3.1. VALOR ESTRATÉGICO DE LA COMUNICACIÓN DE LA RSC EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

En el ámbito hospitalario, la marcada sensibilidad de la salud - tema principal que se aborda con sus principales grupos de interés -, requiere de importantes esfuerzos comunicativos (Medina-Aguerreberre, 2012; Figueiredo Manzo, Menezes Brito y Alves, 2013; Pinar Palacios, 2015; Albors Alonso y Paricio Esteban, 2016; Medina Aguerreberre y González Pacanowski, 2017; Barquero Cabero et al., 2018), en aras a conseguir la satisfacción de sus necesidades y expectativas y posibilitar su confianza en la organización hospitalaria:

(...) la buena imagen del hospital es construida por la confianza del paciente en el tratamiento y por el conocimiento sobre la organización hospitalaria, el cual puede mejorar la propensión del paciente a la hora de seleccionar su hospital. (Hoon Kim et al. citado en Medina-Aguerreberre y González Pacanowski, 2017, p. 173)

Pero como ya hemos comentado con anterioridad en esta investigación, los grupos de interés no otorgan su confianza *sine die*, y, aunque inicien un compromiso con las organizaciones hospitalarias (por razones diversas, como la vulnerabilidad de los pacientes experimentada ante enfermedades o dolencias, mejoras de servicios, reducción de listas de espera, ampliación de la cobertura

sanitaria, etc.), los grupos de interés terminan demandando transparencia en sus relaciones (Du, et al., 2010; Pérez y Rodríguez del Bosque, 2015; Villagra et al., 2016). Transparencia (Du et al., 2010) no sólo sobre los servicios hospitalarios – descripción, características, estándares de calidad, etc. – sino también, sobre sus valores y compromisos sociales y medioambientales. Es decir, la coherencia aparece como un elemento imprescindible en la gestión de las organizaciones hospitalarias: coherencia entre lo que un hospital es (Misión-Visión-Valores, proyección, principios éticos, compromisos...), lo que dice (lo que comunican) y lo que hace. La coherencia facilita la confianza.

En España, la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno “tiene por objeto ampliar y reforzar la transparencia de la actividad pública, regular y garantizar el derecho de acceso a la información relativa a aquella actividad y establecer las obligaciones de buen gobierno que deben cumplir los responsables públicos” (Portal de la Transparencia, Gobierno de España). Y su aplicación se extiende no sólo a la administración pública, sino también a aquellas “entidades que, por su especial relevancia pública, o por su condición de perceptores de fondos públicos, vendrán obligados a reforzar la transparencia de su actividad” (BOE, 295, p. 97924). En consecuencia, se podría entender que el sector hospitalario es una de esas entidades susceptibles de esta aplicación normativa, no ya solo por recibir dinero público, sino también por ser considerada su actividad de alta relevancia pública.

Pero la necesidad de una mayor transparencia va más allá de la obligatoriedad del cumplimiento normativo, y adquiere, desde una perspectiva económica, una gran relevancia para la eficiencia y el buen funcionamiento de los mercados (Romeu Granados, 2017): “En este sentido, son diversos los organismos internacionales (FMI, Banco Mundial, Unión Europea, etc.) que defienden el valor de la transparencia como elemento de confianza en el actual sistema de economía de mercado y como condición indispensable del mismo” (p. 93).

Sin embargo, Botsman (2017) y Amézquita y Arrendondo Trapero (2020) advierten de que actualmente estamos viviendo una era de transparencia radical o “híper-transparencia” en la que es muy fácil que todo llegue a saberse y a comunicarse – tanto lo bueno, como lo malo –, por lo que también es muy fácil

llegar a perder la confianza. Y una vez perdida, lleva mucho tiempo reconstruirla. Por eso, señala Bostman (2017) que el desafío actual para muchas organizaciones es que ya no pueden ocultar al mundo ni su comportamiento, ni su modo de gestionarse:

PR (Public Relations) puffery doesn't work anymore. And if things do go wrong, there's no longer this period of grace to fix mistakes. Companies have an extremely tight period to respond before opinions spread across social media like a virulent virus. (Bostman, 2017, p. 198)

La comunicación de la responsabilidad social corporativa adquiere en este punto una importancia vital para las organizaciones hospitalarias que, a la hora de desarrollarla, deberán tener en cuenta dos aspectos. De la misma manera que la infrainformación, - escasez de información o acceso limitado a la información – juega en contra de la confianza de las partes interesadas, la sobreinformación – sobrecarga de información o *infoxicación* - también lo hace, porque produce confusión, imposibilidad de discernir entre lo importante y lo que no lo es, desidia por encontrar lo que se busca, incompreensión de la información, etc.

Si la información que se le suministra, en este caso a la inteligencia colectiva general, está adulterada, o si esta se halla “infoxicada” con datos contradictorios y/o saturada de ellos, no es razonable esperar que tome decisiones acordes a su interés o su trasfondo cultural. (Barquero Cabero et al., 2018, p. 93)

En un sentido similar se pronuncia Romeu Granados, quien advierte del peligro de que la *infoxicación* genere mayores complicaciones de comprensión:

(...) la sobrecarga informativa puede llegar a preocupar, pues el hecho de disponer de demasiada información a la hora de obtener datos sobre una determinada cuestión, o de tener que tomar alguna decisión en determinadas ocasiones, resultaría contraproducente, pues imposibilita llegar a identificar la información realmente relevante y de calidad. E incluso un aumento de información y comunicación no tiene por qué identificarse con una mayor claridad sobre las cuestiones que afectan al mundo, sino que puede volverlo todo mucho más intrincado (Han, 2013). (Romeu Granados, 2018, p. 97)

Buena muestra de lo señalado por los autores anteriores son las distintas situaciones que se han producido durante la reciente época de pandemia, como el caso de las numerosas *fake news* o noticias falsas que han inundado las redes sociales:

La pandemia mundial, que está matando a miles de personas y ha cerrado las fronteras, está inundada de desinformación. La Organización Mundial de la Salud declaró en febrero una “infodemia” (*infodemic*), una sobreabundancia de información –alguna exacta y otra no– que hacía difícil que las personas encontrasen fuentes fiables y orientación confiable cuando la necesitaban. El Director General de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, dijo en la Conferencia de Seguridad de Munich en febrero: “Las noticias falsas se propagan más rápido y más fácilmente que este virus, y es igual de peligroso”. (Pérez-Dasilva, Meso-Ayerdi, Mendiguren-Galdospín, 2020, p. 2).

O, por ejemplo, el hecho de que, ante el desconocimiento sobre el virus SARS-CoV-2 y la COVID-19, numerosos grupos de investigación publicaran en 2020 gran cantidad de documentación, disponible en repositorios, sin superar procesos de revisión por pares, lo que llegó a generar controversias sobre algunos tratamientos propuestos para el coronavirus, como es el caso del entonces Presidente de los EE.UU., Donald Trump, y el uso de la hidroxicloroquina (Santillan-García y Ferrer-Arnedo, 2020).

Por tanto, el hecho de disponer de más información sobre un determinado asunto no conduce a adoptar las mejores decisiones (Han, 2013), ni contar con mayor transparencia da lugar necesariamente a una mejor información ni a un mejor desempeño (Romeu Granados, 2018, p. 96).

En consecuencia, es necesario que la aplicación del principio de transparencia a la comunicación del ámbito sanitario y hospitalario se entienda desde el punto de vista de facilitar una información que, ante todo, sea completa, de calidad y comprensible. Más aún en este tipo de situaciones extremas, como la producida por la pandemia, que ha desembocado en el sacrificio de la atención personal y cercana al paciente que se estaba dando hasta ese momento, primando aspectos más biológicos, centrados en el valor de la vida y en la enfermedad (Santillan-García y Ferrer-Arnedo, 2020).

La comunicación desempeña un rol clave a la hora de promover comportamientos saludables y mejorar la calidad del servicio médico (Obregón, 2010), de ahí la importancia de que los hospitales concedan más importancia a la comunicación como elemento estratégico capaz de influir positivamente en el correcto funcionamiento del hospital. (Medina Aguerrebere y González Pacanowski, 2017, p. 163).

Si, además se tiene en cuenta que aproximadamente el 80% del valor de una organización reside en sus intangibles, (Barrio Fraile y Enrique Jiménez, 2020) y que esos intangibles se encuentran muy presentes en las organizaciones hospitalarias, donde son transmitidos gracias a la comunicación (Medina Aguerrebere y González Pacanowski, 2017), se reitera el valor estratégico que la comunicación socialmente responsable tiene en los entornos hospitalarios.

¿Pero cuál es la importancia actual que las organizaciones hospitalarias conceden a desarrollar una comunicación socialmente responsable?

### 3.2. ANÁLISIS PRÁCTICO DE LA COMUNICACIÓN DE LA RSC HOSPITALARIA

Llegados a este punto, se considera necesario, como paso previo al objeto de esta investigación, establecer una diagnosis sobre la importancia que las organizaciones hospitalarias conceden a la comunicación de su gestión socialmente responsable y la manera en la que la desarrollan.

Con esta finalidad, se realiza una recolección de datos obtenidos a través del estudio de las páginas web de una muestra representativa de hospitales.

Utilizando la técnica probabilística de Muestreo Sistemático (MS) (López-Roldán y Fachelli, 2015), la muestra ( $n$ ) surge del universo finito ( $N$ ) constituido por los hospitales que integran el Catálogo Nacional de Hospitales (CNH) 2020. Este Catálogo, en cuestión, incluye, por primera vez, “datos de fuentes primarias de información que son mantenidas por los organismos competentes en materia de autorización y de gestión de los centros sanitarios de las Comunidades Autónomas (CC.AA.), las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla y el Ministerio de Defensa para los hospitales militares” (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2020). Esas fuentes de información son:



- El Registro general de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS), nutrido directa y continuamente por parte de las Comunidades Autónomas.
- El Sistema de información de atención especializada (SIAE), alimentado, anualmente, tanto por las propias Comunidades Autónomas como por los propios hospitales.

En consecuencia, el CNH muestra el listado de todos aquellos centros sanitarios cuya actividad principal es la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internamiento – es decir, que permanezcan ingresados como mínimo una noche -, con la finalidad de su diagnóstico o tratamiento, sin perjuicio de que también presten atención ambulatoria (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2020).

Los hospitales se clasifican en el CNH atendiendo a diversas variables:

- *Clase de Centro y Finalidad Asistencial*: dos variables equivalentes. De hecho, la última es la que se ha utilizado en ediciones anteriores del CNH.

Tabla 8 Correspondencia Finalidad Asistencial - Clase de Centro

Finalidad CNH		Finalidad (Clase de centro) REGCESS	
Código	Literal	Código	Literal
1	General	C11	Hospitales Generales
2	Quirúrgico	C12	Hospitales especializados
3	Maternal	C12	Hospitales especializados
4	Infantil	C12	Hospitales especializados
5	Materno-Infantil	C12	Hospitales especializados
6	Psiquiátrico	C14	Hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías
7	Enfermedades Del Tórax	C12	Hospitales especializados
8	Oncológico	C12	Hospitales especializados
9	Oftálmico u ORL	C12	Hospitales especializados
10	Traumatología y/o Rehabilitación	C12	Hospitales especializados
11	Rehabilitación Psicofísica	C12	Hospitales especializados
12	Médico-Quirúrgico	C12	Hospitales especializados
13	Geriatría y/o Larga Estancia	C13	Hospitales de media y larga estancia
14	Otros Monográficos	C190	Otros centros con internamiento
15	Leprológico o Dermatológico	C12	Hospitales especializados
16	Otra Finalidad	C190	Otros centros con internamiento

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, CNH 2020

- *Dependencia Funcional*: referida al organismo o entidad jurídica del que depende, jerárquica o funcionalmente, el centro sanitario, independientemente de su forma de gestión. Esta variable también se ha modificado en la nueva edición del CNH.

Tabla 9 Correspondencia Dependencia Funcional

Dependencia Funcional CNH		Dependencia Funcional REGCESS	
Código	Literal	Código	Literal
1	Instituto De Gestión Sanitaria-Ingresa	1	Instituto De Gestión Sanitaria/INGESA
2	Servicio Andaluz De Salud	2	Servicios e Institutos de Salud de las comunidades autónomas
3	Instituto Catalán De La Salud	2	Servicios e Institutos de Salud de las comunidades autónomas
4	Servicio Vasco De Salud-Osakidetza	2	Servicios e Institutos de Salud de las comunidades autónomas
5	Conselleria De Sanidad. G. Valenciana	2	Servicios e Institutos de Salud de las comunidades autónomas
6	Servicio Navarro De Salud-Osasunbidea	2	Servicios e Institutos de Salud de las comunidades autónomas
7	Servicio Gallego De Salud-Sergas	2	Servicios e Institutos de Salud de las comunidades autónomas
8	Servicio Canario De Salud	2	Servicios e Institutos de Salud de las comunidades autónomas
12	Instituto De Salud Carlos III	4	Otros centros o establecimientos públicos de dependencia autonómica
13	Otros Hospitales Públicos De Dependencia Estatal	3	Otros centros o establecimientos públicos de dependencia estatal
14	Administración Penitenciaria	3	Otros centros o establecimientos públicos de dependencia estatal
15	Comunidad Autónoma	4	Otros centros o establecimientos públicos de dependencia autonómica
16	Diputación O Cabildo	5	Diputación o Cabildo
17	Municipio	6	Municipio
18	Otros Públicos	8	Otra entidades u organismos públicos
19	Matep	21	Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social
20	Privado-Benéfico Cruz Roja	22	Organizaciones no gubernamentales
21	Privado-Benéfico Iglesia	22	Organizaciones no gubernamentales
22	Otro Privado-Benéfico	22	Organizaciones no gubernamentales
23	Privado No Benéfico	23	Otros privados
24	Otra	20	Privados
25	Ministerio De Defensa	7	Ministerio de Defensa
26	Servicio De Salud Del Principado De Asturias-Sespa	2	Servicios e Institutos de Salud de las comunidades autónomas
27	Servicio Cántabro De Salud-Scs	2	Servicios e Institutos de Salud de las comunidades autónomas
28	Servicio Riojano De Salud	2	Servicios e Institutos de Salud de las comunidades autónomas
29	Servicio Murciano De Salud	2	Servicios e Institutos de Salud de las comunidades autónomas
30	Servicio Aragonés De Salud-Salud	2	Servicios e Institutos de Salud de las comunidades autónomas
31	Servicio De Salud De Castilla-La Mancha-Sescam	2	Servicios e Institutos de Salud de las comunidades autónomas
32	Servicio Extremeño De Salud-Ses	2	Servicios e Institutos de Salud de las comunidades autónomas
33	Servei De Salut De Les Illes Balears- Ib-Salut	2	Servicios e Institutos de Salud de las comunidades autónomas
34	Servicio Madrileño De Salud	2	Servicios e Institutos de Salud de las comunidades autónomas
35	Sanidad Castilla Y León-Sacyl	2	Servicios e Institutos de Salud de las comunidades autónomas

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, CNH 2020

- *Acreditación Docente*: esta variable notifica si el centro hospitalario está capacitado para impartir formación sanitaria especializada de postgrado.
- *Concierto con el SNS*: esta variable informa si un centro de dependencia privada presta servicios a la Administración Pública Sanitaria, independientemente de que el concierto sea parcial o sustitutorio.
- *Alta Tecnología*: esta variable recoge el número de equipos de alta tecnología en funcionamiento en el centro sanitario, sean o no propiedad

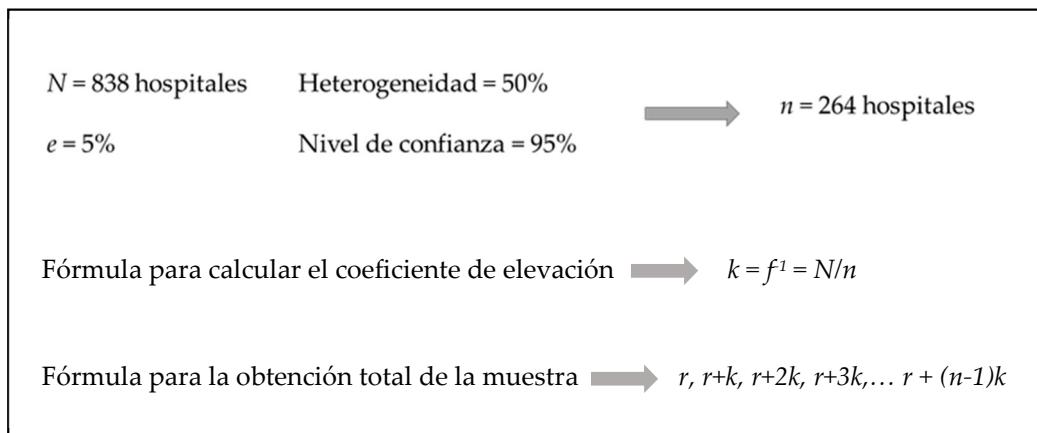
del mismo, e independientemente de que estén gestionados por empresas o particulares ajenos al centro.

Por tanto, ante la diversidad del universo, para calcular la muestra se establece una heterogeneidad del 50% y un nivel de confianza del 95%, siendo el resultado ( $n$ ) 264 hospitales.

Para seleccionar las unidades muestrales, tras numerar todas las unidades de la población ( $N$ ) se calcula el coeficiente de elevación ( $k$ ).

Siendo inferior al coeficiente de elevación resultante, se elige la primera unidad de la muestra ( $r$ ) al azar, y a partir de ella, se suma en progresión de secuencia el valor del coeficiente de elevación ( $k$ ) hasta obtener el total de la muestra ( $n$ ).

*Fórmula 1 Cálculo de la muestra*



*Fuente: elaboración propia con base en datos de López-Roldán y Fachelli (2015)*

La casuística encontrada a lo largo del CNH\_2020 ha sido tan importante - con hospitales integrantes de la muestra resultante que no disponen de página web propia; hospitales pertenecientes a un mismo grupo/complejo hospitalario con Informe/Memoria de Sostenibilidad del propio grupo/complejo, en el que se reflejan los datos de sus hospitales integrantes; grupos/complejos hospitalarios, cuyos centros integrantes deciden de manera unilateral, reportar o no información no financiera; etc. -, que ha obligado a realizar continuos ajustes para la selección

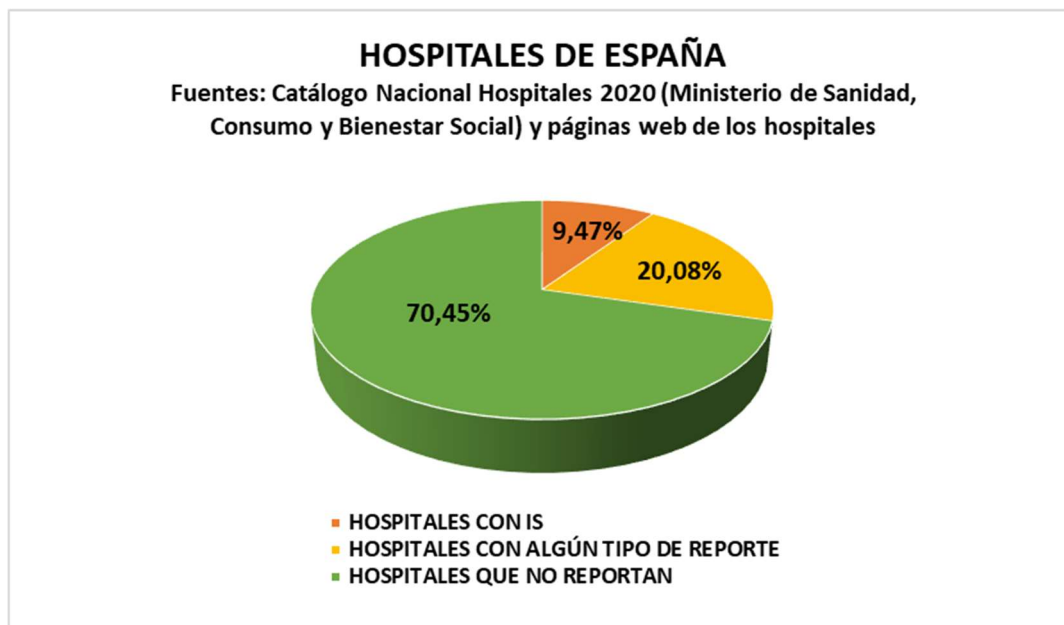
de las unidades muestrales. Esto ha hecho que, finalmente, se haya utilizado una muestra por conveniencia.

De manera que del total de 838 centros hospitalarios que integran el CNH\_2020, 264 hospitales constituyen la muestra representativa, en la que se encuentran representados centros privados y públicos, con concierto con el SNS, generales y especializados, y dependientes de diferentes administraciones públicas y organismos sociales (ver Anexo 1).

El resultado es el siguiente:

- El 9,47% de los hospitales españoles – esto es, un total de 25 - disponen de Informe de Sostenibilidad (IS) (siguiendo estándar o no).
- El 20,08% de los hospitales españoles – esto es, un total de 53 (distintos de los 25 anteriores) – disponen de algún tipo de reporte, aunque no estrictamente de sostenibilidad. Suele ser una memoria de actividad, en la mayoría de los casos.
- Por último, el 70,45% de los hospitales españoles – esto es, un total de 186 – no disponen de ningún tipo de reporte.

Gráfico 2 Análisis de la comunicación socialmente responsable en el ámbito hospitalario español



Fuente: elaboración propia con base en datos del CNH 2020 (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social) y del estudio de las páginas webs de hospitales componentes de la muestra representativa

A la luz de estos resultados, se concluye que:

- Apenas el 10% de los hospitales españoles están comprometidos con la sostenibilidad y con una gestión socialmente responsable de la que rinden cuentas periódicamente a través de Informes o Memorias de Sostenibilidad.
- Sus Informes o Memorias de Sostenibilidad - independientemente de que se rijan o no por un estándar internacional de comunicación de la RSC, que suele ser GRI, PMNU y ODS – abordan asuntos materiales muy similares, relativos a los ámbitos asistencial, buen gobierno, económico, medioambiental y social.
- Poco más del 20% de los hospitales españoles reportan algún tipo de información, aunque con referencia mayoritaria a su actividad asistencial,

y en ocasiones, relativas a parte de su desempeño social (sobre todo, en relación con las actividades de donaciones y patrocinios).

- Apenas el 30% de los hospitales españoles realizan un ejercicio de transparencia y de rendición de cuentas para con sus grupos de interés mediante la explicación de algunos o todos sus desempeños.
- Más de un 70% de los hospitales españoles no reportan ningún tipo de información a sus grupos de interés.

Tomando como base este análisis, se pretende dar un paso en esta investigación, con la finalidad de llegar al objetivo general planteado inicialmente de desarrollar un marco de referencia para comunicar la RSC hospitalaria utilizando un lenguaje común, a partir de la estandarización de la comunicación socialmente responsable de las organizaciones hospitalarias. Y para ello, en el siguiente capítulo, se desarrollará la parte empírica de esta investigación, planteada en dos fases.

# MARCO EMPÍRICO





## **IV – METODOLOGÍA**

---



## IV - METODOLOGÍA

Para abordar el objeto de estudio de esta investigación, se ha decidido utilizar dos técnicas metodológicas que, según Berganza Conde y Ruiz San Román (2005), “no sólo no se excluyen mutuamente, sino que se requieren y complementan” (p. 31):

- 1) En primer lugar, una metodología cuantitativa, que, como perspectiva empírica, está basada en datos secundarios – es decir, ya dados – o en datos primarios – esto es, obtenidos a partir de la acción investigadora – (Berganza Conde y Ruiz San Román, 2005, p. 30). En el caso de esta investigación, se basa en datos primarios conseguidos a través de encuestas online dirigidas a la misma muestra representativa del estudio analizado en el capítulo anterior, con el objetivo de que posibilite la identificación consensuada de los asuntos materiales específicos de la RSC hospitalaria.
- 2) Y, en segundo lugar, una metodología cualitativa que permita aportar “una información sobre los fenómenos sociales más rica y profunda que la que se puede obtener mediante técnicas cuantitativas” (Berganza Conde y Ruiz San Román, 2005, p. 31). Así, con la finalidad de poder utilizar los resultados obtenidos en la primera fase como marco conceptual y evidencias iniciales en las que desarrollar el debate posterior, se utilizará la técnica de los grupos, y más concretamente, un grupo Delphi, integrado por expertos del mundo académico, la gestión hospitalaria, la comunicación de la salud y la estandarización de la información.

### 4.1. ENCUESTAS ONLINE

Desarrollando con más detalle la primera perspectiva metodológica, se utiliza la encuesta como “procedimiento estadístico que permite captar la opinión de una sociedad o de un grupo social para determinar el sentido y la intensidad de las corrientes de opinión mayoritarias. Captan tanto situaciones y hechos como opiniones (...)” (Berganza Conde y Ruiz San Román, 2005, p. 177).

Por tanto, utilizando esta técnica cuantitativa, se pretende conocer la opinión de una muestra representativa – determinada y explicada en el epígrafe 3.2 - del

conjunto de las organizaciones hospitalarias que integran el Catálogo Nacional de Hospitales (CNH) 2020 acerca de los posibles impactos específicos de la actividad hospitalaria en sus grupos de interés y en su entorno más cercano. Para ello, se les solicita que evalúen cada impacto utilizando la escala de Likert de 1 a 5, donde 1 es la menor puntuación y 5, la mayor puntuación posible. Se elige una escala de Likert impar para dar libertad a los encuestados y no condicionar sus respuestas, siendo “3” la opción neutral o puntuación intermedia.

Así, se prepara, expresamente para este estudio, un cuestionario online a través de la herramienta Googles Forms. Bajo el título “Impactos de la gestión hospitalaria”, el cuestionario incluye una breve explicación de lo que se espera obtener del mismo, así como la información sobre la normativa en materia de protección de datos (ver Anexo 2). Y se estructura de la siguiente manera (ver Tablas 10-13):

- En primer lugar, se identifican cuatro dimensiones de la gestión hospitalaria, dando lugar a las cuatro secciones del cuestionario: Marco de actuación de las políticas de gestión, Grupos de interés, Recursos e Indicadores de actividad.
- En segundo lugar, se determinan las líneas estratégicas asociadas a cada una de las dimensiones anteriores:
  - o Líneas estratégicas de Marco de actuación de las políticas de gestión: organización de procesos, gestión sostenible e I+D+i sanitaria.
  - o Líneas estratégicas de Grupos de interés: humanización y ACP (atención centrada en el paciente), compromisos con la comunidad (bienestar físico y psicosocial), proveedores, recursos humanos.
  - o Líneas estratégicas de Recursos: recursos sanitarios.
  - o Líneas estratégicas de Indicadores de actividad: altas, intervenciones, estancias, urgencias, consultas externas, pruebas diagnósticas, fisioterapia y actividad sanitaria.
- Y, en tercer lugar, se seleccionan los ítems, referidos como posibles impactos específicos de la gestión hospitalaria, y se enmarcan en cada una de las líneas estratégicas anteriores, dando lugar a las 54 preguntas de que consta el cuestionario.

Tabla 10 Dimensiones, líneas estratégicas e impactos de la gestión hospitalaria I

DIMENSIÓN	LÍNEA ESTRATÉGICA	IMPACTO
Marco de actuación de las políticas de gestión	Organización de procesos	GRD's (grupos relacionados por el diagnóstico)
		Mapa de procesos
	Gestión sostenible	Economía circular
		Acciones para cumplir con la Agenda 2030
		Gestión de riesgos
	I+D+i sanitaria	TICs aplicadas a la asistencia sanitaria
		Investigación desarrollada

Fuente: elaboración propia

Tabla 11 Dimensiones, líneas estratégicas e impactos de la gestión hospitalaria II

DIMENSIÓN	LÍNEA ESTRATÉGICA	IMPACTO
Grupos de interés	Humanización y ACP (atención centrada en la persona)	Trato al paciente
		Seguridad del paciente
		Promoción y divulgación de la salud
	Compromisos con la comunidad (bienestar físico y psicosocial)	Compromisos con la cultura
		Compromisos con la promoción de hábitos saludables
		Compromisos con el deporte
	Proveedores	Cadena de valor: proveedores
	Recursos Humanos	Organigrama
		Total de personal
		Total de colaboradores sanitarios externos
		Docencia y formación interna y externa
		Planes de igualdad

Fuente: elaboración propia

Tabla 12 Dimensiones, líneas estratégicas e impactos de la gestión hospitalaria III

DIMENSIÓN	LÍNEA ESTRATÉGICA	IMPACTO
Recursos	Recursos sanitarios	Cartera de servicios y pruebas diagnósticas
		Camas instaladas
		Camas en funcionamiento
		Quirófanos
		Consultas externas
		Unidades de fisioterapia
		Laboratorio de análisis clínico y anatomía patológica
Boxes de urgencias		

Fuente: elaboración propia

Tabla 13 Dimensiones, líneas estratégicas e impactos de la gestión hospitalaria IV

DIMENSIÓN	LÍNEA ESTRATÉGICA	IMPACTO
Indicadores de actividad	Altas	Total de altas
		Altas con hospitalización
		Altas médicas
		Altas quirúrgicas
		Readmisiones
		Mortalidad
	Intervenciones	Intervenciones con cirugía mayor ambulatoria (CMA)
		Intervenciones con ingreso
	Estancias	Total de estancias
		Estancia media
	Urgencias	Total de urgencias atendidas
		Presión de urgencias
	Consultas externas	Total de primeras consultas externas
		Total de segundas consultas externas
	Pruebas diagnósticas	Total de análisis clínicos
		Radiología convencional
		Ecografía
TAC (tomografía axial computarizada)		
RMN (resonancia magnética nuclear)		
	Endoscopias digestivas	

		Exploraciones de Neurofisiología
		Exploraciones cardíacas
	Fisioterapia	Pacientes atendidos en Fisioterapia
		Sesiones de Fisioterapia
	Actividad sanitaria	Actividad sanitaria por NHS (National Health Service)
		Actividad sanitaria por aseguradoras sanitarias, mutuas, compañías de tráfico, etc.
Actividad sanitaria privada		

*Fuente: elaboración propia*

Acompañados de una breve explicación para ofrecer a la organización encuestada una mayor claridad de cada una de las cuestiones planteadas (ver Anexo 3), la elección de estos ítems se debe a tres circunstancias: la primera es que estos ítems responden a los requerimientos que el Ministerio de Sanidad tiene establecidos para su cumplimiento por parte de las organizaciones hospitalarias; la segunda, que se trata de los ítems más utilizados por esta autora durante su trabajo desempeñado en el ámbito de la comunicación de la RSC en el seno de una organización hospitalaria, cuyo plan estratégico los incluía; y la tercera, que estos ítems aparecen en algunas de las memorias de sostenibilidad y de actividad de diferentes organizaciones hospitalarias españolas, consultadas previamente a la elaboración de este cuestionario.

- Finalmente, se incluye una pregunta abierta con el fin de que las organizaciones hospitalarias puedan incluir otros posibles impactos que consideren procedentes y que no aparezcan en las preguntas anteriores: “Si considera importantes otros impactos que deban tenerse en cuenta en la comunicación de la RSC hospitalaria y que no aparezcan en este cuestionario, por favor, indíquelos”.

Previamente al envío del cuestionario, y con el objetivo de confirmar idéntica comprensibilidad del mismo por parte de los encuestados y de la investigadora (Berganza Conde y Ruiz San Román, 2005, p. 190), se realiza una prueba de control (pretest) con diez organizaciones hospitalarias de la muestra representativa (9-31

mayo 2022). Atendiendo al resultado de dicha prueba, se mantiene invariable, de manera que el cuestionario se envía, inicialmente, al conjunto de la muestra representativa, en total, 264 organizaciones hospitalarias, encontrando como principal dificultad contactar con las personas más adecuadas para responderlo, y que suelen pertenecer, según cada organización hospitalaria, a los departamentos de RSC, Sostenibilidad, Comunicación, Calidad, Formación y/o Gerencia.

Tras mantener el cuestionario accesible para ser respondido por un período cercano a los 4 meses (23 junio – 7 octubre 2022), se contabilizan un total de 41 respuestas, que reflejan la situación de un total de 169 organizaciones hospitalarias, dado que algunas de las respuestas representan a todos los hospitales que integran determinados grupos hospitalarios. De manera que, en base a la muestra inicial (264), se obtiene la opinión del 64,01%, una cifra representativa equivalente al 20,19% del total de organizaciones hospitalarias de España.

Para realizar la explotación de datos, se decide prescindir de las respuestas que han sido puntuadas con 1 y 2 por ser las puntuaciones más bajas, y se contabiliza el número de respuestas que han puntuado 3, 4 y 5 por ser las puntuaciones intermedia-alta-más alta. A continuación, se ponderan multiplicando por 1, por 2 y por 3, respectivamente, y se suman las ponderaciones, obteniendo una única puntuación por cada respuesta, que se traduce a porcentaje para poder equilibrar la comparativa de datos, ya que el número de respuestas de las organizaciones hospitalarias (41) es casi tres veces mayor que el del grupo Delphi (14).

Finalmente, con el fin de establecer cuáles de todos los impactos son los principales y, por tanto, deben tomarse en consideración, se establece una puntuación mínima para que un impacto sea considerado como principal. Para ello, siguiendo la escala de Likert, se divide entre 5 la puntuación máxima que podría haber obtenido un impacto y se multiplica su resultado por 3. El resultado final es la puntuación mínima a partir de la cual un impacto puede ser considerado principal.

Así, de los 54 impactos iniciales, 41 impactos son tomados en consideración.



## 4.2. GRUPO DELPHI

A continuación, se inicia la segunda parte del trabajo de campo, utilizando la técnica metodológica cualitativa de los grupos de discusión. El objetivo es recabar

(...) información cualitativa sobre conductas interactivas, actitudes, percepciones y mensajes latentes (no verbales), no delimitada por el investigador (como en el caso de otras técnicas como la encuesta), que es el resultado de reunir a un conjunto representativo del colectivo que se desea estudiar y permitir que se exprese libremente. (Berganza Conde y Ruiz San Román, 2005, p. 268)

Se pretende utilizar los resultados obtenidos durante la primera fase del estudio empírico como marco conceptual y como evidencias iniciales sobre las que poder desarrollar un debate posterior con un grupo de expertos del mundo académico, la gestión hospitalaria, la comunicación de la salud y la estandarización de la información. Para ello, concretamente, se ha conformado un grupo Delphi, consistente en “entrevistas sucesivas a un panel de expertos de una materia que tiene por objeto la predicción de las consecuencias de un determinado fenómeno o evento” (Berganza Conde y Ruiz San Román, 2005, p. 268).

Tratando de mantener el equilibrio de género en la configuración del grupo Delphi, los miembros son elegidos por sus conocimientos en los ámbitos de la gestión de organizaciones hospitalarias, la comunicación de la responsabilidad social corporativa y la sostenibilidad en el ámbito de la salud, y la estandarización de la información, así como por su capacidad de alinearse con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que conforman la Agenda 2030 de Naciones Unidas:

- Dr. Guillermo Bosovsky (director de DOXA, empresa especializada en investigación de públicos y consultoría). Es reseñable su trayectoria en el ámbito académico y profesional de la comunicación institucional, la investigación y la consultoría estratégica. Además, es miembro del Comité Consultivo de la Red DirCom Iberoamericana.
- Dña. Ana M<sup>a</sup> Díaz-Oliver Pérez-Hijicos (presidenta de la Red Sanitaria de Responsabilidad Social de España y Jefa de Servicio de RSC del Hospital 12 de octubre, Madrid). Destaca por su trayectoria en la promoción y

divulgación de la RSC sanitaria y por su desempeño en la gestión de esta área en el seno de una organización hospitalaria.

- Dra. Enriqueta Fernández Izquierdo (directora de la Fundación Hefame). Es experta en gestión de la responsabilidad social corporativa y su aplicación al ámbito farmacéutico y sanitario.
- Dr. Francisco Jesús Gálvez Sánchez (profesor ayudante del Departamento de Economía Financiera y Contabilidad de la Universidad de Granada). Destaca por su dedicación y trabajos en el mundo académico centrados en la sostenibilidad y la economía circular.
- Dr. Fernando Rubén García Hernández (coordinador de la Cátedra Internacional de Responsabilidad Social Corporativa de la Universidad Católica San Antonio de Murcia, UCAM). Es reseñable su trayectoria en el ámbito académico de la responsabilidad social corporativa y la gestión de personas.
- Dra. M<sup>a</sup> Teresa García Nieto (profesora titular de la Facultad de Ciencias de la Información y directora del Máster de Comunicación Organizacional de la Universidad Complutense de Madrid). Destaca su trayectoria académica en el ámbito de la comunicación de la RSC, siendo una de las primeras personas que realizó su tesis sobre RSC en España y dirigiendo tesis doctorales y trabajos fin de máster sobre la RSC en el sector hospitalario.
- Dr. Jerónimo Lajara Blesa (decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica San Antonio de Murcia, UCAM). Su trayectoria académica en el ámbito de la Medicina es ampliamente reconocida, así como el ejercicio profesional de la misma.
- Dr. Marcelo Manucci (consultor y profesor en diferentes universidades de América y España en postgrados en los módulos de estrategia, liderazgo y procesos de cambio). Destaca su especialización en comunicación y percepción, además de ser experto en comunicación organizacional e imagen institucional.

- Dña. M<sup>a</sup> Teresa Martín Melgarejo (presidenta de la Asociación de Usuarios de la Sanidad de la Región de Murcia). Es reseñable su trayectoria en la representación del principal grupo de interés de las organizaciones hospitalarias, los pacientes y usuarios. También desarrolla su profesión en el ámbito académico de la comunicación, defendiendo el derecho a informar y ser informado.
- Dña. Fuensanta Martínez Lozano (directora del Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria - IMIB). Su trayectoria profesional centrada en el ámbito de la comunicación sanitaria, así como en la gestión de la investigación biomédica y su transferencia al ámbito sanitario, justifican su elección.
- D. Carlos Rus Palacios (presidente de la Alianza para la Sanidad Privada Española - ASPE). Su trayectoria en el ámbito de la patronal sanitaria privada española y sus conocimientos en la gestión de las organizaciones hospitalarias es ampliamente reconocida.
- Dña. Marta Serrano García (manager de Sanidad y Salud Laboral de AENOR). Reconocida a nivel nacional en el ámbito sanitario por su desarrollo profesional en cuanto a la normalización de diferentes aspectos de la gestión de la sanidad.
- Dra. Ángeles Solanes Corella (catedrática de Filosofía del Derecho y Política de la Universidad de Valencia). Su trayectoria investigadora se centra principalmente, entre otros temas, en la responsabilidad social corporativa y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que integran la Agenda 2030.
- Dña. Ana Cecilia Varela Mascarell (ejecutiva senior de Pizzolante Comunicación). Experta en responsabilidad social corporativa, sostenibilidad, reputación, comunicación y estrategia, está especializada en el ámbito hospitalario.

Sus opiniones se recogen a través de un cuestionario online bajo la herramienta de Google Forms y, posteriormente, a través de correo electrónico, de forma individual, con el objetivo de obtener la opinión real de cada uno de los

expertos sobre los resultados de la encuesta online anterior, evitando posibles distorsiones que podrían aparecer en el caso de respuestas grupales.

Partiendo de sus opiniones, la finalidad última es poder establecer la conveniencia o no de utilizar un marco de referencia común a todas las organizaciones hospitalarias para comunicar su RSC, y, en caso afirmativo, la propuesta de cuáles deben ser los ítems sobre los que deben informar las organizaciones hospitalarias en sus Informes de Sostenibilidad acerca de su actividad estrictamente sanitaria.

Así, tras un contacto inicial con cada uno de ellos, se elabora una encuesta online (similar a la utilizada con las organizaciones hospitalarias) (Anexo 3), en la que se recogen los 41 impactos resultantes de la explotación de datos obtenidos de la opinión de estas organizaciones. Se trata de que cada uno de los integrantes del grupo Delphi puntúen cada uno de los impactos siguiendo la misma escala de Likert (del 1 al 5, siendo 1 la menor puntuación y 5 la mayor puntuación posible).

Este cuestionario se mantiene abierto del 1 al 25 de noviembre de 2022, recabando la opinión de todos los miembros del grupo Delphi. La explotación de datos se realiza utilizando la misma metodología aplicada a los resultados de la encuesta dirigida a las organizaciones hospitalarias, para obtener una única puntuación por respuesta. Así, de los 41 impactos que se someten a su juicio, 34 impactos son considerados a ser tenidos en cuenta por los miembros del grupo Delphi.

Posteriormente, siguiendo el principio de materialidad de los *Estándares GRI*, se cruzan los resultados expresados en porcentajes obtenidos de ambas partes, representándolo gráficamente a través de una matriz. Dicha matriz revela cuáles son los impactos de alta relevancia, de mediana relevancia y de baja relevancia, de los 34 impactos tomados en consideración, tras la ponderación de los resultados obtenidos a partir de las opiniones de las organizaciones hospitalaria y de los miembros del grupo Delphi.

Tanto la explotación de datos del cuestionario online contestado por el grupo de expertos, como los resultados finales representados en la matriz son remitidos en un documento a cada uno de los miembros del Grupo Delphi, de manera individual, a través de un correo electrónico. En el mismo correo, se adjunta un

segundo documento, que incluye tres preguntas de carácter cualitativo para ser respondidas por cada uno de ellos, a la luz de los resultados obtenidos en la matriz:

- Pregunta 1. *¿Considera válidos estos resultados? Por favor, justifique su respuesta.*
- Pregunta 2. *¿Considera que sería posible jerarquizarlos más? En caso afirmativo, ¿cómo? Por favor, justifique su respuesta.*
- Pregunta 3. *Incluir estos impactos en los Informes de Sostenibilidad de las organizaciones hospitalarias ¿contribuiría a estandarizar la información relativa a los asuntos específicamente sanitarios y por tanto a establecer un lenguaje común? Por favor, justifique su respuesta.*

El plazo de respuesta se mantiene abierto entre el 14 y el 31 de enero de 2023, ofreciendo una semana adicional más con el fin de recabar las aportaciones de todos los expertos. Finalmente, se obtiene un total de 11 respuestas, cerrándose la segunda y última ronda del grupo Delphi.



# V – RESULTADOS

---





## V - RESULTADOS

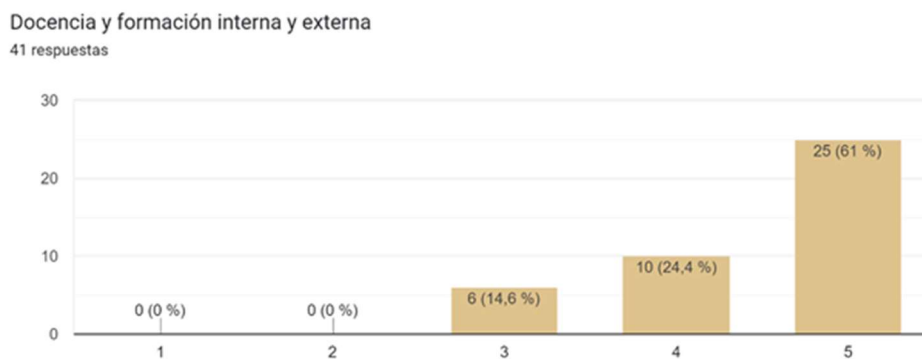
Tras la explicación de la metodología aplicada y la descripción del trabajo de campo realizado, este capítulo se centra en la exposición de los principales resultados de cada una de las fases de la investigación.

### 5.1. RESULTADOS DE LA ENCUESTA ONLINE

Aunque el conjunto total de resultados de la encuesta online se recoge en el Anexo 4, a continuación, se exponen los principales resultados, atendiendo al número de organizaciones hospitalarias que han puntuado los diferentes ítems en la horquilla comprendida entre los valores 3 y 5 de la Escala de Likert.

En primer lugar, se muestran los ítems que reciben mayor puntuación:

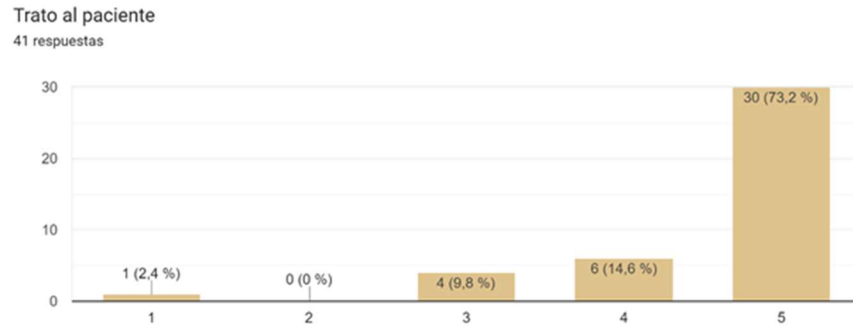
Gráfico 3 Ítem "Docencia y formación interna y externa"



Fuente: Google Forms

Como se puede observar, el ítem *Docencia y formación interna y externa* es el más respaldado por las organizaciones hospitalarias con un 100%.

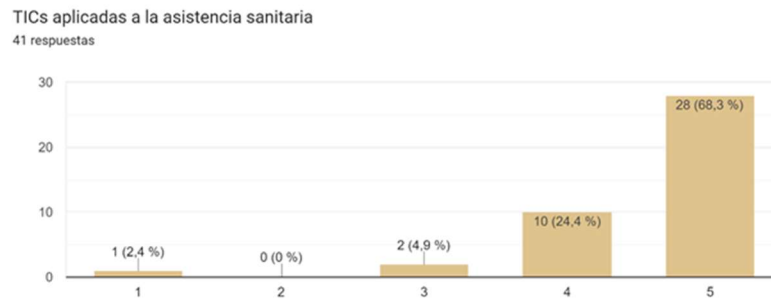
Gráfico 4 Ítem "Trato al paciente"



Fuente: Google Forms

El 97,6% de las organizaciones hospitalarias valoran con las puntuaciones más altas el ítem *Trato al paciente*, siendo 30 hospitales quienes lo puntúan con un 5.

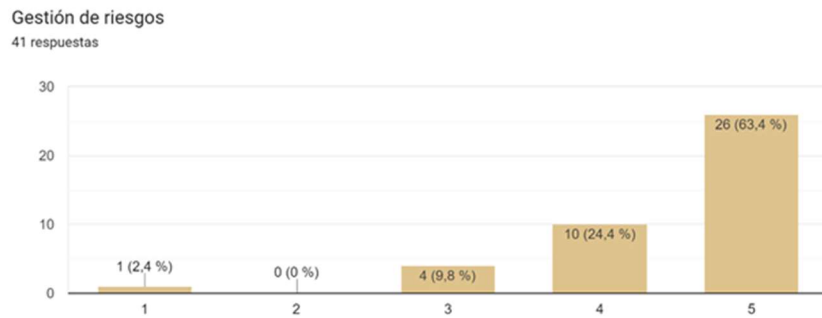
Gráfico 5 Ítem "TICs aplicadas a la asistencia sanitaria"



Fuente: Google Forms

Son 28 organizaciones hospitalarias quienes consideran muy importante que el ítem *TICs aplicadas a la asistencia sanitaria* esté presente en un informe de sostenibilidad. Ítem que obtiene el respaldo del 97,6% de los hospitales.

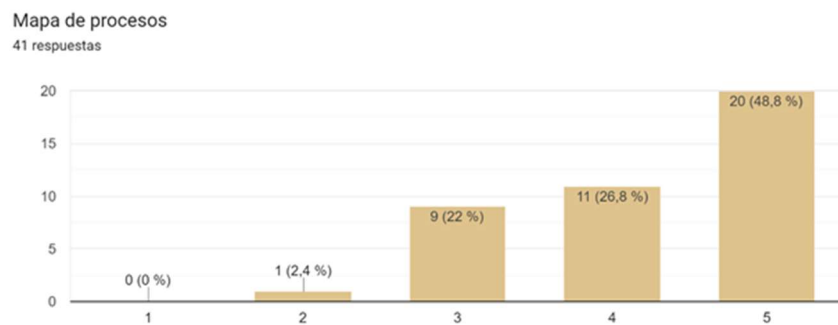
Gráfico 6 Ítem "Gestión de riesgos"



Fuente: Google Forms

Mismo porcentaje de organizaciones hospitalarias (97,6%) valoran con mucha importancia el ítem *Gestión de riesgos*, siendo 26 las que le otorgan un 5.

Gráfico 7 Ítem "Mapa de procesos"

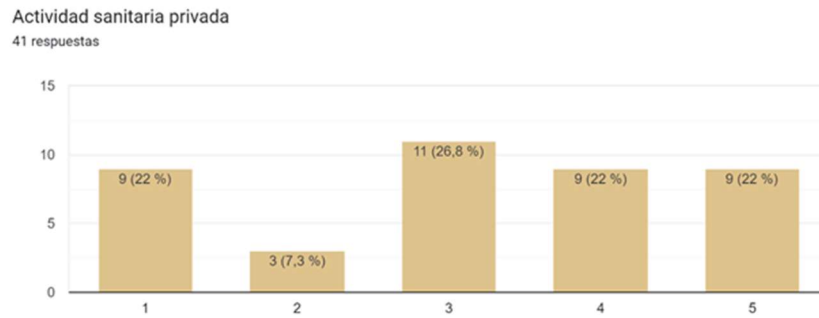


Fuente: Google Forms

El ítem *Mapa de procesos* obtiene el mismo porcentaje de apoyo que los anteriores (97,6%), aunque sólo consigue la puntuación de 5 por parte de 20 organizaciones hospitalarias.

A continuación, se muestran los ítems que obtienen menor puntuación.

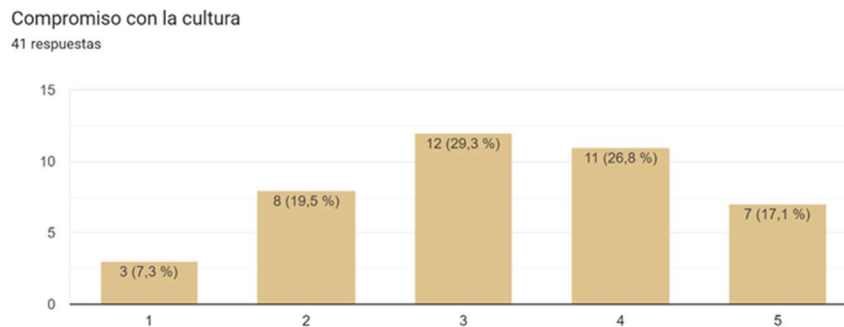
Gráfico 8 Ítem "Actividad sanitaria privada"



Fuente: Google Forms

El ítem *Actividad sanitaria privada* obtiene la puntuación más baja con un 70,8%, siendo considerado por las organizaciones hospitalarias como el menos importante de todos para aparecer en un informe de sostenibilidad.

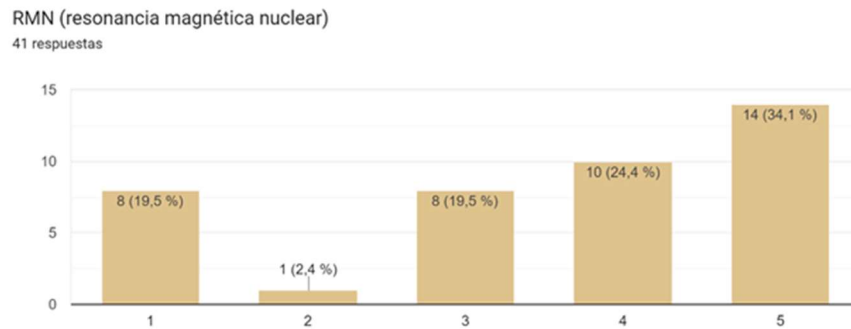
Gráfico 9 Ítem "Compromiso con la cultura"



Fuente: Google Forms

El 73,2% de las organizaciones hospitalarias puntúan del 3 al 5 el ítem *Compromiso con la cultura*, convirtiéndose en el siguiente en menor importancia.

Gráfico 10 Ítem "RMN (resonancia magnética nuclear)"

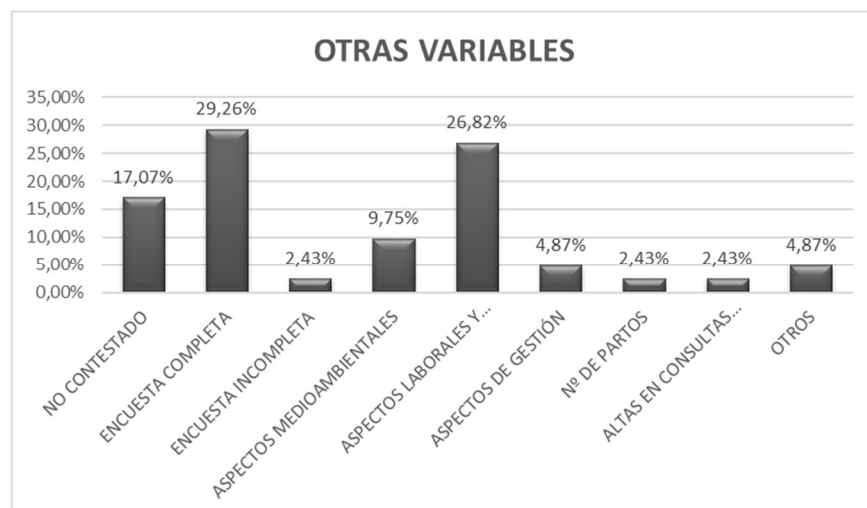


Fuente: Google Forms

Y, por último, el ítem *RMN (resonancia magnética nuclear)* obtiene el 77'6% del respaldo de las organizaciones hospitalarias.

Finalmente, en *Otras variables* se recogen las respuestas a la *Pregunta abierta: Si considera importantes otros impactos que deban tenerse en cuenta en la comunicación de la RSC hospitalaria y que no aparezcan en este cuestionario, por favor, indíquelos:*

Gráfico 11 Ítem "Otras variables"



Fuente: elaboración propia con base en datos de Google Forms

Como se puede observar, la mayoría de las organizaciones hospitalarias (29,26%) consideran que la encuesta es bastante completa, frente a un 2,43% que la considera incompleta. Cabe destacar la propuesta de inclusión de dos ítems relacionados estrictamente con la actividad sanitaria: *número de partos y altas en consultas externas y altas en fisioterapia*. Por otra parte, el 41,44% propone incluir impactos relacionados con la gestión y con los desempeños medioambiental y social, que no se han incluido porque ya están recogidos en los principales estándares de comunicación de RSC.

## 5.2. RESULTADOS DEL GRUPO DELPHI

### 5.2.1. Resultados de la primera ronda del grupo Delphi

A continuación, se resumen los resultados obtenidos atendiendo al número de miembros del grupo Delphi que han puntuado los diferentes ítems en la horquilla comprendida entre los valores 3 y 5 de la Escala de Likert.

El 100% de los expertos han valorado con las puntuaciones más altas un total de 17 ítems:

Tabla 14 Ítems con valoración más alta

ÍTEMES CON VALORACIÓN MÁS ALTA	
- Mapa de procesos	- GRD's
- Gestión de riesgos	- Acciones para cumplir con la Agenda 2030
- Economía circular	- Investigación desarrollada
- TICs aplicadas a la asistencia sanitaria	- Trato al paciente
- Seguridad del paciente	- Promoción y divulgación de la salud
- Compromiso con la promoción de hábitos saludables	- Docencia y formación
- Planes de igualdad	- Mortalidad
- Readmisiones	- Estancia media
- Presión de urgencias	

Fuente: Google Forms

14 ítems han obtenido el respaldo de casi el 93% de los miembros del Grupo Delphi:

Tabla 15 Ítems con valoración intermedia

ÍTEMES CON VALORACIÓN INTERMEDIA	
- Organigrama de RRHH	- Consultas externas
- Unidades de Fisioterapia	- Boxes de urgencias
- Cartera de servicios y pruebas diagnósticas	- Intervenciones con ingreso
- Intervenciones con CMA	- Total de estancias
- Total de urgencias atendidas	- Total de primeras consultas externas
- Total de segundas consultas externas	- Radiología convencional
- Pacientes atendidos en Fisioterapia	- Sesiones de Fisioterapia

Fuente: Google Forms

Finalmente, el menor apoyo de los expertos (con casi el 86%) lo reciben 10 ítems:

Tabla 16 Ítems con valoración más baja

ÍTEMES CON VALORACIÓN MÁS BAJA	
- Compromiso con el deporte	- Personal total en plantilla
- Camas instaladas	- Camas en funcionamiento
- Quirófanos	- Laboratorio de análisis clínico y anatomía patológica
- Altas con hospitalización	- Altas quirúrgicas
- Total de altas	- Altas médicas

Fuente: Google Forms

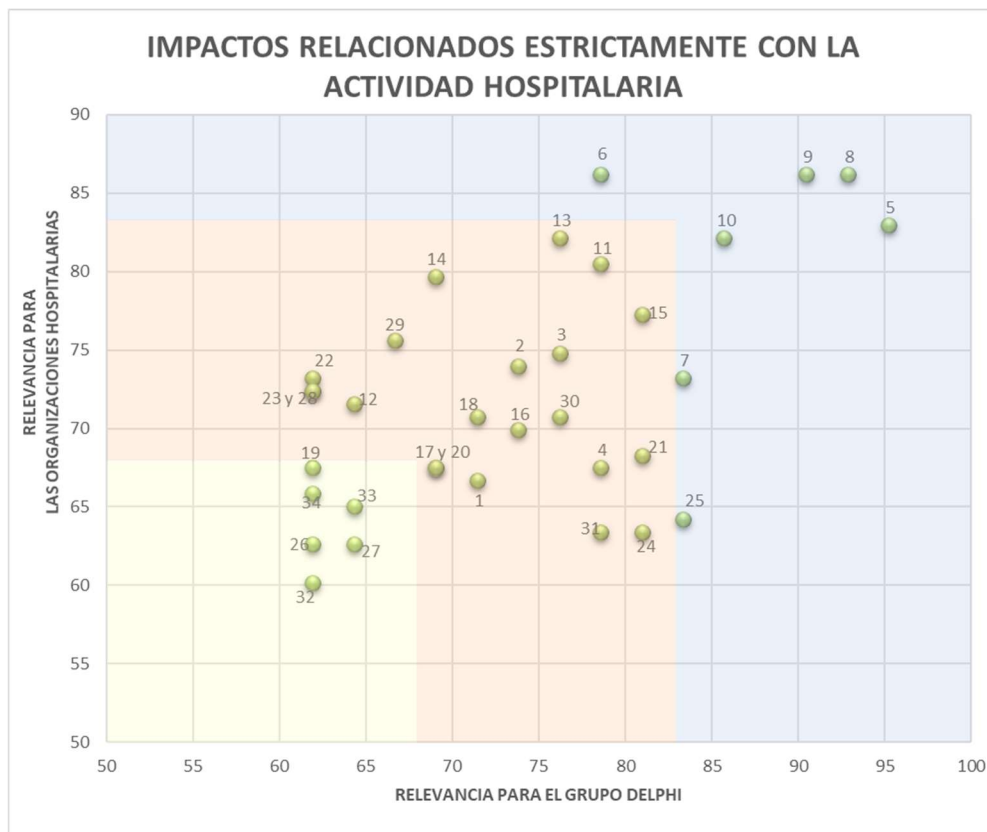
El conjunto total de resultados de la encuesta online dirigida al grupo Delphi se recoge en el Anexo 5.

A continuación, siguiendo el principio de materialidad de los *Estándares GRI* y la representación gráfica de un análisis de materialidad, se cruzan los resultados de ambas partes en una matriz, situando los datos ofrecidos por las organizaciones hospitalarias en el eje de ordenadas y los datos obtenidos del grupo Delphi, en el eje de abscisas.

Dado que las valoraciones de los impactos se extienden en una horquilla del 60% al 100%, se decide establecer 50% como valor inicial de cada uno de los ejes, con el fin de ofrecer mayor claridad al área de la matriz.

Con el objetivo de determinar cuáles son los asuntos de alta relevancia o prioritarios, los de mediana relevancia y los de baja relevancia, se decide dividir esta área en tres zonas de igual tamaño, siendo la inferior-izquierda (50%-66,66%), la zona donde se sitúan los impactos de menor relevancia, es decir, aquéllos que han obtenido menor puntuación tanto por las organizaciones hospitalarias como por el grupo Delphi; el área central (66,66%-83,33%), donde se sitúan aquellos asuntos de mediana relevancia; y la superior-derecha (83,33%-100%), que recoge los asuntos de alta relevancia o prioritarios, es decir, aquéllos que han sido más valorados por ambas partes.

Figura 12 Matriz "Impactos relacionados estrictamente con la actividad hospitalaria"



Fuente: elaboración propia



**LEYENDA**

1	GRD's (grupos relacionados con el diagnóstico)	18	Consultas externas
2	Mapa de Procesos	19	Unidades de fisioterapia
3	Economía Circular	20	Laboratorio de análisis clínico y anatomía patológica
4	Acciones para cumplir con la Agenda 2030	21	Boxes de urgencias
5	Gestión de riesgos	22	Total de altas
6	TICs aplicadas a la asistencia sanitaria	23	Altas con hospitalización
7	Investigación desarrollada	24	Readmisiones
8	Trato al paciente	25	Mortalidad
9	Seguridad del paciente	26	Intervenciones con CMA (cirugía mayor ambulatoria)
10	Promoción y divulgación de la salud	27	Intervenciones con ingreso
11	Compromisos con la promoción de hábitos saludables	28	Total de estancias
12	Organigrama	29	Estancia media
13	Docencia y formación interna y externa	30	Total de urgencias atendidas
14	Planes de igualdad	31	Presión de urgencias
15	Cartera de servicios y pruebas diagnósticas	32	Radiología convencional
16	Camas en funcionamiento	33	Número de pacientes atendidos en fisioterapia
17	Quirófanos	34	Sesiones de fisioterapia

En la representación gráfica de la matriz, se observa que 7 impactos relacionados estrictamente con la actividad hospitalaria se enmarcan en el área de “Alta relevancia”, 21 se sitúan en el área de “Mediana relevancia”, mientras que los 6 restantes se encuentran en el área de “Baja relevancia”.

Tabla 17 Resultados de la matriz

<b>IMPACTOS DE ALTA RELEVANCIA O PRIORITARIOS</b>	
5	Gestión de riesgos
8	Trato al paciente
9	Seguridad del paciente
10	Promoción y divulgación de la salud
7	Investigación desarrollada
25	Mortalidad
6	TICs aplicadas a la asistencia sanitaria
<b>IMPACTOS DE MEDIANA RELEVANCIA</b>	
15	Cartera de servicios y pruebas diagnósticas
21	Boxes de urgencias
24	Readmisiones
11	Compromisos con la promoción de hábitos saludables
13	Docencia y formación interna y externa
4	Acciones para cumplir con la Agenda 2030
31	Presión de urgencias
3	Economía Circular
30	Total de urgencias atendidas
2	Mapa de Procesos
16	Camas en funcionamiento
18	Consultas externas
1	GRD's (grupos relacionados con el diagnóstico)
14	Planes de igualdad
17	Quirófanos
20	Laboratorio de análisis clínico y anatomía patológica
29	Estancia media
12	Organigrama
22	Total de altas
23	Altas con hospitalización
28	Total de estancias
<b>IMPACTOS DE BAJA RELEVANCIA</b>	
33	Número de pacientes atendidos en fisioterapia
27	Intervenciones con ingreso
19	Unidades de fisioterapia
34	Sesiones de fisioterapia
26	Intervenciones con CMA (cirugía mayor ambulatoria)
32	Radiología convencional

Fuente: elaboración propia

### 5.2.2. Resultados de la segunda ronda del grupo Delphi

Tomando como base los resultados finales representados en la matriz anterior, la segunda ronda del grupo Delphi refleja las siguientes opiniones de los expertos.

En relación a la primera pregunta *¿Considera válidos estos resultados? Por favor, justifique su respuesta*, el 90,91% de los expertos los considera válidos porque surgen de “un proceso objetivo que emplea herramientas de análisis” (Experto 3), permitiendo “ver las diferentes percepciones desde distintas perspectivas” (Experto 7) y medir la “relevancia de los impactos relacionados estrictamente con la actividad hospitalaria” (Experto 4), comparando las opiniones de organizaciones hospitalarias y de los expertos del grupo Delphi. En consecuencia, el proceso realizado posibilita “identificar tres áreas que sirven para jerarquizar la prioridad de los indicadores” (Experto 1) - considerando, además, que los resultados “están bien jerarquizados” (Experto 6) - y para “definir categorías de representatividad de aspectos sanitarios” (Experto 7).

Destacan el acierto, por una parte, de ponderar los resultados para obtener una única puntuación por respuesta plasmándose “en forma de porcentaje prescindiendo de los dos márgenes”; y por otra, de “recurrir a una puntuación mínima (con la forma de cálculo que se determina) para que un impacto sea tomado en consideración”, considerándola una “buena medida para asegurar su relevancia” (Experto 11).

Una parte de estos expertos coincide en basar la validez de estos resultados no tanto en el procedimiento de análisis, sino en los resultados en sí mismos, al observar que “parece que existe un criterio común a la hora de considerar fundamental” (Experto 5) determinados asuntos. De manera que el hecho de que los asuntos considerados como de mayor relevancia sean el trato y la seguridad del paciente, la previsión y gestión de riesgos, la gestión administrativa relacionada con las nuevas tecnologías, el impacto que la gestión de la atención tiene en los resultados (como la mortalidad), “la necesaria evolución y crecimiento de la sanidad desde el punto de vista de la investigación” (Experto 10) y la promoción de hábitos saludables vienen a “confirmar que tanto para los profesionales y

gestores hospitalarios como para los expertos, lo prioritario y fundamental es la atención centrada en el paciente” (Experto 5).

En este sentido, algún experto sostiene que, a pesar de que los resultados “apuntan en buena dirección”, se focalizan “en temas o muy básicos (seguridad, calidad, etc.) o muy de tendencia (digitalización)”, ya que considera que provienen de preguntas muy abiertas (Experto 9).

Finalmente, otros expertos concluyen que “los resultados tienen consistencia y coherencia como datos para un análisis de creación de valor de los mismos” (Experto 8).

Por otra parte, el 9,09% de los expertos otorga validez a la mayor parte de estos resultados al considerar que “están basados en instrumentos de medición con indicadores de sostenibilidad, que indican el grado de compromiso en materia de responsabilidad social (...). Instrumentos validados tanto a nivel nacional como internacional: GRI, AA1000, SGE 21, ISO 26000, IQNet SR10, SA 8000, Integrated Reporting o Pacto Mundial de Naciones Unidas” (Experto 2), mientras que cuestiona el valor del resto de resultados en materia de sostenibilidad y de RSC.

Respecto a la segunda pregunta *¿Considera que sería posible jerarquizarlos más? En caso afirmativo, ¿cómo? Por favor, justifique su respuesta*, el 72,73% de los expertos estima que no, pero con diferentes matices.

Al considerar que son muy pocos los impactos señalados como de alta relevancia y no apreciar apenas diferencia entre los impactos de mediana relevancia y los de baja relevancia, algunos expertos consideran preferible distinguir “entre dos niveles: deben incluirse *versus* pueden incluirse” (Experto 4). De manera que, para ello, proponen que “el criterio de diferenciación y la línea de corte sea 75” (Expertos 1 y 4), permitiendo “añadir al listado de alta relevancia algunos de los indicadores que alguno de los dos actores evaluadores, o ambos, consideran bastante importantes” (Experto 1).

Varios expertos coinciden en la conveniencia de mantener la jerarquización, pero organizándolos en “clústers conceptuales, que permitan una mayor comprensión sobre lo que se está evaluando, dada que la dispersión de puntos es muy amplia y resulta complejo el análisis” (Experto 7). O incluso, refiriéndose a los asuntos de mediana relevancia, en categorías como “por ejemplo, Organización

hospitalaria (cartera de servicios, mapa de procesos, organigrama, etc.), Organización de la asistencia (boxes de urgencias, readmisiones, presión de urgencias, etc.), RSC (acciones para cumplir con la Agenda 2030, economía circular, planes de igualdad, etc.), etc.” (Experto 5).

Otros ponen el foco de atención en los asuntos de alta relevancia, destacando su segmentación o categorización, con la que “se genera un proceso macro de la atención sanitaria” (Experto 10).

Por otra parte, algunos de ellos señalan, de manera más categórica, que una mayor jerarquización podría ser contraproducente ya que los 34 impactos resultantes del proceso investigador muestran las cuestiones fundamentales que se deben trabajar: “Desde esa perspectiva el paso de 54 impactos iniciales, a los siguientes 41 impactos, para acabar en los 34 impactos finales, muestra el excelente trabajo de selección que se ha realizado para focalizar los aspectos más relevantes y, al tiempo, hacerlos abarcables. En mi opinión, una mayor cantidad de impactos podría comprometer la viabilidad y eficacia del informe, y sobre todo su posterior medición” (Experto 11).

Por último, otros expertos concluyen que estos resultados son el fruto del “conocimiento y el interés por la implementación de distintas prácticas en materia de sostenibilidad en las organizaciones hospitalarias” (Experto 8).

Con la postura contraria se pronuncia el 27,27% de los expertos, que consideran la posibilidad de una mayor jerarquización de estos resultados, “acorde a los análisis del entorno y de la situación empresarial y del diagnóstico de situación, ya que un hospital, además de ser un espacio sanitario, es una empresa que se ha de gestionar de manera sostenible en pro de ofrecer un servicio socio sanitario a la población” (Experto 3).

En este sentido, varios expertos proponen, por un lado, partir de los resultados obtenidos para volver a solicitar opinión a los encuestados, “porque es curioso encontrar en un mismo grupo los GRD (muy relevantes y cada vez más) y las sesiones de fisioterapia” (Experto 9); y por otro, clasificar estos impactos en base a las herramientas más utilizadas por las organizaciones hospitalarias “y crear instrumentos adaptados a las organizaciones sanitarias, con la posibilidad de incluir medidas de calidad de la ISO o de la Joint Commission, para dar más solidez a la herramienta” (Experto 2).

La última pregunta *Incluir estos impactos en los Informes de Sostenibilidad de las organizaciones hospitalarias ¿contribuiría a estandarizar la información relativa a los asuntos específicamente sanitarios y por tanto a establecer un lenguaje común? Por favor, justifique su respuesta* obtiene una respuesta mayoritaria a favor del sí.

El 90,91% opina que la estandarización de determinados parámetros permitiría establecer un lenguaje común, que es “lo que se persigue con los informes de sostenibilidad de los centros sanitarios”, bajo la recomendación de “hablar los mismos lenguajes de cara a la Agenda 2030” (Experto 2).

Algunos expertos justifican su opinión en el alcance que puede suponer para las organizaciones hospitalarias utilizar un lenguaje común, ya que “cualquier proceso o informe que contribuya a estandarizar la información en las organizaciones redundará en un beneficio para éstas” (Experto 6), de manera que “el solo hecho de que se recomiende incluir estos criterios de evaluación ya de por sí puede producir un efecto positivo” (Experto 1).

Concretando en esta línea, para algunos expertos utilizar un lenguaje común evitaría los riesgos de una desconexión entre las organizaciones hospitalarias y sus grupos de interés, como, por ejemplo, “percibir una atención sanitaria desintegrada y segmentada según sea atendido en diferentes localizaciones o por diferentes profesionales sanitarios (para el paciente); encontrar barreras para compartir información, aportar diferentes perspectivas o aunar esfuerzos para la mejora de la salud de los pacientes (para los profesionales sanitarios); o desarrollar una gestión menos eficiente de los recursos materiales y humanos (para el sistema sanitario)” (Experto 3).

Por otra parte, varios expertos destacan, como otro beneficio de establecer un lenguaje común, la posibilidad de realizar comparativas. En este sentido, algunos, para los que “establecer una nomenclatura común es un paso fundamental en el sector”, consideran que “todo lo que vaya en la línea de estandarizar y homogeneizar ayudará a la comparación, estudio y mejora” (Experto 9). En el mismo sentido se pronuncian otros miembros del grupo Delphi, quienes subrayan que incluir los impactos resultantes de esta investigación en los informes de sostenibilidad de las organizaciones hospitalarias, utilizando por tanto un lenguaje común, permitiría “establecer comparaciones en relación con asuntos

específicamente sanitarios que generan cuestiones transversales que deberían abordarse en diferentes centros, pero de igual manera” (Experto 11). De modo que a la hora de comparar estos informes o memorias se podría “tener en cuenta las características diferenciales de cada uno de los hospitales, tamaño, servicios, dimensiones, localización... y reconocer la idiosincrasia de cada hospital en todas sus facetas” (Experto 5). Añaden, también, que la estandarización de la información relativa a los asuntos específicamente sanitarios “ayudaría a las organizaciones a desarrollar sistemas de obtención de evidencias centrados en los impactos más relevantes”. En este sentido, proponen su inclusión “en un Cuadro de Mando Integral, añadiéndose a las cuatro perspectivas clásicas, de modo que se pudieran establecer objetivos vinculados a estos impactos, indicadores y valores-meta de los mismos” (Experto 4) o definir “categorías de representatividad, como, por ejemplo, la atención, la infraestructura, el servicio médico..., agrupando los puntos en unidades de monitoreo y control, a modo de indicadores multinivel” (Experto 7).

Como consecuencia de lo anterior, otro de los efectos positivos de la estandarización de la información para las organizaciones hospitalarias, según señalan algunos expertos, consistiría en la generación de acciones de mejora en el ámbito de la sostenibilidad, ya que este tipo de organizaciones “son una plataforma excelente para ser un referente en el desarrollo de buenas prácticas en sostenibilidad, y cuanto más se conozcan las mismas, mejor será para sus *stakeholders* y para la sociedad en general” (Experto 8). Los expertos apuestan por trabajar en un sistema integrado de atención sanitaria al paciente, mediante una comunicación común, cuyo centro sea el paciente y que incluya todos sus entornos y sus profesionales sanitarios, “usando un mismo lenguaje, siendo muy útil el que se investiga en este trabajo” (Experto 3). De esta manera, consideran, se mejoraría la sostenibilidad del sistema, la atención integral e integrada de los pacientes, sus resultados de salud y un uso eficiente de los recursos por parte del sistema sanitario: “la existencia de un lenguaje común es un requisito inaplazable, para poder afrontar de manera operativa los retos de sostenibilidad que se plantean en este ámbito” (Experto 11).

Finalmente, el 9,09% de los expertos opina que la inclusión de estos impactos específicamente sanitarios en los informes de sostenibilidad de las organizaciones hospitalarias no favorecería tanto a la creación de un lenguaje común, sino que más bien “contribuiría a establecer los temas que las organizaciones sanitarias deben

---

analizar prioritariamente y que no deben faltar en sus informes de sostenibilidad”  
(Experto 10).



## **VI – CONCLUSIONES**

---



## VI -CONCLUSIONES

El análisis empírico realizado con la colaboración de la muestra representativa de organizaciones hospitalarias y del grupo de expertos permite dar respuesta a las hipótesis y objetivos específicos ( $H_n$ ,  $O_n$ ), y por tanto a la hipótesis general y objetivo general (HG, OG), que se planteaban al comienzo de este trabajo de investigación, extrayendo las conclusiones que, a continuación, se describen.

### 6.1. IMPORTANCIA DE LOS HOSPITALES Y EXPERTOS A LA RSC Y A SU COMUNICACIÓN

De la colaboración obtenida por parte de las organizaciones hospitalarias a la hora de responder el cuestionario online, se deduce la creciente importancia que este tipo de organizaciones otorga tanto a la responsabilidad social corporativa, como a su comunicación. Las 41 respuestas obtenidas, algunas de ellas representativas de diferentes grupos hospitalarios, evidencian el interés que mantiene por esta materia una amplia mayoría de la muestra representativa (64,01%), lo que equivale a una quinta parte del total de organizaciones hospitalarias en España (20,19%). Adicionalmente, más de la mitad de estas organizaciones (51,17%) no se limita, únicamente, a valorar los impactos recogidos en el cuestionario online, sino que, además, en la pregunta abierta, proponen otros impactos diferentes.

De la misma manera sucede con el grupo Delphi. El interés despertado por la temática de la investigación, así como por su enfoque metodológico, hace que los 14 expertos contactados acepten inmediatamente formar parte del panel de discusión y participen de manera activa en el cuestionario online, proponiendo cerca del 80% (78,22%) la inclusión de otros asuntos distintos, y en la valoración cualitativa de los resultados obtenidos.

De lo anterior, también se deduce un amplio consenso, tanto de las organizaciones hospitalarias como del grupo de expertos, en los aspectos específicos de la RSC hospitalaria que deben ser abordados comunicativamente hablando. La identificación propuesta por la autora de este estudio de diferentes

ítems, referidos como posibles impactos específicos de la gestión hospitalaria, enmarcados en distintas líneas estratégicas, englobadas a su vez en cuatro dimensiones de la gestión hospitalaria obtiene el respaldo del 80,46% de las organizaciones hospitalarias participantes y del 100% de los miembros del grupo Delphi, independientemente de las aportaciones adicionales de unos y de otros. En este sentido, también es reseñable la alta puntuación que, en general, otorgan ambos grupos participantes a los ítems propuestos, cuyas valoraciones se enmarcan en una horquilla comprendida entre el 60% y el 100%, tal y como refleja la representación gráfica de la matriz.

Por tanto, se pueden considerar como definidos los aspectos específicos de la responsabilidad social hospitalaria (O4), contribuyendo, así, a la confirmación de las dos primeras hipótesis específicas establecidas en la investigación, relativas a la inclusión de estos aspectos en un marco de referencia para ayudar a las organizaciones sanitarias a saber qué información ofrecer a sus grupos de interés respecto a su responsabilidad social (H1) y a que este marco de referencia para comunicar los aspectos específicos de la RSC hospitalaria facilite la utilización de un lenguaje común a este tipo de organizaciones (H2).

## 6.2. ENFOQUE PARA ABORDAR LA COMUNICACIÓN DE LA RSC HOSPITALARIA

Una vez definidos los aspectos específicos de la RSC hospitalaria, esta autora considera importante realizar una selección de los mismos para que las organizaciones hospitalarias puedan abordarlos - no sólo desde el punto de vista de la gestión, sino también de la comunicación - sin limitación alguna por razón de sus recursos, otorgando un enfoque realista y pragmático a los resultados anteriores. Así, el siguiente objetivo a conseguir con esta investigación consiste en, partiendo de todos los aspectos específicos definidos, identificar aquéllos que deben ser abordados en el proceso comunicativo de la RSC hospitalaria (O5).

La aplicación del principio de materialidad de los *Estándares GRI* a partir de un proceso de análisis de resultados de las encuestas online que permite, por una parte, equilibrar la comparativa de los datos obtenidos por ambos grupos y, por otra, asegurar la relevancia de cada aspecto o impacto partiendo del cálculo de una puntuación mínima, posibilita la clasificación de dichos aspectos en tres grupos:

alta relevancia, mediana relevancia y baja relevancia. Y esta clasificación, avalada por casi el 75% de los expertos (72,73%), a su vez permite determinar la prioridad y la importancia de cada uno de ellos para convertirse en contenido a incluir en un informe de sostenibilidad de cualquier organización hospitalaria (O5), conformando ese marco de referencia para comunicar los aspectos específicos de la RSC hospitalaria con un lenguaje común (H1 y H2).

Además, la graduación de la relevancia de estos aspectos en varios niveles - tres propuestos por la autora y dos propuestos por varios expertos - permite reducir el número de estos aspectos o asuntos que una organización hospitalaria tendría que abordar, posibilitando ese enfoque realista y pragmático - mencionado anteriormente - que facilitaría tanto su gestión, como su medición y, por tanto, su comunicación.

### 6.3. CONSENSO EN LA RELEVANCIA DE LOS ASUNTOS ESPECÍFICOS DE LAS ORGANIZACIONES HOSPITALARIAS

A la luz de la valoración cualitativa que realizan los expertos sobre los resultados representados gráficamente en la matriz (O6), se deduce la existencia de un criterio común a la hora de destacar como asuntos prioritarios aquéllos relacionados con la prevención y gestión de riesgos, la atención al paciente y su seguridad, la promoción de la salud entre los pacientes, la innovación e investigación sanitarias y el impacto de la gestión de la atención al paciente en los resultados de la organización. Lo que evidencia la importancia del paciente como piedra angular de la gestión y la atención sanitarias y, por tanto, de la información que deben reportar las organizaciones hospitalarias en sus informes de sostenibilidad.

A raíz del amplio consenso observado, también se deduce que, una vez centrada la atención en el paciente, el enfoque de las organizaciones hospitalarias debe dirigirse hacia cuestiones relacionadas con la organización de sus procesos asistenciales, su gestión sostenible - tanto a nivel de recursos sanitarios como de actividad asistencial -, la promoción de la salud en su entorno cercano, la docencia y la formación de su personal y del resto de la comunidad, así como la igualdad de oportunidades.

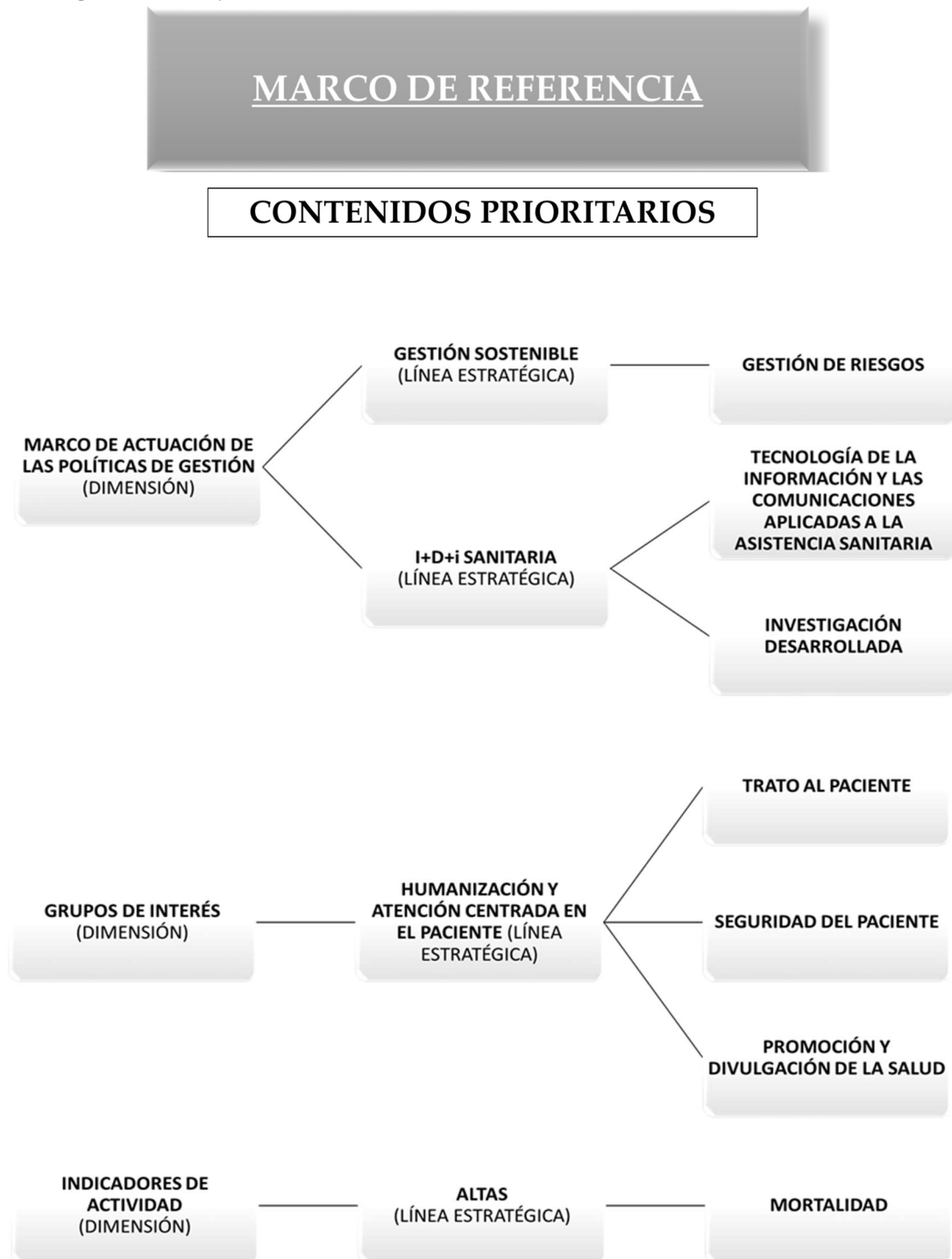
Por tanto – y teniendo en cuenta que todos estos asuntos o impactos se enmarcan dentro de diferentes líneas estratégicas que, a su vez, están asociadas a distintas dimensiones de la gestión hospitalaria -, en líneas generales, se constata que todas aquellas políticas de gestión global de la organización, las políticas de gestión de las relaciones con sus grupos de interés (especialmente, pacientes, comunidad y recursos humanos) y las relacionadas con su actividad sanitaria – junto con los asuntos específicos anteriormente mencionados - suscitan el interés suficiente como para ser incluidos en los informes de sostenibilidad de las organizaciones hospitalarias de una manera estandarizada.

Así, se genera un lenguaje común a todas estas organizaciones, cuya utilización en sus informes de sostenibilidad permitiría a sus grupos de interés identificar más clara y exactamente el grado de desempeño y los compromisos de cada organización hospitalaria, realizar análisis comparativos entre distintos ejercicios de una misma organización y entre distintos hospitales y tomar decisiones basadas en información suficiente y relevante (H1, H2 y H3).

#### 6.4. PROPUESTA DE MARCO DE REFERENCIA PARA UTILIZAR UN LENGUAJE COMÚN

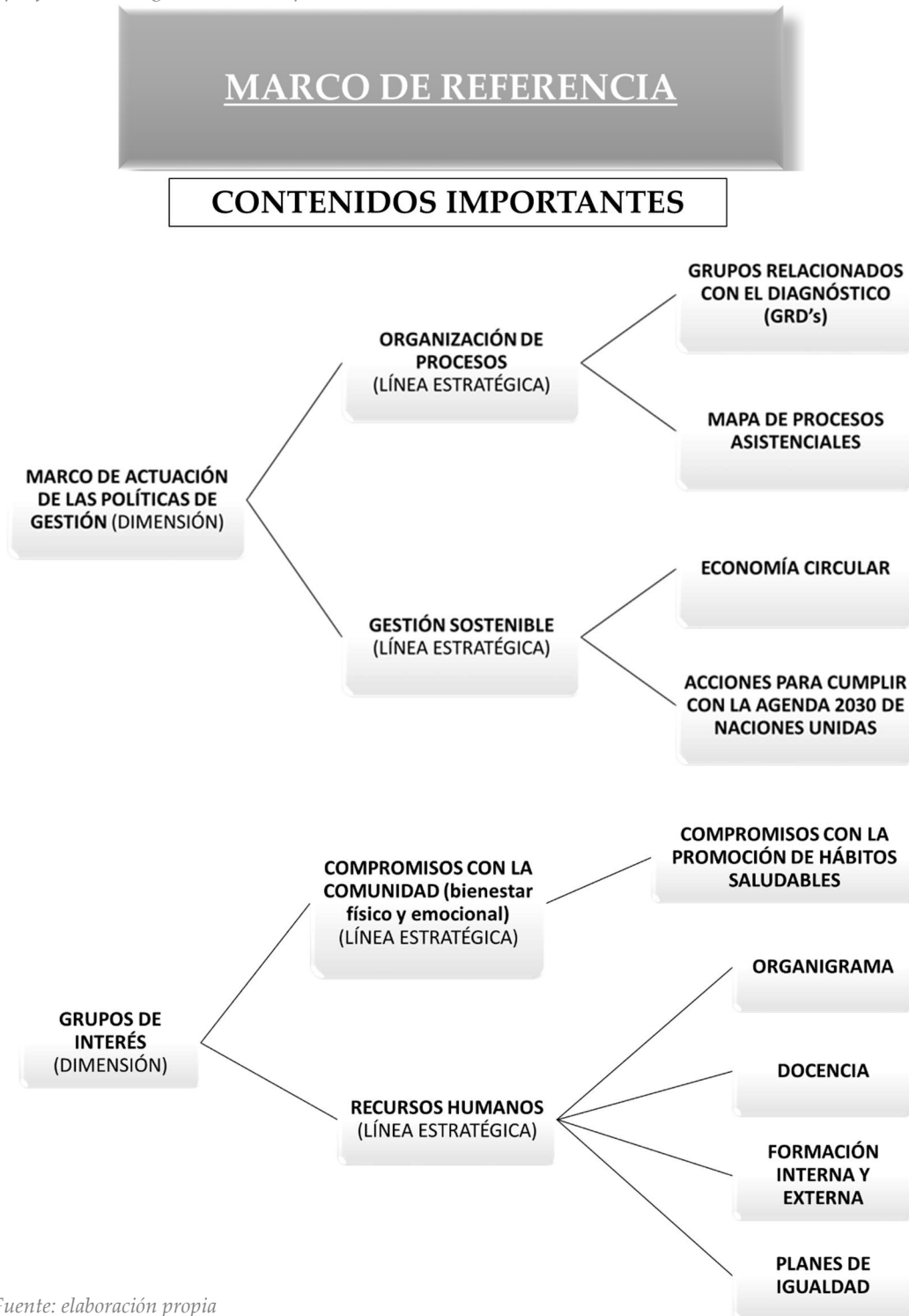
En consecuencia, se propone el siguiente marco de referencia para desarrollar la comunicación socialmente responsable de los asuntos específicos de las organizaciones hospitalarias, en el que se distingue una primera parte de contenidos prioritarios, correspondiente a los impactos de alta relevancia surgidos de la matriz anterior, y una segunda parte de contenidos importantes, que se corresponden con los impactos de mediana relevancia. Se obvian los contenidos correspondientes con los impactos de baja relevancia por ser los menos valorados en la fase de investigación tanto por las organizaciones hospitalarias como por el grupo Delphi.

Figura 13 Marco de referencia para desarrollar la comunicación socialmente responsable de los asuntos específicos de las organizaciones hospitalarias I



Fuente: elaboración propia

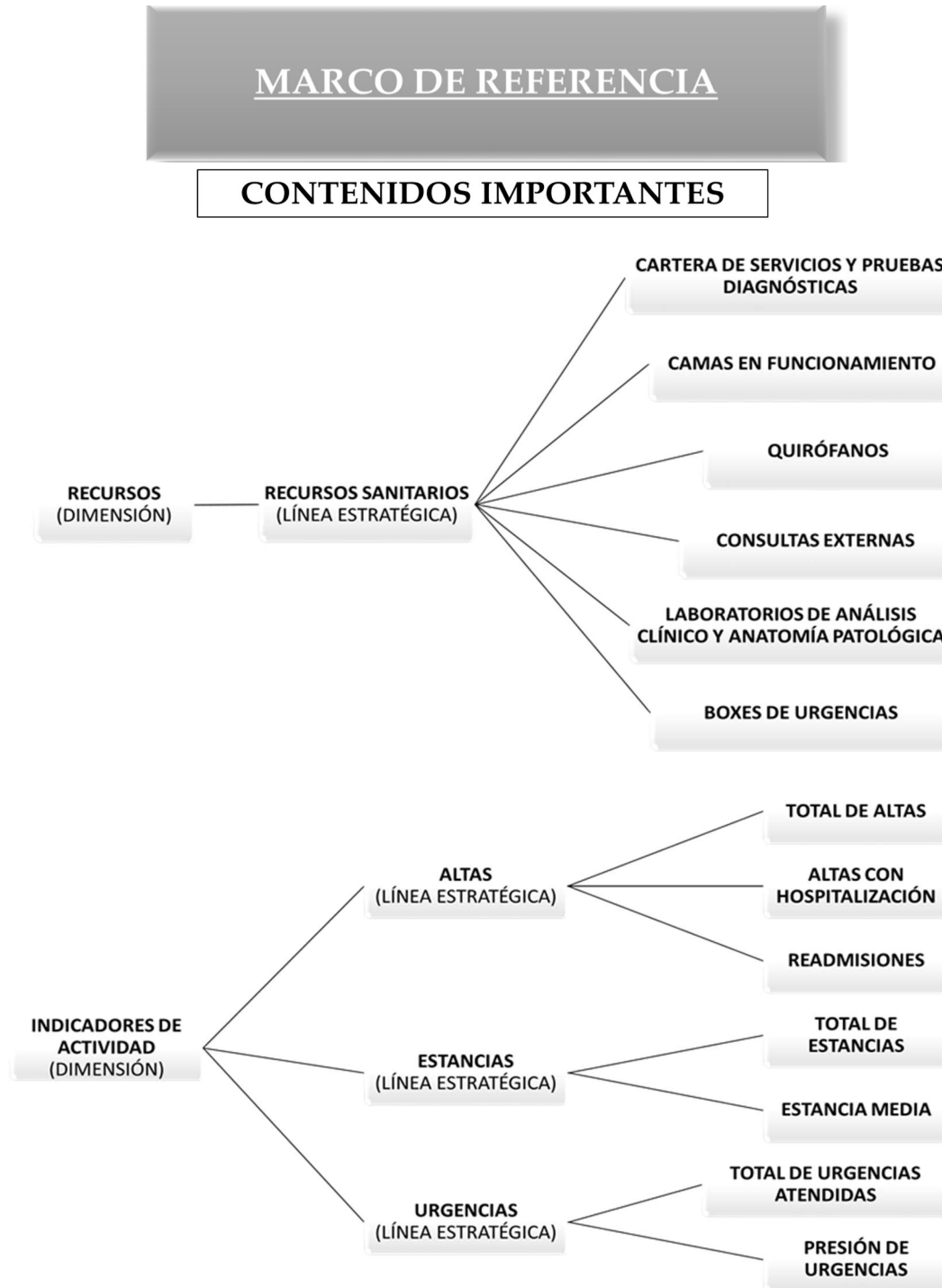
Figura 14 Marco de referencia para desarrollar la comunicación socialmente responsable de los asuntos específicos de las organizaciones hospitalarias II



Fuente: elaboración propia



Figura 15 Marco de referencia para desarrollar la comunicación socialmente responsable de los asuntos específicos de las organizaciones hospitalarias III



Fuente: elaboración propia

Esta propuesta de marco de referencia para desarrollar un lenguaje común (H2) permite sistematizar la comunicación socialmente responsable de los aspectos específicos de las organizaciones hospitalarias (O7) y estandarizar la información que estas organizaciones reportan sobre su RSC específica, cumpliendo con las recomendaciones y principios orientadores de la comunicación de la RSC recogidas en el marco teórico de este trabajo, tras analizar la literatura científica existente relacionada con la responsabilidad social corporativa y la comunicación, y su aplicación al ámbito hospitalario (O1, H1, H2, H3 y H4): una información que incluye aspectos relevantes de la actividades específicamente hospitalarias, detallada, comprensible, comparable, contextualizada y dirigida a sus grupos de interés. En definitiva, una comunicación estandarizada regida por los principios de la transparencia, la accesibilidad y la rendición de cuentas (O2, O3, H2 y H3).

Todo esto facilita a sus grupos de interés - especialmente los tres mencionados con anterioridad: pacientes, personal y comunidad - una mayor comprensión de la información reportada (H2), generando valor compartido e incrementando su credibilidad y confianza en las propias organizaciones hospitalarias, coadyuvando, por ende, a su reputación corporativa. Intangibles a los que contribuye el desarrollo de una comunicación socialmente responsable estandarizada, como se deduce después de analizar la literatura científica, quedando reflejado en el marco teórico (H4 y O1).

Por tanto, de todo lo anterior se puede deducir si no la necesidad, sí la oportunidad de desarrollar un marco de referencia para desarrollar la comunicación de los aspectos específicos de la responsabilidad social corporativa de las organizaciones hospitalarias (HG), utilizando un lenguaje común (OG) que facilite su rendición de cuentas y la comprensibilidad de la misma por parte de sus grupos de interés.

### **LIMITACIONES**

A pesar de haber dado respuesta a las hipótesis y objetivos inicialmente planteados, esta investigación no está exenta de limitaciones.

La primera de ellas radica en la escasa literatura científica encontrada acerca de la comunicación de la responsabilidad social corporativa en el ámbito

hospitalario o sanitario, lo que ha dificultado la elaboración del marco teórico de este estudio. Aun así, a partir de literatura científica encontrada de manera individual relativa a cada una de las tres ramas se ha podido enmarcar teóricamente el estado de la cuestión y plantear los objetivos iniciales. Con el marco teórico elaborado, la autora espera contribuir al escaso compendio de literatura científica de la temática central de la investigación.

La segunda ha sido la dificultad para localizar y contactar con los profesionales y/o departamentos de las organizaciones hospitalarias responsables de la RSC o de la Comunicación de la RSC, lo que ha alargado en el tiempo la primera fase de la investigación.

En la misma línea, surge la tercera limitación, relacionada con los continuos cambios – cada vez más rápidos - que los hospitales privados están sufriendo debido a la tendencia actual, y cada vez mayor, del fenómeno de la concentración en grupos hospitalarios. Lo que sin duda ha repercutido en las valoraciones de la muestra utilizada en la primera fase de la investigación, donde podría llegar a prevalecer la uniformidad frente a la diversidad de opiniones.

Finalmente, el estudio se ha limitado únicamente a los ítems puntuados tanto por las organizaciones hospitalarias como por los miembros del grupo Delphi, excluyendo los ítems propuestos por ambas partes en la *Pregunta Abierta* de ambos cuestionarios. La autora considera que sería de interés que se tuvieran en cuenta en futuros estudios.

### **IMPLICACIONES PRÁCTICAS E INVESTIGACIONES FUTURAS**

Aun así, y habiendo llegado a este punto, las conclusiones anteriormente expuestas presentan una serie de repercusiones prácticas que podrían ser de utilidad para el conjunto del sistema sanitario español.

Trasladar el marco de referencia propuesto para comunicar los aspectos específicos de la RSC hospitalaria a los hospitales que han participado en esta investigación supondría un primer paso para extrapolar los resultados de este trabajo al ámbito sanitario. Por una parte, esta investigación demostraría ante sus grupos de interés – es decir, los hospitales participantes – su coherencia al comunicar los resultados obtenidos a partir de sus opiniones. Y, por otra parte, los

hospitales dispondrían de un mismo lenguaje para reportar los asuntos específicos de su responsabilidad social corporativa para poder consensuar y alcanzar objetivos comunes a través de metas individuales.

Esto podría suponer un estímulo para incrementar la elaboración de informes de sostenibilidad por parte de éstas y otras organizaciones hospitalarias, que podrían sumarse a esta práctica de sostenibilidad por el denominado “efecto contagio”.

Pero estas conclusiones no indican el final de un camino. Más bien al contrario, abren nuevas puertas a investigaciones futuras para proyectar un marco de referencia aún más desarrollado. Por ejemplo, con la identificación de indicadores de medición asociados a cada uno de los asuntos específicos propuestos en dicho marco, contribuyendo así a la oportunidad señalada de estandarizar la información y, por tanto, de generar ese lenguaje común que ayude a las organizaciones hospitalarias a desarrollar el proceso comunicativo de su responsabilidad social corporativa.

## **VII - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---



**VII - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Accountability (2015). *AA1000 Stakeholder Engagement Standard 2015*. [Archivo PDF]. [https://www.accountability.org/static/940dc017198458fed647f73ad5d47a95/aa1000ses\\_2015.pdf](https://www.accountability.org/static/940dc017198458fed647f73ad5d47a95/aa1000ses_2015.pdf)
- Accountability (2018). *AA1000 Principios de Accountability 2018*. [Archivo PDF]. <https://www.accountability.org/static/ce74a53c2fdb71a177431c802cfa780f/aa1000ap-2018-spanish.pdf>
- AENOR (2015). *IQNet SR 10. Sistema de Gestión de la Responsabilidad Social*. [Archivo PDF]. [https://www.aenor.com/ebooks/SR10\\_IQNet\\_2015.pdf](https://www.aenor.com/ebooks/SR10_IQNet_2015.pdf)
- Albors Alonso, M. y Paricio Esteban, P. (2016). La comunicación de la prevención de salud en los programas de responsabilidad social corporativa de empresas farmacéuticas implantadas en España. El caso de Novartis, Roche, Sanofi, Grifols. *Revista Internacional de Relaciones Públicas*, 6(11), 47-72.
- Amézquita Zamora, J.A. y Arredondo Trapero, F.G. (2019). Transparencia y rendición de cuentas: bases para un modelo de empresa cimentado en la confianza. *Boletín de Estudios Económicos*, 79(228), 517-538.
- Baraibar-Diez, E. y Luna Sotorrío, L. (2018). The mediating effect of transparency in the relationship between corporate social responsibility and corporate reputation. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 20(1), 5-21. <https://doi.org/10.7819/rbgn.v20i1.3600>
- Barquero Cabero, M., Rodríguez Terceño, J. y González Vallés, J. E. (2018). Tecnologías de la Comunicación y posverdad: implicaciones para la gestión de la Comunicación Hospitalaria. *Revista de Comunicación y Salud*, 8(1), 85-97. [https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2018.8\(1\).85-97](https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2018.8(1).85-97)

- Barrio Fraile, E. (2016). *La gestión de la Responsabilidad Social Corporativa. El caso Unilever España* [Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona]. Departament de Publicitat, Relacions Públiques i Comunicació Audiovisual - Universidad Autónoma de Barcelona. <http://hdl.handle.net/10803/384844>
- Barrio Fraile, E. y Enrique Jiménez, A.M. (28-30 de octubre de 2020). *El gestor de la Responsabilidad Social en las empresas: dircom vs dirse* [Publicación]. VII Congreso Internacional AE-IC, Valencia, España. [https://ddd.uab.cat/pub/poncom/2020/238193/Comunicacion\\_AEIC.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/poncom/2020/238193/Comunicacion_AEIC.pdf)
- Berganza Conde, M.R., y Ruiz San Román, J.A. (coord.) (2005). *Investigar en Comunicación. Guía práctica de métodos y técnicas de investigación social en Comunicación*. McGraw-Hill.
- Bermejo Sales, E. (2017). *Análisis de la Responsabilidad Social Corporativa como estrategia de comunicación en el sector del calzado ilicitano* [Tesis de Doctorado, Universidad Miguel Hernández]. Repositorio RediUMH - Universidad Miguel Hernández. <https://hdl.handle.net/11000/4549>
- Bernal-Delgado, E., García-Armesto, S., Oliva, J., Sánchez Martínez, F.I., Repullo, J.R., Peña-Longobardo, L.M., Ridaio-López, M. y Hernández-Quevedo, C. (2018). España: Informe del sistema sanitario. *Sistemas sanitarios en transición*, 20(2), 1-179.
- Blázquez, A. M., Sánchez, M. I. H. y Gallardo, D. V. (2015). Paradojas del análisis conceptual de la Responsabilidad Social Empresarial. *Revista de Responsabilidad Social de la empresa*, 21, 15-35.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (1986). *Boletín Oficial del Estado*, 102, 15207 a 15224. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>



- Botsman, R. and Efran, Z. (2017). Interview Rachel Botsman: The new world of trust. *Governance Directions*, 69(4), 198-199. <https://search.informit.org/doi/10.3316/ielapa.797415081725863>
- Botsman, R. (30 de enero de 2019). *Why Transparency Does Not Equal More Trust. DLD (Digital - Life - Design)* [Archivo de vídeo]. Youtube. <https://youtu.be/f5mEh2nxhSA>
- Bowen, H.R. (1953). *Social responsibilities of a businessman*. Harper & Row.
- Cabo Salvador, J. (Ed.) (2010). *Gestión sanitaria integral: pública y privada*. Centro de Estudios Financieros.
- Cáceres Pinto, J.D. (2018). Comunicando el cambio climático desde una perspectiva de salud. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 0(1), 99-103. <https://doi.org/10.20318/recs.2018.4258>
- Cantabella Gallego, A. y Davur, T. (26 de febrero de 2021). *EINF (Estados de Información No Financiera): Lecciones aprendidas 2018-2021* [Discurso principal]. LídeRES Programa de Desarrollo Directivo de la Cátedra Internacional de RSC de la UCAM, Murcia, España.
- Cardona, J. (12 de diciembre de 2019). *Gestión de la reputación corporativa* [Archivo de vídeo]. Youtube. <https://youtu.be/-GQ-loqfhiY>
- Carroll, A. (1991). The Pyramid of Corporate Social Responsibility: Toward the Moral Management of Organizational Stakeholders. *Business Horizons* 4(4), 39-48. [https://doi.org/10.1016/0007-6813\(91\)90005-G](https://doi.org/10.1016/0007-6813(91)90005-G)
- Cerón Morales, A.M. (2019). *Estado de la Responsabilidad Social en las Universidades Españolas* [Tesis de Doctorado, Universidad Católica San Antonio]. Repositorio

Institucional - Universidad Católica San Antonio. <http://hdl.handle.net/10952/4280>

Club Excelencia en Gestión (2019): *Modelo EFQM*. [Archivo PDF]. <https://www.clubexcelencia.org/system/files/knowledge/doc/modelo-efqm-2da-edicion-espanol.pdf>

Comisión Brundtland (1987). *Our Common Future*. Oxford University Press.

Comisión de las Comunidades Europeas (2001). *LIBRO VERDE. Fomentar un marco europeo para la responsabilidad social de las empresas*. [Archivo PDF]. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52001DC0366&from=ES>

Comisión Europea (2011). *COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO, AL CONSEJO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE LAS REGIONES. Estrategia renovada de la UE para 2011-2014 sobre la responsabilidad social de las empresas*. [Archivo PDF]. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011DC0681&from=ES>

Comisión Europea (2019). *Documento de reflexión para una Europa sostenible de aquí a 2030*. [Archivo PDF]. [https://commission.europa.eu/system/files/2019-03/rp\\_sustainable\\_europe\\_es\\_v2\\_web.pdf](https://commission.europa.eu/system/files/2019-03/rp_sustainable_europe_es_v2_web.pdf)

Comisión de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad de la CEOE (2016). *Libro blanco de la sanidad*. [Archivo PDF]. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/libro blanco sanidad.pdf>

Costa, J. (2014). *Reputación Corporativa. El DirCom en la era de los intangibles y la Reputación*. [Archivo PDF]. [http://reddircom.com/pdfs/art\\_joan\\_costa.pdf](http://reddircom.com/pdfs/art_joan_costa.pdf)

- Davis, K. (1960). Can business afford to ignore social responsibilities? *California Management Review*, 2(3), 70-76. <https://doi.org/10.2307/4116624>
- Directiva (UE) 2014/95 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de octubre de 2014, por la que se modifica la Directiva 2013/34/UE en lo que respecta a la divulgación de información no financiera e información sobre diversidad por parte de determinadas grandes empresas y determinados grupos. *Diario Oficial de la Unión Europea*, L330, de 15 de noviembre de 2014. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=OJ:L:2014:330:TOC>
- Du, S., Bhattacharya, C. B. & Sen, S. (2010). Maximizing business returns to corporate social responsibility (CSR): the role of CSR communication. *International journal of management reviews*, 12(1), 8-19. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2009.00276.x>
- Elkington, J. (1999). *Cannibals with forks*. Capstone.
- Estanyol, E. (2020). Comunicación de la responsabilidad social corporativa (RSC): Análisis de las campañas más premiadas en 2018. *Profesional de la información*, 29(3). <https://doi.org/10.3145/epi.2020.may.34>
- Europa Press (18 de mayo de 2020). *La OMS iniciará "lo antes posible" una evaluación independiente para revisar su labor frente al Covid-19*. Infosalus. <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-oms-iniciara-antes-posible-evaluacion-independiente-revisar-labor-frente-covid-19-20200518160640.html>
- Ferruz González, S.A. (2020). Nueva propuesta de evaluación de la Reputación Corporativa: indicador de Desempeño Reputacional. *Doxa Comunicación: revista interdisciplinar de estudios de comunicación y ciencias sociales*, (30), 331-349. <https://revistascientificas.uspceu.com/doxacomunicacion/article/view/638>

Figueiredo Manzo, B., Menezes Brito, M.J. & Alves, M. (2013). Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), 46-51.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267028450007>

Freeman, R.E. (1984). *Strategic Management: A Stakeholders Approach*. Pitman.

Friedman, M. (13 de septiembre de 1970). The Social Responsibility of Business Is To Increase Its Profits. *New York Times Magazine*.  
<https://www.nytimes.com/1970/09/13/archives/a-friedman-doctrine-the-social-responsibility-of-business-is-to.html>

Foro para la Evaluación de la Gestión Ética – Forética (2019). *Sistema de Gestión Ética y Socialmente Responsable*. [Archivo PDF].  
[https://foretica.org/norma\\_SGE\\_21.pdf](https://foretica.org/norma_SGE_21.pdf)

Fundación IDIS (2019). *Sanidad privada, aportando valor. Informe de situación 2019*. [Archivo PDF].  
[https://www.fundacionidis.com/uploads/informes/informe\\_ansit\\_idis2019.pdf](https://www.fundacionidis.com/uploads/informes/informe_ansit_idis2019.pdf)

García, J. y Alonso, M. I. (2014). Communicating social responsibility in the free software sector. *Universia Business Review*, (41), 98-124.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43330207006>

Gibson, K. (2000). The Moral Basis of Stakeholder Theory. *Journal of Business Ethics*, 26(3), 245-257. <https://doi.org/10.1023/A:1006110106408>

Gil Lafuente, A.M. y Paula, L.B. (2011). La gestión de los grupos de interés: una reflexión sobre los desafíos a los que se enfrentan las empresas en la búsqueda de la sostenibilidad empresarial. *Revista de métodos cuantitativos para la economía y la empresa*, 11, 71-90.

- Global Reporting Initiative (GRI), UN Global Compact y WBCSD (2016). *SDG Compass. La guía para la acción empresarial en los ODS*. [Archivo PDF]. <https://sdgcompass.org/wp-content/uploads/2016/06/SDG-Compass-Spanish-one-pager-view.pdf>
- Global Reporting Initiative (GRI). (2016). *Conjunto consolidado de Estándares GRI para la elaboración de informes de sostenibilidad*. GRI.
- Global Reporting Initiative (GRI). (1 de agosto de 2022). *Conjunto consolidado de Estándares GRI para la elaboración de informes de sostenibilidad*. <https://www.globalreporting.org/how-to-use-the-gri-standards/gri-standards-spanish-translations/>
- Global Reporting Initiative (GRI) (s.f.). *About GRI. Global Reporting Initiative*. Recuperado el 20 de mayo de 2020. <https://www.globalreporting.org/about-gri/>
- Global Reporting Initiative (GRI) (s.f.). *GRI Sector Program*. Recuperado el 20 de mayo de 2020. <https://www.globalreporting.org/standards/sector-program/>
- Global Reporting Initiative (GRI) (s.f.). *Sustainability Disclosure Database*. Recuperado el 8 de febrero de 2021. <https://www.globalreporting.org/how-to-use-the-gri-standards/register-your-report/>
- Global Reporting Initiative (GRI) (s.f.): *GRI Sector Program*. Consultado el 27 de febrero de 2023. <https://www.globalreporting.org/standards/sector-program/>
- González Masip, J. (2018). Los grupos de interés y su importancia en la propuesta de valor de las empresas. *Boletín Económico de ICE*, (3096), 47-57. <https://doi.org/10.32796/bice.2018.3096.5693>

- González Romo, Z. F. y Taltavull Cerrudo, M. (2017). La RSC como herramienta de gestión y comunicación de la reputación corporativa. *Austral Comunicación*, 6(2), 195-227. <https://doi.org/10.26422/aucom.2017.0602.gon>
- Guerras, L.A. y Navas, J.E. (2007) *La Dirección Estratégica de la Empresa. Teoría y Aplicaciones*. Thomson Civitas.
- Gupta, J. and Vegelin, C. (2016). Sustainable development goals and inclusive development. *Int Environ Agreements*, 16, 433-448. <https://doi.org/10.1007/s10784-016-9323-z>
- Gutiérrez-Ponce, H., Creixans-Tenas, J. y Arimany-Serrat, N. (2018). Características de las páginas webs de los hospitales de la comunidad de Madrid: relación entre la calidad web y la responsabilidad social corporativa. *Revista Española de Documentación Científica*, 41(1). <https://doi.org/10.3989/redc.2018.1.1465>
- Han, B. C. (2013). *La sociedad de la transparencia*. Herder Editorial.
- International Integrated Reporting Council (IIRC) (2014). *El marco internacional de reporting integrado*. [Archivo PDF]. <https://www.integratedreporting.org/wp-content/uploads/2015/03/13-12-08-THE-INTERNATIONAL-IR-FRAMEWORK-SPANISH-1.pdf>
- Johndrow, A. (21 de septiembre de 2010). Hacer dinero en la economía de la reputación. *Expansión*. <https://www.expansion.com/blogs/reputation/2010/09/21/hacer-dinero-en-la-economia-de-la.html>
- Kingo, L. (2019). *El Pacto Mundial de la ONU: La Búsqueda de Soluciones para Retos Globales*. ONU. <https://www.un.org/es/cr/%C3%B3nica-onu/el-pacto-mundial-de-la-onu-la-b%C3%BAsqueda-de-soluciones-para-retos-globales>

- KPMG (2020). *Perspectivas España 2020*. [Archivo PDF]. [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/perspectivas-espana-2020-edicion-general%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/perspectivas-espana-2020-edicion-general%20(1).pdf)
- KPMG (2021). *Perspectivas España 2021*. [Archivo PDF]. <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/es/pdf/2021/02/perspectivas-espana-2021.pdf>
- KPMG (2022). *Perspectivas España 2022*. [Archivo PDF]. <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/es/pdf/2022/05/perspectivas-espana-2022.pdf>
- Larrán, M., Martínez, D. y Muriel, M. J. (2013). ¿Qué habría de incluir una memoria completa de sostenibilidad? *Universia Business Review*, 39(3). 66-102.
- Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. (2013). *Boletín Oficial del Estado*, 295, 97922 a 97952. <https://www.boe.es/eli/es/l/2013/12/09/19/con>
- Ley 11/2018, de 28 de diciembre, por la que se modifica el Código de Comercio, el texto refundido de la Ley de Sociedades de Capital aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de julio, y la Ley 22/2015, de 20 de julio, de Auditoría de Cuentas, en materia de información no financiera y diversidad. (2018). *Boletín Oficial del Estado*, 314, 129833 a 129854. <https://www.boe.es/eli/es/l/2018/12/28/11>
- Lizcano, J.L. y Moneva, J.M. (1 de octubre de 2004). Marco conceptual de la responsabilidad social corporativa. *Revista de la Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas (AECA)*, ejemplar dedicado al XI ENCUENTRO AECA Normas Internacionales de Información Financiera y otros retos de la Gestión Empresarial, (68), 31-37. <http://www.aeca1.org/revistaeca/revista68/68.pdf>

- Llorente & Cuenca (2019). *El riesgo reputacional en los consejos del IBEX 35: logros y retos*. [Archivo PDF]. [https://ideas.llorenteycuena.com/wp-content/uploads/sites/5/2019/09/Riesgo\\_reputacional\\_en\\_los\\_consejos\\_del\\_ibex\\_35\\_ES-1.pdf](https://ideas.llorenteycuena.com/wp-content/uploads/sites/5/2019/09/Riesgo_reputacional_en_los_consejos_del_ibex_35_ES-1.pdf)
- López-Roldán, P. y Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- López Palomino, E. (2019). Función asistencial en atención especializada. *NPunto*, 2(19), 4-8. <https://orcid.org/0000-0002-5408-6263>
- Martínez Polo, J. (2020). *Confianza y reputación n los usuarios de plataformas digitales colaborativas de acceso compartido y bajo demanda* [Tesis de Doctorado, Universidad Católica San Antonio]. Repositorio Institucional - Universidad Católica San Antonio.
- Medina-Aguerreberre, P. (2012). La responsabilidad social corporativa en hospitales: un nuevo desafío para la comunicación institucional. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 3(1), 77-87.
- Medina Aguerreberre, P. y González Pacanowski, A. (2017). Las estrategias de comunicación corporativa en los hospitales. *Austral Comunicación*, 6(1), 161-180. doi: <https://doi.org/10.26422/aucom.2017.0601.med>
- Meseguer-Sánchez, V., Gálvez-Sánchez, F.J., López-Martínez, G. y Molina-Moreno, V. (2021). Corporate Social Responsibility and Sustainability. A Bibliometric Analysis of Their Interrelations. *Sustainability*, 13(4), 1636. doi: <https://doi.org/10.3390/su13041636>



- Meseguer Sánchez, J. V. (2017). La relación del Derecho con la RSC. *Revista de Direito Brasileira*, 17(7), 378 – 390. doi: <http://dx.doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2358-1352/2017.v17i7.3266>
- Sánchez, V. (Coord.), García-Rivas, M.I. y Hernández González, R. (2018). *Manual de comunicación creativa y responsable*. UCAM.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2015). *Estrategia española de responsabilidad social de las empresas*. [Archivo PDF]. <https://www.mites.gob.es/ficheros/rse/documentos/eerse/EERSE-Castellano-web.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Sistema Nacional de Salud. España 2012*. [Archivo PDF]. [https://www.sanidad.gob.es/fr/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012\\_Espanol.pdf](https://www.sanidad.gob.es/fr/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012_Espanol.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2020). *Catálogo Nacional de Hospitales 2020*. <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/aniosAnteriores.htm>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2020). *Introducción – Nuevo modelo de CNH*. <https://www.sanidad.gob.es/eu/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/introduccion.htm>
- Ministerio de Trabajo y Economía Social (diciembre de 2022). *Estadística de empresas inscritas en la Seguridad Social*. [Archivo PDF]. <https://www.mites.gob.es/estadisticas/emp/Emp22-Dic/Resumen%20de%20resultados%20Diciembre%202022.pdf>

Miotto, G. (2017). *Business Schools y Legitimidad. Análisis de los Informes de Responsabilidad Social de las Business Schools a partir de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas* [Tesis de Doctorado, Universidad Ramón Llull]. CORA Tesis Doctorals en Xarxa - Universidad Ramón Llull. <http://hdl.handle.net/10803/404377>

Moyano Santiago, M.A. y Rivera Lirio, J.M. (2017). Aspectos relevantes para el diseño de planes de salud sostenibles orientados a los grupos de interés. Una propuesta basada en la guía ISO 26000:2010. *Revista Española Salud Pública*, 91(18), 1-14.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2013). *Líneas Directrices de la OCDE para Empresas Multinacionales*. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264202436-es>

Ojiambo, S. (2023): *Carta Anual 2023: Pacto Mundial de las Naciones Unidas*. Pacto Mundial Red México. <https://www.pactomundial.org.mx/carta-anual-2023-pacto-mundial-de-las-naciones-unidas-sanda-ojiambo/>

Organización Internacional de Estandarización ISO (2010). *ISO 26000:2010(es). Guía de responsabilidad social*. <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:26000:ed-1:v1:es>

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (s.f.). *Objetivos de Desarrollo Sostenible. ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (s.f.). *La Agenda para el desarrollo sostenible*. Consultado el 10 de diciembre de 2019. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>

- Paun, A.P., Dura, C.C., Mihailescu, S., Moraru, R.I. & Isac, C.A. (2020). OHS Disclosures Within Non-Financial Reports: The Romanian Case. *Sustainability*, 12, 1963; <https://doi:10.3390/su12051963>.
- Pacto Mundial Red Española (s.f.). *Home*. Consultado el 25 de noviembre de 2020. <https://www.pactomundial.org/>
- Penttilä, V. (2019). Aspirational Talk in Strategy Texts: A Longitudinal Case Study of Strategic Episodes in Corporate Social Responsibility Communication. *Business & Society*, 59(1), 67-97. doi: <https://doi.org/10.1177/0007650319825825>
- Pérez, A. y Rodríguez del Bosque, I. (2015). Estado de la comunicación de responsabilidad social corporativa en el sector hotelero español. *Cuadernos de Turismo*, (36), 315-338. doi: <https://doi.org/10.6018/turismo.36.231031>
- Pérez-Dasilva, J.A., Meso-Ayerdi, K., Mendiguren-Galdospín, T. (2020). Fake news y coronavirus: detección de los principales actores y tendencias a través del análisis de las conversaciones en Twitter. *El profesional de la información*, 29(3). doi: <https://doi.org/10.3145/epi.2020.may.08>
- Pinar Palacios, J.L. (2015). *Responsabilidad Social Corporativa y resultados: un análisis comparado de las fórmulas de gestión directa en hospitales del Sistema Nacional de Salud* [Tesis de Doctorado, Universidad Rey Juan Carlos]. Repositorio Institucional BURJC Digital - Universidad Rey Juan Carlos. <http://hdl.handle.net/10115/13803>
- Pless, N. & Maak, T. (2010). Desarrollando líderes globales responsables. *UCJC Business and Society Review (formerly Known As Universia Business Review)*, 3(27), 58-71. Recuperado a partir de <https://journals.ucjc.edu/ubr/article/view/751>

Portal de la Transparencia (Gobierno de España) (s.f.). *Ley de Transparencia*. [https://transparencia.gob.es/transparencia/transparencia\\_Home/index/MasInformacion/Ley-de-Transparencia.html](https://transparencia.gob.es/transparencia/transparencia_Home/index/MasInformacion/Ley-de-Transparencia.html)

Porter, M.E., Kramer, M.R. (2006). Strategy and society: The link between competitive advantage and corporate social responsibility. *Harvard Business Review*, 84(12), 78-92.

Puentes Poyatos, R., Antequera Solís, J.M. y Velasco Gámez, M.M. (2008). La responsabilidad social corporativa y su importancia en el espacio europeo de educación superior. En J. Pindado García y G. Payne (Ed.), *Estableciendo puentes en una economía global* (vol. 2, p. 48). ESIC Editorial.

Real Decreto 18 de 2017. [Ministerio de Economía, Industria y Competitividad]. Por el que se se modifican el Código de Comercio, el texto refundido de la Ley de Sociedades de Capital aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de julio, y la Ley 22/2015, de 20 de julio, de Auditoría de Cuentas, en materia de información no financiera y diversidad. 25 de noviembre de 2017. <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2017/11/24/18>

Red Española del Pacto Mundial de Naciones Unidas (2019). Comunicando el progreso 2018. *Una visión integrada en sostenibilidad y reporting*. [Archivo PDF]. [https://www.pactomundial.org/wp-content/uploads/2019/03/Comunicando el progreso 2018 Una vision integrada en sostenibilidad y re....pdf](https://www.pactomundial.org/wp-content/uploads/2019/03/Comunicando_el_progreso_2018_Una_vision_integrada_en_sostenibilidad_y_re....pdf)

Red Española del Pacto Mundial de Naciones Unidas (16 de enero de 2019). *El número de empresas asociadas al Pacto Mundial en España crece un 30% en el último año*. [Comunicado de prensa]. <https://www.pactomundial.org/noticia/el-numero-de-empresas-asociadas-al-pacto-mundial-en-espana-crece-un-30-en-el-ultimo-ano/#:~:text=La%20Red%20Espa%C3%B1ola%20del%20Pacto%20Mundial%2>

[0vuelve%20a%20crecer%20en,6%25%20en%20n%C3%BAmero%20de%20socios.](#)

Red Española del Pacto Mundial de Naciones Unidas (15 de enero de 2020). *La Red Española del Pacto Mundial incrementa en un 61% su número de socios desde la aprobación de la Agenda 2030.* [Comunicado de prensa]. <https://www.pactomundial.org/noticia/la-red-espanola-del-pacto-mundial-incrementa-en-un-61-su-numero-de-socios-desde-la-aprobacion-de-la-agenda-2030/>

Red Española del Pacto Mundial de Naciones Unidas (14 de enero de 2021). *Los socios de la Red Española del Pacto Mundial aumentan un 10%, el segundo mayor incremento de los últimos cinco años.* [Comunicado de prensa]. <https://www.pactomundial.org/noticia/los-socios-de-la-red-espanola-del-pacto-mundial-aumentan-un-10-el-segundo-mayor-incremento-de-los-ultimos-cinco-anos/#:~:text=En%20l%C3%ADnea%20con%20la%20trayectoria,2030%20y%20los%20Diez%20Principios>

Red Española del Pacto Mundial de Naciones Unidas (19 de enero de 2022): *El Pacto Mundial de Naciones Unidas España refuerza su liderazgo con un 20% más de socios en 2021, duplicando el crecimiento registrado en 2020.* [Comunicado de prensa]. <https://www.pactomundial.org/noticia/el-pacto-mundial-de-naciones-unidas-espana-refuerza-su-liderazgo-con-un-20-mas-de-socios-en-2021-duplicando-el-crecimiento-registrado-en-2020/#:~:text=%C3%89stas%20son:%20Acciona,%20Acerinox,,%20Inditex,%20Indra,%20Inm>

Red Española del Pacto Mundial de Naciones Unidas (28 de enero de 2022). *Diez oportunidades en el reporte de información no financiera.* [Comunicado de prensa]. <https://www.pactomundial.org/noticia/diez-oportunidades-en-el-reporte-de-informacion-no-financiera/>

Red Española del Pacto Mundial de Naciones Unidas (17 de enero de 2023): *Crece un 11% en 2022 y superamos las 1.000 entidades asociadas*. [Comunicado de prensa]. <https://www.pactomundial.org/noticia/crecemos-11-2022-superamos-1-000-entidades-asociadas/>

Reputation Institute (2019). *La reputación de España en el mundo. Country RepTrak® 2019*. [Archivo PDF]. <https://media.realinstitutoelcano.org/wp-content/uploads/2019/10/reputationinstitute-elcano-reputacion-de-espana-en-el-mundo-countryreptrack-2019.pdf>

Romeu Granados, J. (2017). *El principio de transparencia en la actividad contractual de la administración pública. Especial referencia a la administración local* [Tesis de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio Institucional E-Prints Complutense - Universidad Complutense de Madrid.

Santillan-García, A. y Ferrer-Arnedo, C. (2020). Consideraciones éticas durante las crisis sanitarias: a propósito de la pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2. *Revista Española Salud Pública*, 94, 1-8.

Simón Soria, F. (2019). Salud, bienestar y seguridad sanitaria de todos, punto de partida para la transformación del mundo. En Presidencia del Gobierno de España (Ed.), *La Agenda 2030 y los ODS. Nueva arquitectura para la seguridad* (pp. 315-342). Ministerio de Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad.

Solanes Corella, A. (2020). La implementación de la Agenda 2030 desde el enfoque basado en derechos humanos. *Revista Derechos y Libertades*, (43), Época II, 19-53. doi: <https://doi.org/10.14679/1177>

Stott, L., and Scopetta, A. (2020). The partnerships for the goals: beyond the SDG 17. *Revista DIECISIETE*, (2), 29-38. doi: [https://doi.org/10.36852/2695-4427\\_2020\\_02.02](https://doi.org/10.36852/2695-4427_2020_02.02)

- Villagra, N., Martín Cárdbaba. M.A. y Ruiz San Román, J.A. (2016). Comunicación de RSC: una revisión de las tesis clásicas sobre la coherencia entre la acción de RSC y la actividad organizacional. *Communication & Society*, 29(2), 133-149. doi: <https://doi.org/10.15581/003.29.35927>
- Vives, A. (25 de enero de 2015). *Materialidad: 12 principios básicos y una metodología para la estrategia de RSE (I)*. Cumpetere Blogspot. <http://cumpetere.blogspot.com/2015/01/materialidad-12-principios-basicos-y.html>
- World Health Organization (WHO) (junio de 1948). *Official Records of the World Health Organization, N° 2. Summary report on proceedings minutes and final acts of the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946*. [Archivo PDF]. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official\\_record2\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf)





# VIII – ANEXOS

---



## VIII - ANEXOS

### ANEXO 1. Hospitales que integran la muestra representativa de la investigación

1. *HOSPITAL QUIRÓNSALUD VITORIA - Araba/Álava*
2. *HOSPITAL CRUZ ROJA DE CORDOBA – Córdoba*
3. *HOSPITAL QUIRÓNSALUD SAGRADO CORAZON – Sevilla*
4. *HOSPITAL DE LA CREU ROJA ESPANYOLA - Balears, Illes*
5. *HOSPITAL SANT JOAN DE DEU PALMA MALLORCA - Balears, Illes*
6. *HOSPITAL GENERAL JUANEDA MURO - Balears, Illes*
7. *HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE – Sevilla*
8. *HOSPITAL DE LUARCA - GRUPO MELCA – Asturias*
9. *CENTRE GERIATRIC MARESME – Barcelona*
10. *HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BURGOS – Burgos*
11. *HOSPITAL RECOLETAS PALENCIA – Palencia*
12. *AREA PSIQUIÁTRICA DEL CENTRO ASISTENCIAL SAN JUAN DE DIOS – Palencia*
13. *HOSPITAL QUIRÓNSALUD CIUDAD REAL - Ciudad Real*
14. *CLÍNICA HLA DR. SANZ VÁZQUEZ – Guadalajara*
15. *HOSPITAL RICARDO BERMINGHAM – Gipuzkoa*
16. *SANATORIO USURBIL, S. L. – Gipuzkoa*
17. *POLICLÍNICO RIOJANO NUESTRA SEÑORA DE VALVANERA - Rioja, La*
18. *HOSPITAL SAN RAFAEL – Madrid*
19. *HOSPITAL DE LA V.O.T. DE SAN FRANCISCO DE ASÍS – Madrid*
20. *CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ - Madrid*

21. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE AMÉRICA (en 2022, VITHAS MADRID ARTURO SORIA) – Madrid
22. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA ZARZUELA – Madrid
23. CLÍNICA CEMTRO – Madrid
24. HOSPITAL CENTRO DE CUIDADOS LAGUNA – Madrid
25. HOSPITAL PARDO DE ARAVACA (en 2022, VITHAS MADRID ARAVACA) – Madrid
26. HOSPITAL HM VALLES – Madrid
27. FRATERNIDAD MUPRESA, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 275 – Madrid
28. HOSPITAL QUIRÓNSALUD MURCIA – Murcia
29. SANATORIO DR. MUÑOZ – Murcia
30. CLÍNICA MÉDICO-QUIRÚRGICA VIAMED SAN JOSÉ (en 2022, HOSPITAL VIAMED SAN JOSÉ) – Murcia
31. HOSPITAL VIRGEN DEL ALCÁZAR DE LORCA – Murcia
32. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR – Murcia
33. HOSPITAL DE MOLINA (en 2022, RIBERA HOSPITAL DE MOLINA) – Murcia
34. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTURTZI – Bizkaia
35. HOSPITAL PERPETUO SOCORRO ALAMEDA – Murcia
36. HOSPITAL DE BERMEO – OSAKIDETZA – Bizkaia
37. HOSPITAL DE ZAMUDIO – OSAKIDETZA – Bizkaia
38. HOSPITAL LA MILAGROSA S.A. (en 2022, VITHAS MADRID LA MILAGROSA) – Madrid
39. HOSPITAL MD ANDERSON CANCER CENTER MADRID – Madrid
40. CLÍNICA ROTGER - Balears, Illes
41. HOSPITAL GENERAL DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD – Salamanca
42. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA MORALEJA – Madrid
43. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA – Madrid
44. HOSPITAL VITHAS LA SALUD (en 2022, VITHAS GRANADA) – Granada
45. HOSPITAL MEDIMAR INTERNACIONAL - Alicante/Alacant

46. *HOSPITAL DE LA SANTA CREU i SANT PAU – Barcelona*
47. *CENTRE MEDIC DELFOS - Barcelona*
48. *HOSPITAL UNIVERSITARI DE SANT JOAN DE REUS – Tarragona*
49. *HOSPITAL HLA LA VEGA – Murcia*
50. *HOSPITAL HLA INMACULADA – Granada*
51. *HOSPITAL VITHAS PARQUE SAN ANTONIO (en 2022, VITHAS MÁLAGA) – Málaga*
52. *HOSPITAL VIAMED SANTIAGO – Huesca*
53. *HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CORDOBA – Córdoba*
54. *HOSPITAL DE L'ESPERANÇA – Barcelona*
55. *HOSPITAL VIRGEN DEL PUERTO – Cáceres*
56. *INSTITUT CATALA D'ONCOLOGIA GIRONA - HOSPITAL JOSEP TRUETA – Girona*
57. *CLÍNICA SANTA ELENA – Málaga*
58. *HOSPITEN ESTEPONA – Málaga*
59. *CLÍNICA MONTPELLIER, GRUPO HLA, S.A.U. – Zaragoza*
60. *HOSPITAL MAZ - MUTUA MAZ – Zaragoza*
61. *SANATORIO SAGRADO CORAZÓN – Valladolid*
62. *CLÍNICA SERMAN HLA – Cádiz*
63. *CLÍNICA LA SALUD (en 2022, HOSPITAL HLA LA SALUD) – Cádiz*
64. *HOSPITAL JEREZ PUERTA DEL SUR – Cádiz*
65. *HOSPITAL PERPETUO INTERNACIONAL (en 2022, VITHAS ALICANTE) - Alicante/Alacant*
66. *HOSPITAL EL ÁNGEL – Málaga*
67. *HOSPITAL EL PILAR – Barcelona*
68. *HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS TENERIFE - Santa Cruz de Tenerife*
69. *HOSPITAL SANITAS CIMA – Barcelona*
70. *HOSPITAL QUIRÓNSALUD VALENCIA - Valencia/València*
71. *CLÍNICA MC COPERNIC – Barcelona*
72. *HOSPITAL DOS DE MAIG - CONSORCI SANITARI INTEGRAL – Barcelona*

73. *HOSPITAL GENERAL DE L'HOSPITALET - CONSORCI SANITARI INTEGRAL - Barcelona*
74. *HOSPITAL RAMÓN NEGRETE - MUTUA UNIVERSAL – Cantabria*
75. *HOSPITAL DE LA REINA – León*
76. *HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS LEON – León*
77. *CLÍNICA ERCILLA MUTUALIA – Bizkaia*
78. *HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN ELTOYO – Almería*
79. *CENTRES ASSISTENCIALS DR. EMILI MIRA I LOPEZ (RECINTE TORRIBERA) – Barcelona*
80. *HOSPITAL DE SANT LLATZER - CONSORCI SANITARI DE TERRASSA – CST – Barcelona*
81. *HOSPITAL SOCIOSANITARI PERE VIRGILI – Barcelona*
82. *CENTRE SOCIOSANITARI DE L'HOSPITALET - CONSORCI SANITARI INTEGRAL – Barcelona*
83. *CENTRE FORUM – Barcelona*
84. *HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN LUIS – Palencia*
85. *CENTRO HOSPITALARIO PADRE BENITO MENNI – Valladolid*
86. *CENTRO SOCIOSANITARIO DE PLASENCIA – Cáceres*
87. *HOSPITAL AITA MENNI – Gipuzkoa*
88. *HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN JUAN DE DIOS – Gipuzkoa*
89. *HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SAN SEBASTIÁN – Gipuzkoa*
90. *CENTRE SANITARI DEL SOLSONES, FPC – Lleida*
91. *HOSPITAL DE SAGUNTO - Valencia/València*
92. *HOSPITAL GENERAL DE ONTINYENT - Valencia/València*
93. *HOSPITAL SAN JUAN GRANDE – Cádiz*
94. *HOSPITAL VIAMED NOVO SANCTI PETRI – Cádiz*
95. *HOSPITAL VIAMED BAHÍA DE CÁDIZ – Cádiz*
96. *HOSPITAL SAN CARLOS DE DENIA (en 2022, HOSPITAL HLA SAN CARLOS DENIA) - Alicante/Alacant*
97. *HOSPITAL QUIRÓNSALUD CLIDEBA – Badajoz*
98. *HOSPITAL SANT RAFAEL – Barcelona*

99. HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS - Barcelona
100. HOSPITAL LANZAROTE – Lanzarote
101. HOSPITAL QUIRÓNSALUD COSTA ADEJE - Santa Cruz de Tenerife
102. HOSPITAL SANTA CRUZ (en 2022, VITHAS TENERIFE) - Santa Cruz de Tenerife
103. HOSPITAL QUIRÓNSALUD DEL VALLÉS - CLÍNICA DEL VALLÉS – Barcelona
104. CLÍNICA PONFERRADA – León
105. REGLA HM HOSPITALES – León
106. CLÍNICA DIAGONAL – Barcelona
107. HOSPITAL QUIRÓNSALUD CÁCERES – Cáceres
108. HOSPITAL REY D. JAIME (en 2022, VITHAS CASTELLÓN) - Castellón/Castelló
109. CLÍNICA PERPETUO SOCORRO DE LÉRIDA (en 2022, CLÍNICA HLA PERPETUO SOCORRO) – Lleida
110. HOSPITAL POLUSA (en 2022, RIBERA POLUSA) – Lugo
111. HOSPITAL UNIVERSITARIO HM MADRID – Madrid
112. HOSPITAL VITHAS AGUAS VIVAS - Valencia/València
113. HOSPITAL MESA DEL CASTILLO - Murcia
114. HOSPITAL NTRA. SRA. DEL PERPETUO SOCORRO – Murcia
115. HOSPITAL C. M. VIRGEN DE LA CARIDAD CARTAGENA – Murcia
116. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – Navarra
117. GRUPO QUIRÓNSALUD PONTEVEDRA – Pontevedra
118. HOSPITAL HM VIGO – Pontevedra
119. HOSPITAL SAN RAFAEL – Cádiz
120. HOSPITAL SAN RAFAEL – Granada
121. CLÍNICA LOS NARANJOS (en 2022, CLÍNICA HLA LOS NARANJOS) – Huelva
122. CLÍNICA EL SERANIL – Málaga
123. HOSPITAL QUIRÓNSALUD SANTA JUSTA – Badajoz
124. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SEVILLA – Sevilla

125. *HOSPITAL VIAMED SANTA ÁNGELA DE LA CRUZ – Sevilla*
126. *GERMANES HOSPITALARIES. HOSPITAL SAGRAT COR – Barcelona*
127. *PARC SANITARI SANT JOAN DE DEU - RECINTE SANT BOI – Barcelona*
128. *HOSPITAL DE SANT CELONI – Barcelona*
129. *FUNDACIO HOSPITAL DE L'ESPERIT SANT – Barcelona*
130. *MUTUA DE GRANOLLERS, MUTUA DE PREVISIO SOCIAL A PRIMA FIXA – Barcelona*
131. *ITA MARESME – Barcelona*
132. *PARC SANITARI SANT JOAN DE DEU – NUMANCIA – Barcelona*
133. *BENITO MENNI COMPLEX ASSISTENCIAL EN SALUT MENTAL – Barcelona*
134. *HOSPITAL SANTA CLOTILDE – Cantabria*
135. *CENTRO HOSPITALARIO PADRE MENNI – Cantabria*
136. *CENTRE INTEGRAL DE SERVEIS EN SALUT MENTAL COMUNITARIA – Barcelona*
137. *CLÍNICA SANT ANTONI – Barcelona*
138. *HOSPITAL SOCIOSANITARI DE MOLLET – Barcelona*
139. *CENTRE SOCIOSANITARI BERNAT JAUME - FUNDACIÓ SALUT EMPORDÀ – Girona*
140. *VITHAS HOSPITAL MONTSERRAT (en 2022, VITHAS LLEIDA) - Lleida*
141. *SANT JOAN DE DEU TERRES DE LLEIDA – Lleida*
142. *HOSPITAL SANT JOAN DE DEU LLEIDA – Lleida*
143. *HOSPITAL VIAMED MONEGAL – Tarragona*
144. *HOSPITAL COMARCAL MORA D'EBRE – Tarragona*
145. *FUNDACIÓN INSTITUTO SAN JOSÉ – Madrid*
146. *CENTRO SAN JUAN DE DIOS CIEMPOZUELOS - Madrid*
147. *HOSPITAL VIRGEN DEL MAR (en 2022, VITHAS ALMERÍA) – Almería*
148. *CLÍNICA HLA VISTAHERMOSA - Alicante/Alacant*
149. *HOSPITAL COSTA DE LA LUZ – Huelva*
150. *HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREVIEJA - Alicante/Alacant*
151. *HOSPITAL DE DENIA - Alicante/Alacant*



152. *HOSPITAL VITHAS XANIT INTERNACIONAL – Málaga*
153. *HOSPITAL NISA SEVILLA- ALJARAFE (en 2022, VITHAS SEVILLA) – Sevilla*
154. *HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – Zaragoza*
155. *FUNDACIO PUIGVERT – IUNA – Barcelona*
156. *HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL DE BADALONA – Barcelona*
157. *HOSPITAL DE SANT JOAN DE DEU – Barcelona*
158. *HOSPITEN CLÍNICA ROCA SAN AGUSTÍN - Palmas, Las*
159. *HOSPITAL SANTA CATALINA (en 2022, VITHAS LAS PALMAS) - Palmas, Las*
160. *HOSPITAL SANT ANTONI ABAT - CONSORCI SANITARI DEL GARRAF - Barcelona*
161. *COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL - Palmas, Las*
162. *HOSPITEN SUR - Santa Cruz de Tenerife*
163. *HOSPITEN BELLEVUE - Santa Cruz de Tenerife*
164. *HOSPITEN RAMBLA - Santa Cruz de Tenerife*
165. *HOSPITAL QUIRÓNSALUD TENERIFE - Santa Cruz de Tenerife*
166. *HOSPITAL GENERAL DE LA PALMA - Santa Cruz de Tenerife*
167. *HOSPITAL D'IGUALADA – CSA – Barcelona*
168. *HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN - Castellón/Castelló*
169. *HOSPITAL QUIRÓNSALUD A CORUÑA - Coruña, A*
170. *HOSPITAL JUAN CARDONA (en 2022, HOSPITAL RIBERA JUAN CARDONA) - Coruña, A*
171. *HOSPITAL HM ROSALEDA - HM LA ESPERANZA - Coruña, A*
172. *HOSPITAL UNIVERSITARI DE GIRONA DR. JOSEP TRUETA – Girona*
173. *HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA - Madrid*
174. *HOSPITAL REINA SOFÍA DE TUDELA – Navarra*
175. *HOSPITAL NOSA SEÑORA DE FÁTIMA (en 2022, VITHAS VIGO) – Pontevedra*
176. *HOSPITAL VIAMED MONTECANAL – Zaragoza*
177. *HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VINALOPÓ - GRUPO SANITARIO RIBERA - Alicante/Alacant*

178. *HOSPITAL DEL MAR – Barcelona*
179. *HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE – Barcelona*
180. *HOSPITAL DE SABADELL - CORPORACIÓ SANITARIA PARC TAULÍ – Barcelona*
181. *HOSPITAL 9 DE OCTUBRE (en 2022, VITHAS 9 DE OCTUBRE) - Valencia/València*
182. *HOSPITAL CLÍNICA BENIDORM - Alicante/Alacant*
183. *HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE - Alicante/Alacant*
184. *HOSPITAL QUIRÓNSALUD INFANTA LUISA – Sevilla*
185. *HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA – Barcelona*
186. *HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET – Zaragoza*
187. *HOSPITAL DE JOVE – Asturias*
188. *HOSPITAL DE TERRASSA - CONSORCI SANITARI DE TERRASSA CST – Barcelona*
189. *HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON – Barcelona*
190. *HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA – Cantabria*
191. *HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ – Madrid*
192. *CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA - Valencia/València*
193. *HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA - Valencia/València*
194. *HOSPITAL VIRGEN DEL CONSUELO (en 2022, VITHAS VALENCIA CONSUELO) - Valencia/València*
195. *HOSPITAL POVISA (en 2022, RIBERA POVISA) – Pontevedra*
196. *COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA – Navarra*
197. *HOSPITAL QUIRÓNSALUD MARBELLA – Málaga*
198. *CLÍNICA SANTA ISABEL (en 2022, HLA SANTA ISABEL) – Sevilla*
199. *HOSPITAL DE SANT JOAN DESPÍ MOISES BROGGI - CONSORCI SANITARI INTEGRAL – Barcelona*
200. *CLÍNICA SANTA ELENA (en 2022, HOSPITAL VIAMED SANTA ELENA) – Madrid*
201. *HOSPITAL HLA UNIVERSITARIO MONCLOA – Madrid*
202. *HOSPITAL UNIVERSITARIO HM MONTEPRÍNCIPE – Madrid*
203. *HOSPITAL UNIVERSITARIO HM SANCHINARRO – Madrid*

- 
204. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. PESET ALEIXANDRE - *Valencia/València*
205. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA – *Navarra*
206. HOSPITAL VITHAS SAN JOSÉ (en 2022, VITHAS VITORIA) - *Araba/Álava*
207. HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA (SEDE TXAGORRITXU Y SEDE SANTIAGO) – OSAKIDETZA - *Araba/Álava*
208. HOSPITAL DE MANACOR - *Balears, Illes*
209. HOSPITAL SON LLATZER - *Balears, Illes*
210. HOSPITAL UNIVERSITARI SON ESPASES - *Balears, Illes*
211. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS – *Asturias*
212. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA - *Coruña, A*
213. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL - *Coruña, A*
214. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO - *Coruña, A*
215. HOSPITAL PÚBLICO DA BARBANZA - *Coruña, A*
216. HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA – OSAKIDETZA – *Gipuzkoa*
217. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL – *Madrid*
218. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA – *Madrid*
219. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA – *Madrid*
220. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA – *Madrid*
221. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREJÓN – *Madrid*
222. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA – *Murcia*
223. HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ – *Murcia*
224. CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE – *Bizkaia*
225. HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS – *Almería*
226. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES – *Granada*
227. HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DEL H.U. VIRGEN DE LAS NIEVES – *Granada*
228. HOSPITAL DE NEUROTRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN DEL H.U. VIRGEN DE LAS NIEVES – *Granada*
229. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA – *Málaga*

230. *HOSPITAL MARÍTIMO DE TORREMOLINOS – Málaga*
231. *HOSPITAL VALLE DE GUADALHORCE DE CARTAMA –Málaga*
232. *HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA – Sevilla*
233. *HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO – Sevilla*
234. *HOSPITAL DE REHABILITACIÓN Y TRAUMATOLOGÍA DEL H.U. VIRGEN DEL ROCÍO – Sevilla*
235. *HOSPITAL INFANTIL – Sevilla*
236. *HOSPITAL DE LA MUJER (H.U. VIRGEN DEL ROCÍO) - Sevilla*
237. *HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN - Palmas, Las*
238. *HOSPITAL SAN ROQUE DE GUÍA - H.U. DR. NEGRÍN - Palmas, Las*
239. *HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALUD MENTAL JUAN CARLOS I - H.U. DR. NEGRÍN - Palmas, Las*
240. *HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE SONSOLES (COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA) – Ávila*
241. *HOSPITAL PROVINCIAL DE ÁVILA (COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA) – Ávila*
242. *HOSPITAL DE LEÓN (COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN) – León*
243. *HOSPITAL MONTE SAN ISIDRO (COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN) – León*
244. *HOSPITAL SANTA ISABEL (COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN) – León*
245. *HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA) – Salamanca*
246. *HOSPITAL LOS MONTALVOS (COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA) – Salamanca*
247. *HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE – Albacete*
248. *HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO - H.U. ALBACETE – Albacete*
249. *HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ – Badajoz*
250. *HOSPITAL MATERNO-INFANTIL – Badajoz*
251. *HOSPITAL DON BENITO-VILLANUEVA DE LA SERENA – Badajoz*
252. *HOSPITAL DE MÉRIDA – Badajoz*

- 
253. *HOSPITAL DE ZAFRA – Badajoz*
  254. *HOSPITAL PERPETUO SOCORRO – Badajoz*
  255. *HOSPITAL SAN PEDRO DE ÁLCANTARA – Cáceres*
  256. *HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES – Cáceres*
  257. *HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN – Madrid*
  258. *HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ – Madrid*
  259. *INSTITUTO PROVINCIAL DE REHABILITACIÓN - H.U. GREGORIO MARAÑÓN – Madrid*
  260. *INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN - 2 ARAGÓN – Madrid*
  261. *HOSPITAL DE LA RIOJA - Rioja, La*
  262. *HOSPITAL TAMARAGUA - Santa Cruz de Tenerife*
  263. *HOSPITAL HLA DR. SANZ VÁZQUEZ – Guadalajara*
  264. *HOSPITAL HLA MEDITERRÁNEO - Almería*

## ANEXO 2. Encuesta online a organizaciones hospitalarias y a grupo Delphi: introducción explicativa e información sobre la LOPD-GDD



### IMPACTOS DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA

Como parte del trabajo de investigación relativo a la Comunicación de la RSC (responsabilidad social corporativa) hospitalaria, considero de vital importancia definir los impactos (positivos y negativos) específicos de la gestión hospitalaria, con el fin de que las organizaciones hospitalarias puedan disponer de un marco de referencia que les permita saber qué información deben ofrecer a sus grupos de interés acerca de su RSC.

Por este motivo, le agradezco que dedique unos minutos de su tiempo a responder este cuestionario, valorando del 1 al 5 (siendo 1 la menor puntuación y 5 la mayor puntuación posible) la importancia de informar a sus grupos de interés acerca de cada uno de estos impactos de la gestión hospitalaria.

Gracias por su colaboración.

Marta Isabel García Rivas  
Doctoranda UCAM

PROTECCIÓN DE DATOS: En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016 /679 de la <sup>\*</sup> Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personales y garantía de los derechos digitales (LOPD-GDD), los datos recopilados en esta encuesta sólo serán utilizados a efectos de la tesis doctoral anteriormente referida y trabajos de naturaleza científica derivados de la misma, no recopilándose ningún dato de tipo personal que pueda identificar a personas concretas.

He leído y acepto la política de protección de datos

Siguiente

Página 1 de 18

Borrar formulario



## IMPACTOS/ASUNTOS DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA

Como parte del trabajo de investigación relativo a la Comunicación de la RSC (responsabilidad social corporativa) hospitalaria, considero de vital importancia definir los impactos/asuntos específicos de la gestión hospitalaria (independientemente de los de carácter medioambiental, social, laboral, etc.), con el fin de que las organizaciones hospitalarias puedan disponer de un marco de referencia que les permita saber qué información deben ofrecer a sus grupos de interés acerca de su RSC.

Por este motivo, le agradezco que dedique unos minutos de su tiempo a responder este cuestionario, valorando del 1 al 5 (siendo 1 "nada importante" y 5 "muy importante") la importancia de informar a sus grupos de interés acerca de cada uno de estos asuntos/impactos de la gestión hospitalaria.

Gracias por su colaboración.

Marta Isabel García Rivas  
Doctoranda UCAM

PROTECCIÓN DE DATOS: En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016 /679 de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personales y garantía de los derechos digitales (LOPD-GDD), los datos recopilados en esta encuesta sólo serán utilizados a efectos de la tesis doctoral anteriormente referida y trabajos de naturaleza científica derivados de la misma, no recopilándose ningún dato de tipo personal que pueda identificar a personas concretas. \*

He leído y acepto la política de protección de datos

[Siguiente](#)

Página 1 de 16

[Borrar formulario](#)

### **ANEXO 3. Encuesta online a organizaciones hospitalarias y a grupo Delphi: descripción de los impactos**

- GRD's (grupos relacionados por el diagnóstico): GRD es el sistema de clasificación de pacientes que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en el hospital, con el coste que representa su asistencia.
- Mapa de procesos: el mapa de procesos representa y recoge la interrelación de todos los procesos que realiza una organización.
- Economía circular: acciones desarrolladas para valorizar residuos y que permanezcan el máximo tiempo posible en la cadena de valor (reciclaje, donaciones de material, reutilización, etc.).
- Acciones para cumplir con la Agenda 2030: acciones puestas en marcha para cumplir con las metas establecidas en los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que conforman la Agenda 2030 de Naciones Unidas.
- Gestión de riesgos: procedimientos para identificar, gestionar y prevenir los riesgos vinculados a la actividad de la organización (laborales, penales, psicosociales, sistemas de información, medioambientales, etc.).
- TICs aplicadas a la asistencia sanitaria: nuevas tecnologías de la Información y la Comunicación aplicadas a la asistencia sanitaria para contribuir a la innovación y la eficiencia.
- Investigación desarrollada: proyectos de investigación y actuaciones desarrolladas en el ámbito de la investigación sanitaria, para contribuir al progreso y avance de la asistencia sanitaria.
- Trato al paciente: actuaciones desarrolladas para humanizar la asistencia sanitaria prestada a los pacientes.



- Seguridad del paciente: acciones desarrolladas para gestionar los riesgos relacionados con la seguridad del paciente (por ejemplo, UNE 179003).
- Promoción y divulgación de la salud: actuaciones desarrolladas para promocionar la salud y divulgar hábitos saludables entre los pacientes y usuarios de la organización.
- Compromisos con la cultura: acciones desarrolladas por la organización para contribuir al ámbito cultural de su entorno (literario, teatral, musical, artístico, cinematográfico, etc.).
- Compromisos con la promoción de hábitos saludables: actuaciones desarrolladas para promocionar hábitos saludables entre los diferentes grupos de interés de cada organización.
- Compromisos con el deporte: acciones desarrolladas por la organización para contribuir a promocionar el ámbito deportivo de su entorno y mejorar la práctica deportiva desde un punto de vista preventivo.
- Cadena de valor: proveedores: identificación de los principales integrantes de la cadena de valor de la organización, sistema de evaluación de proveedores (incluyendo criterios de derechos humanos, medioambientales, etc.).
- Organigrama: el organigrama es la representación gráfica de la estructura organizacional y el capital humano de una organización, que muestra la línea de reporte de todos los puestos y empleados, así como la relación entre los diferentes departamentos.
- Total de personal: profesionales que integran la plantilla laboral de la organización expresado en FTE's.

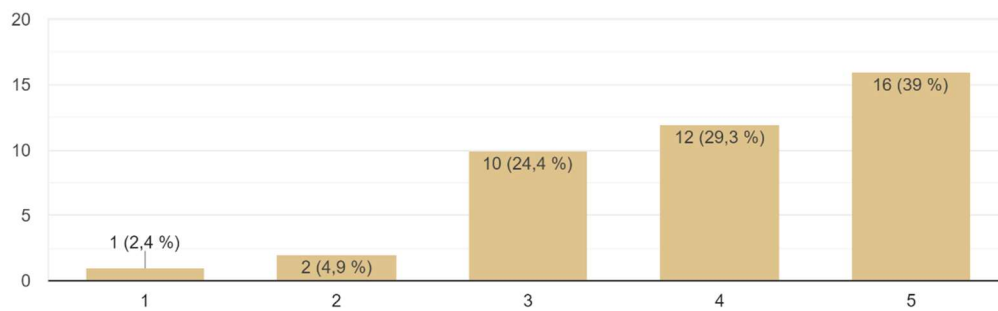
- Total de colaboradores sanitarios externos: profesionales sanitarios que colaboran con la organización sin formar parte de su plantilla laboral, a través de relaciones mercantiles.
- Docencia y formación interna y externa: actuaciones desarrolladas en el ámbito de la docencia y formación (universitaria y profesional), para contribuir a la mejora de las habilidades y competencias de los profesionales y futuros profesionales de organizaciones hospitalarias.
- Planes de igualdad: compromiso de la organización con la igualdad efectiva a través del desarrollo de planes de igualdad y resumen del último plan de igualdad en marcha.
- Cartera de servicios y pruebas diagnósticas: relación de servicios sanitarios y diagnósticos.
- Camas instaladas: número de camas instaladas.
- Camas en funcionamiento: número de camas en funcionamiento.
- Quirófanos: número de quirófanos.
- Consultas externas: número de consultas externas.
- Unidades de fisioterapia: número de unidades de Fisioterapia.
- Laboratorio de análisis clínico y anatomía patológica: si se dispone de laboratorio (interno o externo).
- Boxes de Urgencias: número de boxes de Urgencias.
- Total de altas: número total de altas.
- Altas con hospitalización: número de altas con hospitalización.

- 
- Altas médicas: número de altas médicas.
  - Altas quirúrgicas: número de altas quirúrgicas.
  - Readmisiones: porcentaje de readmisiones por el mismo motivo en 30 días.
  - Mortalidad: tasa de mortalidad.
  - Intervenciones con cirugía mayor ambulatoria (CMA): porcentaje de intervenciones quirúrgicas con CMA.
  - Intervenciones con ingreso: porcentaje de intervenciones quirúrgicas con ingreso hospitalario.
  - Total de estancias: número total de estancias de pacientes.
  - Estancia media: estancia media de pacientes.
  - Total de urgencias atendidas: número total de urgencias atendidas.
  - Presión de Urgencias: porcentaje de pacientes que acuden a Urgencias y quedan ingresados en el hospital.
  - Total de primeras consultas externas: número total de primeras consultas externas realizadas.
  - Total de segundas consultas externas: número total de segundas consultas externas realizadas.
  - Total de análisis clínicos: número total de análisis clínicos realizados.
  - Radiología convencional: total de radiología convencional realizada.

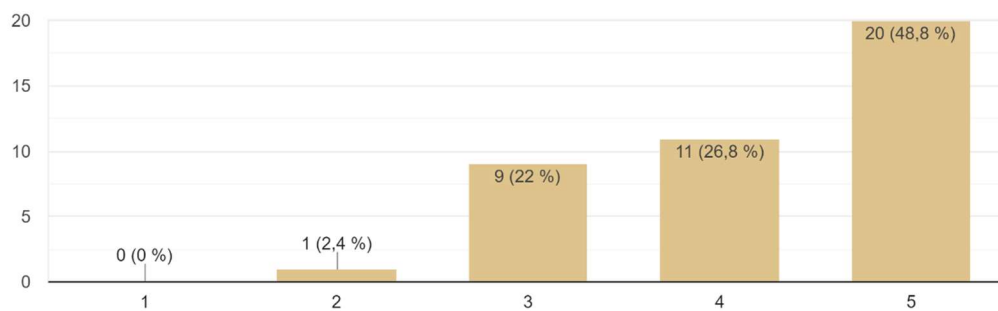
- Ecografía: total de ecografías realizadas.
- TAC (tomografía axial computarizada): total de TACs realizados.
- RMN (resonancia magnética nuclear): total de RMN realizadas.
- Endoscopias digestivas: total de endoscopias digestivas realizadas.
- Exploraciones de Neurofisiología: total de exploraciones de Neurofisiología realizadas.
- Exploraciones cardíacas: total de exploraciones cardíacas realizadas (ecocardiografía - holter - electrocardiograma - fisiología cardíaca).
- Pacientes atendidos en Fisioterapia: número total de pacientes atendidos en Fisioterapia.
- Sesiones de Fisioterapia: número total de sesiones de fisioterapia realizadas.
- Actividad sanitaria por NHS (National Health Service): porcentaje de actividad sanitaria realizada por NHS (National Health Service).
- Actividad sanitaria por aseguradoras sanitarias, mutuas, compañías de tráfico, etc.: porcentaje de actividad sanitaria realizada a través de aseguradoras sanitarias, mutuas laborales, compañías de tráfico, etc.
- Actividad sanitaria privada: porcentaje de actividad sanitaria realizada de manera privada

**ANEXO 4. Resultados de la encuesta online realizada a las organizaciones hospitalarias****MARCO DE ACTUACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE GESTIÓN:  
ORGANIZACIÓN DE PROCESOS****GRD´s (Grupos Relacionados por el Diagnóstico)**

41 respuestas

**Mapa de procesos**

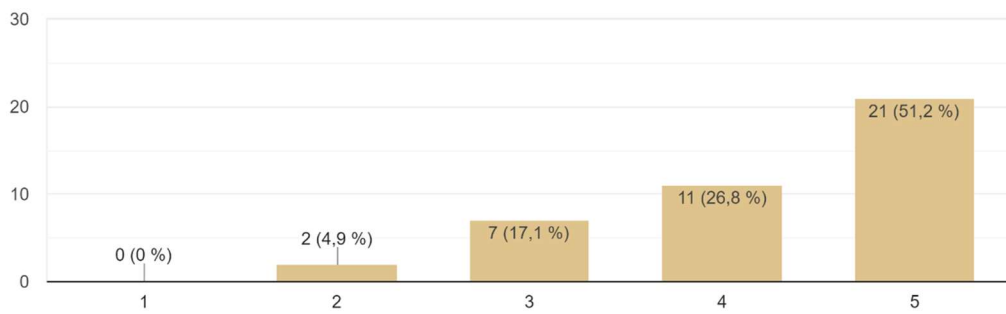
41 respuestas



## MARCO DE ACTUACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE GESTIÓN: GESTIÓN SOSTENIBLE

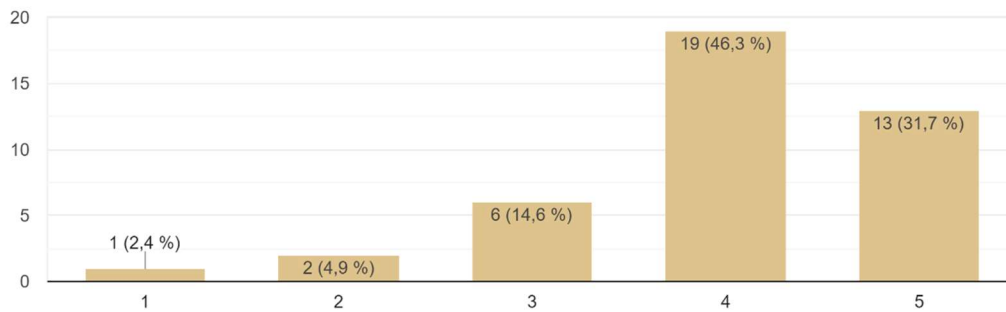
### Economía circular

41 respuestas



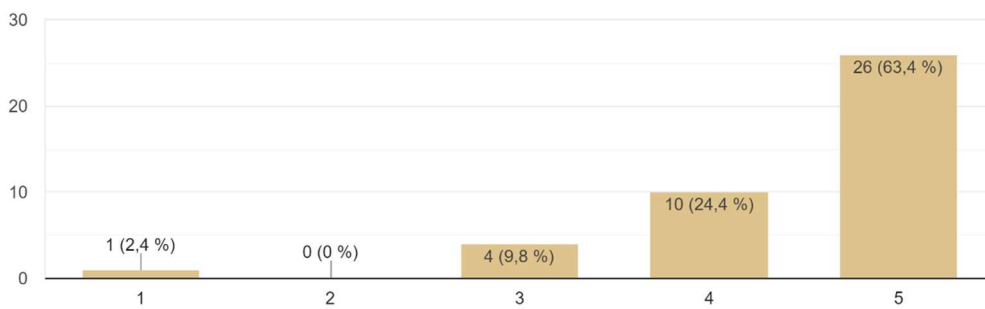
### Acciones para cumplir con la Agenda 2030

41 respuestas



### Gestión de riesgos

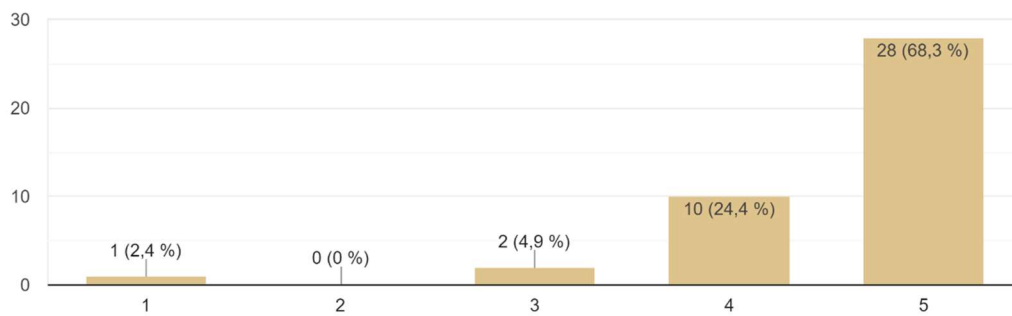
41 respuestas



**MARCO DE ACTUACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE GESTIÓN: I+D+i  
SANITARIA**

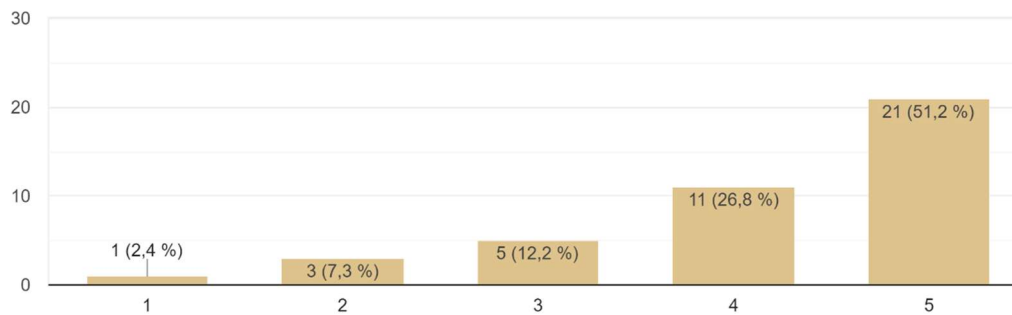
## TICs aplicadas a la asistencia sanitaria

41 respuestas



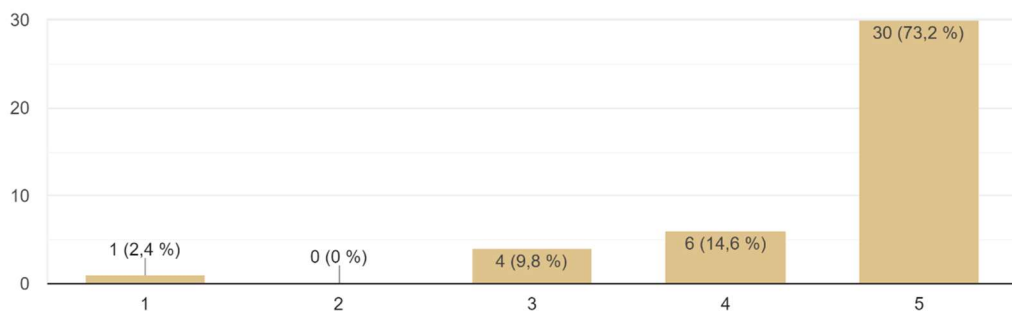
## Investigación desarrollada

41 respuestas

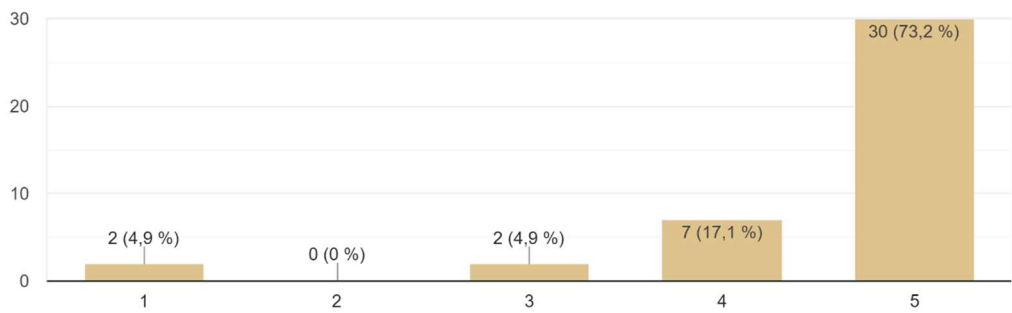


**GRUPOS DE INTERÉS: HUMANIZACIÓN Y ACP (atención centrada en la persona)****Trato al paciente**

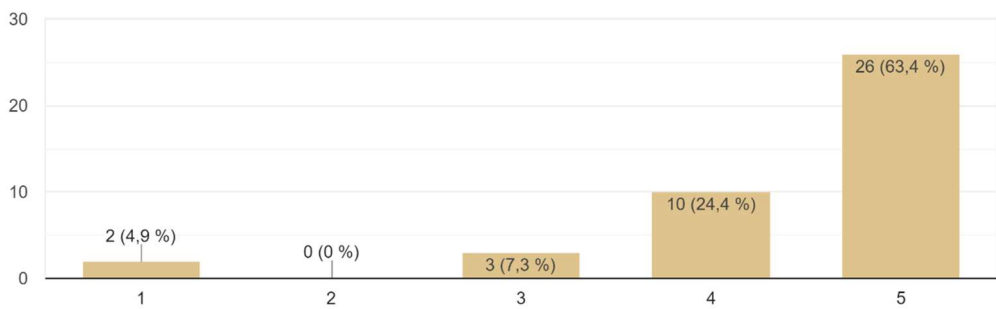
41 respuestas

**Seguridad del paciente**

41 respuestas

**Promoción y divulgación de la salud**

41 respuestas

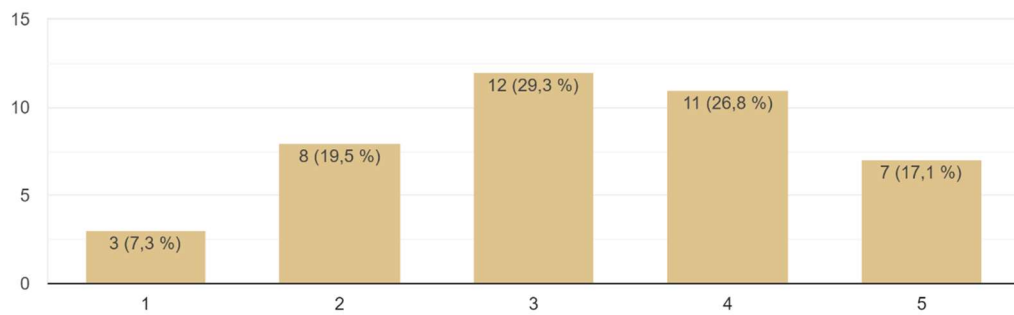




**GRUPOS DE INTERÉS: COMPROMISOS CON LA COMUNIDAD (bienestar físico y psicosocial)**

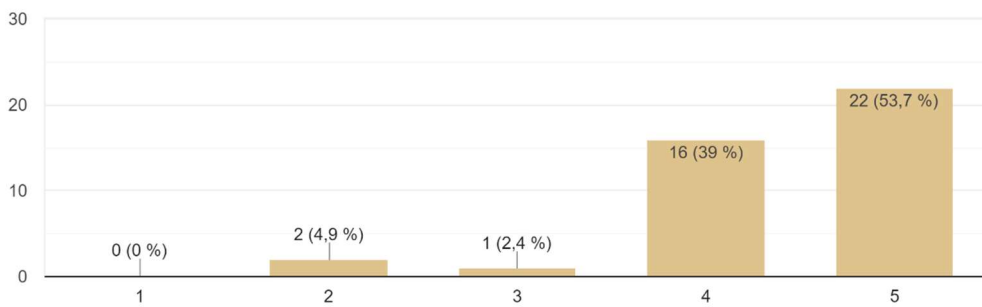
**Compromiso con la cultura**

41 respuestas



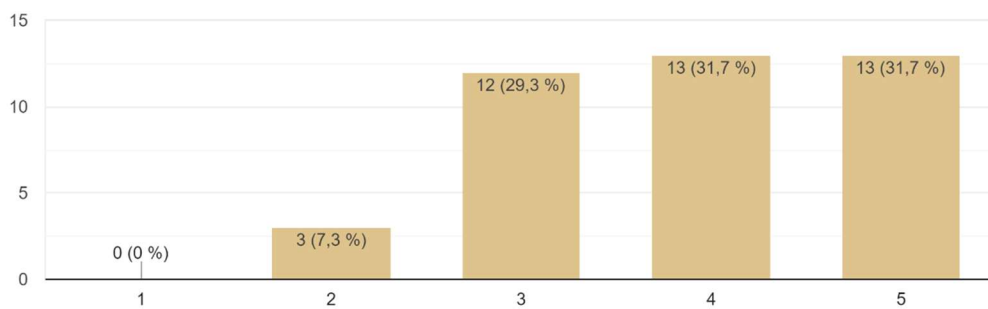
**Compromiso con la promoción de hábitos saludables**

41 respuestas



**Compromiso con el deporte**

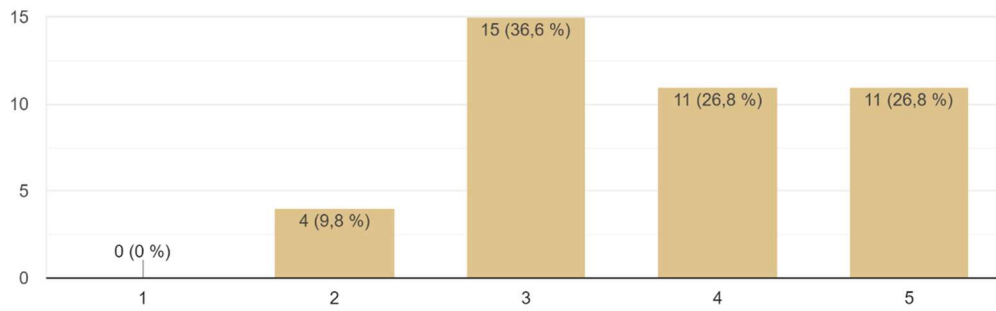
41 respuestas



### GRUPOS DE INTERÉS: PROVEEDORES

Cadena de valor: proveedores

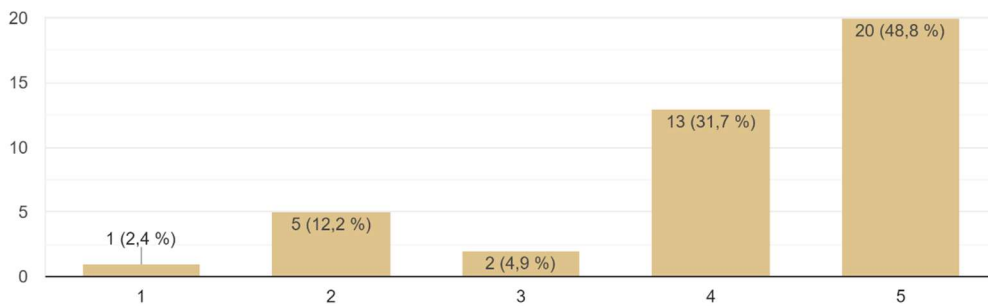
41 respuestas



### GRUPOS DE INTERÉS: RECURSOS HUMANOS

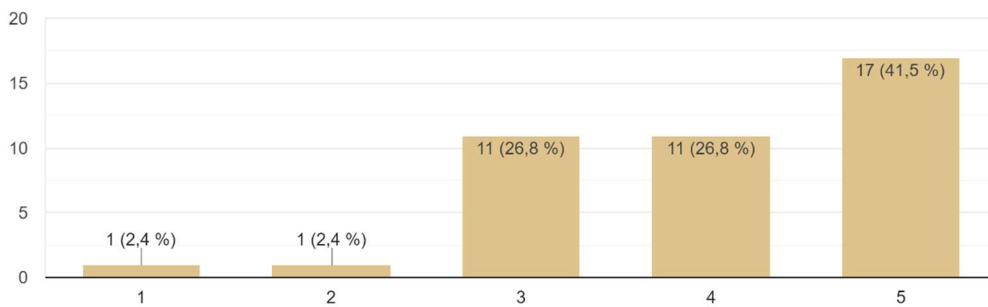
Organigrama

41 respuestas



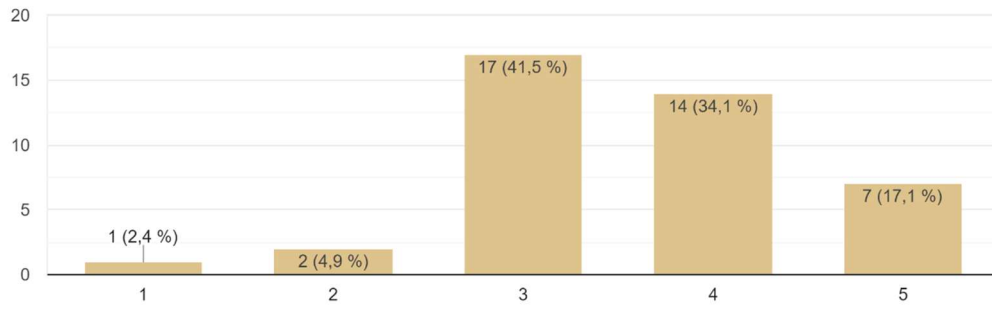
Personal total en plantilla

41 respuestas



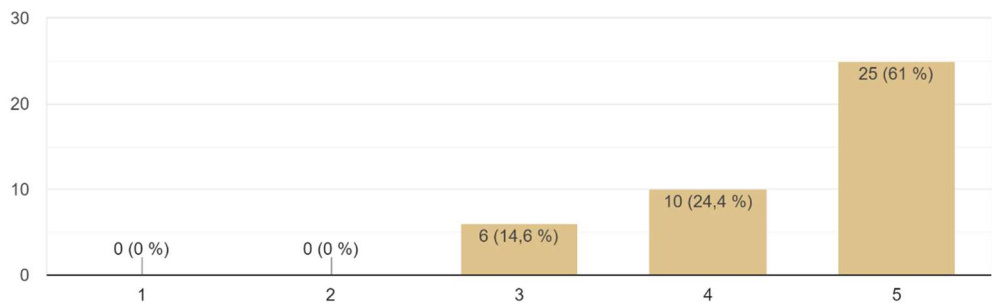
**Total de colaboradores sanitarios externos**

41 respuestas



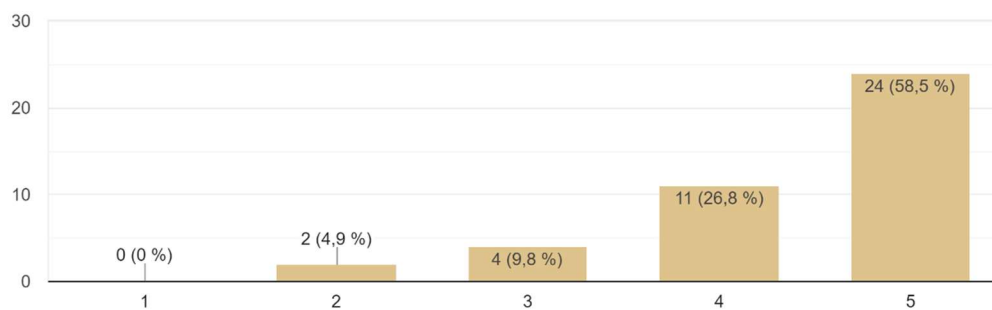
**Docencia y formación interna y externa**

41 respuestas



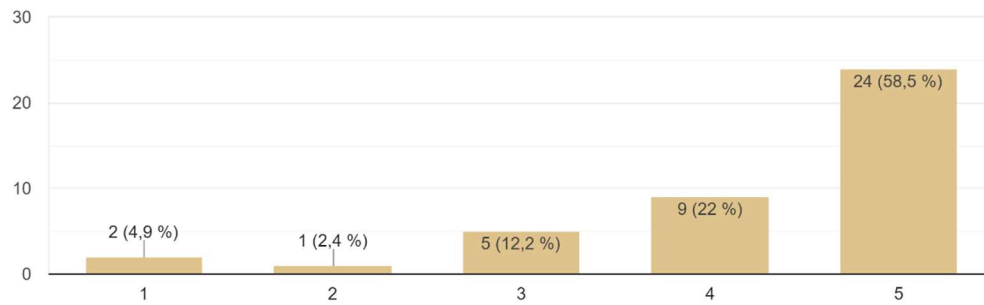
**Planes de igualdad**

41 respuestas

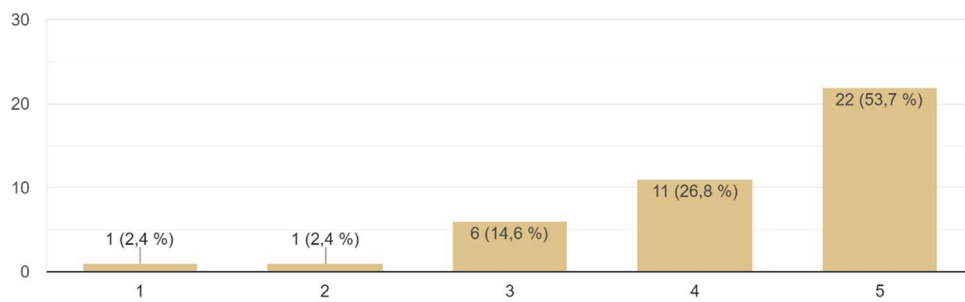


**RECURSOS: RECURSOS SANITARIOS****Cartera de Servicios y Pruebas Diagnósticas**

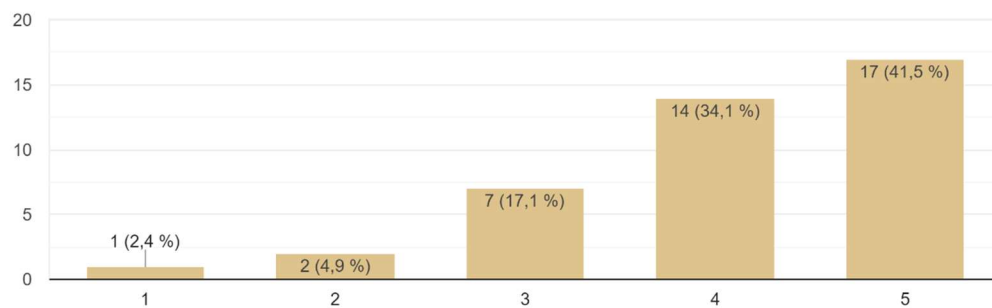
41 respuestas

**Camas instaladas**

41 respuestas

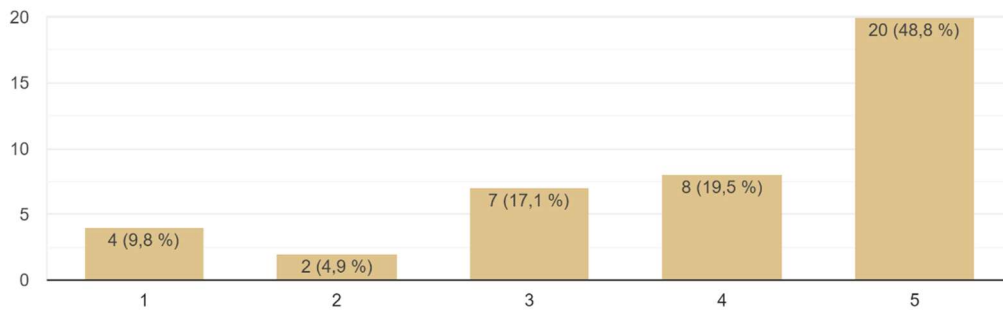
**Camas en funcionamiento**

41 respuestas



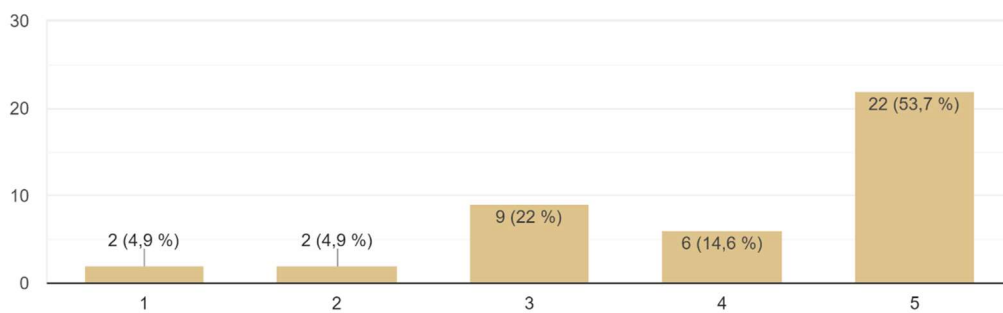
**Quirófanos**

41 respuestas



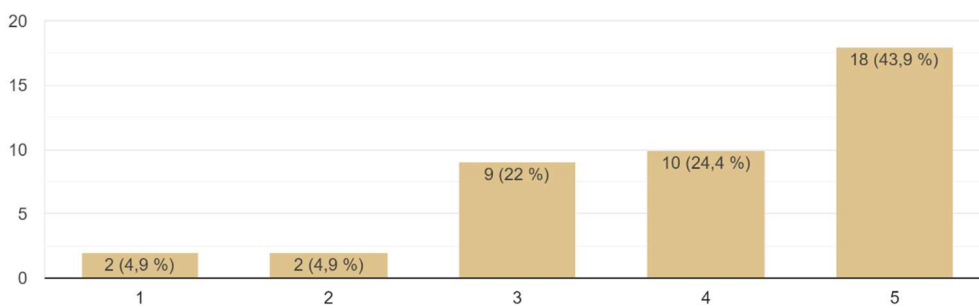
**Consultas externas**

41 respuestas



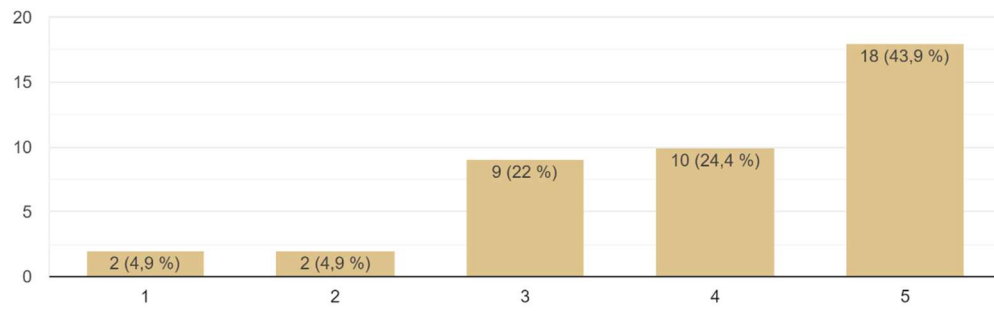
**Unidades de Fisioterapia**

41 respuestas

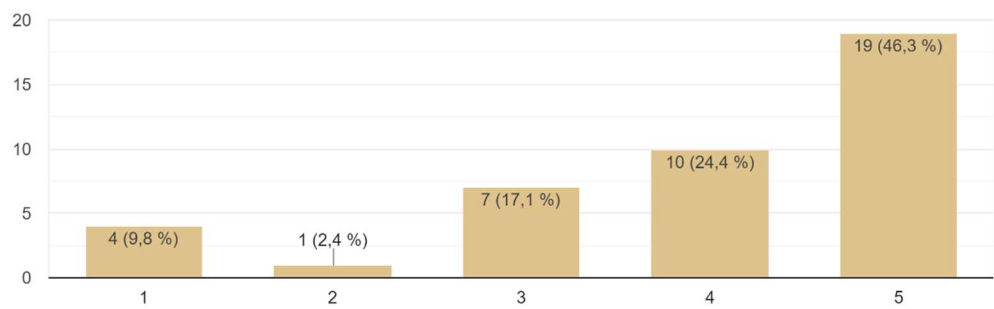


**Laboratorio de análisis clínico y anatomía patológica**

41 respuestas

**Boxes de Urgencias**

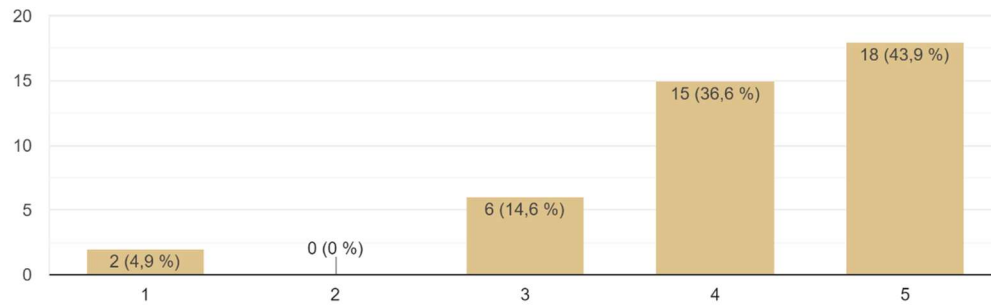
41 respuestas



**INDICADORES DE ACTIVIDAD: ALTAS**

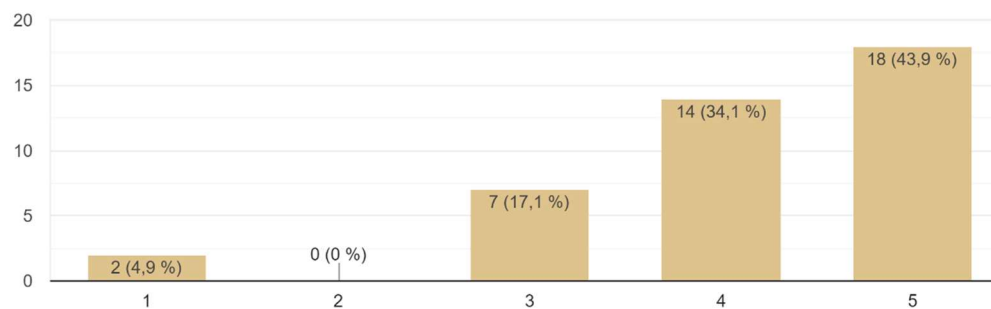
**Total de altas**

41 respuestas



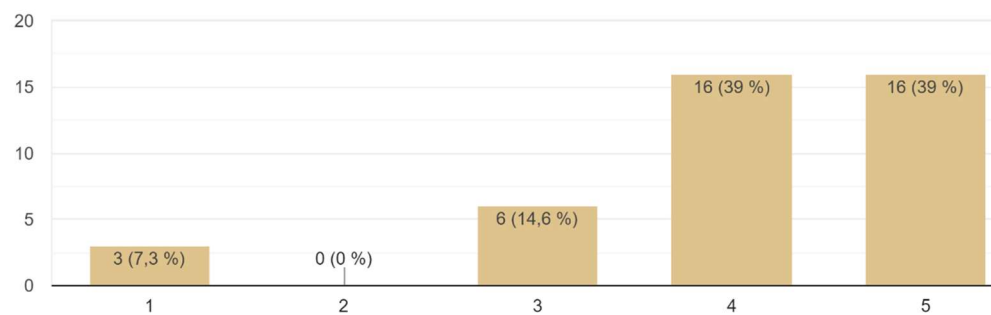
**Altas con hospitalización**

41 respuestas



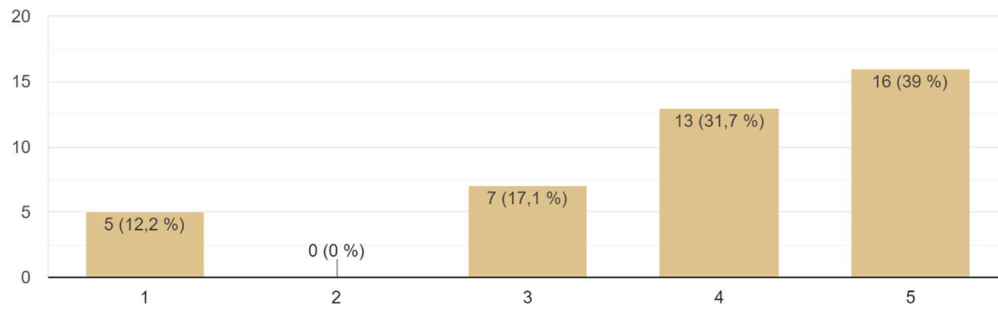
**Altas médicas**

41 respuestas

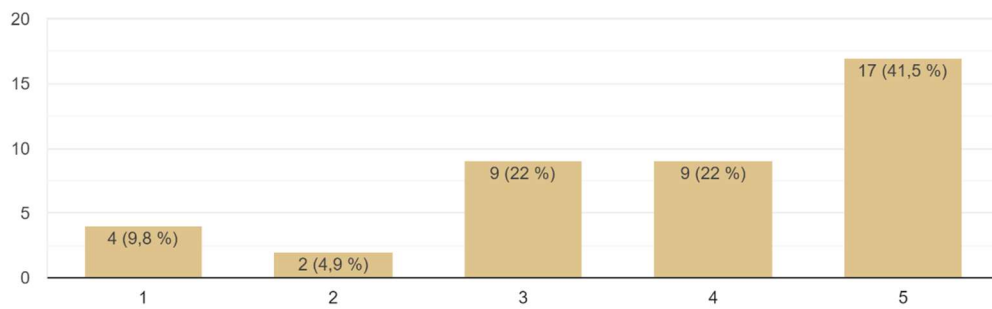


**Altas quirúrgicas**

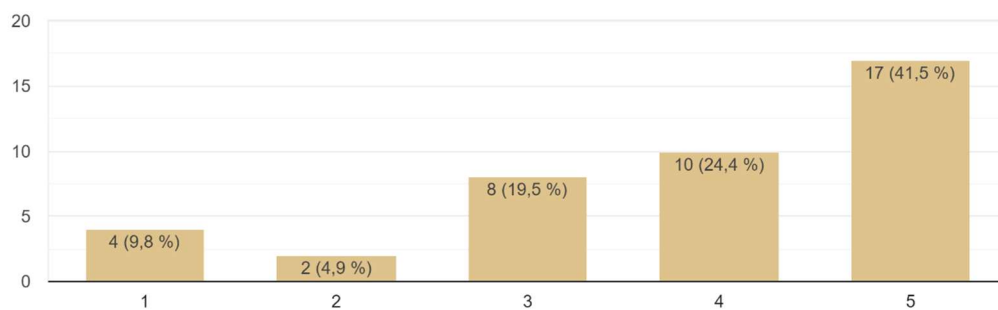
41 respuestas

**Readmisiones**

41 respuestas

**Mortalidad**

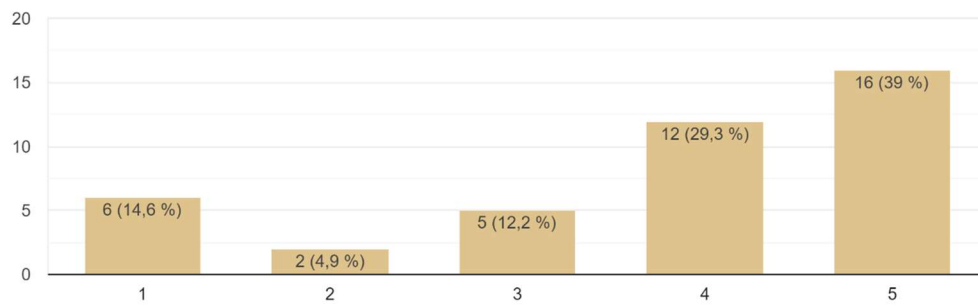
41 respuestas



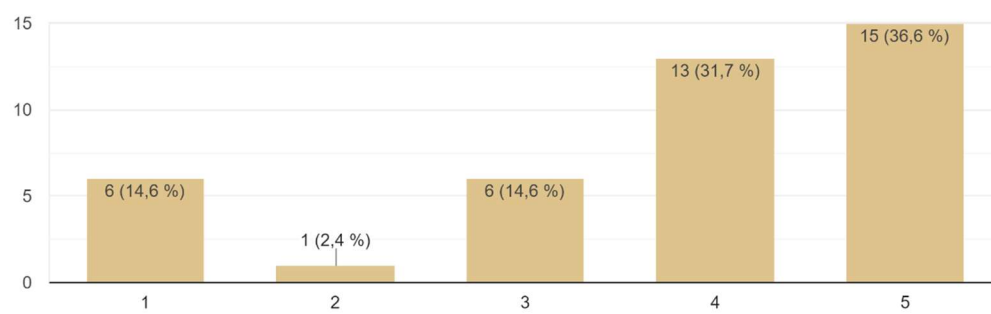


**INDICADORES DE ACTIVIDAD: INTERVENCIONES****Intervenciones con cirugía mayor ambulatoria (CMA)**

41 respuestas

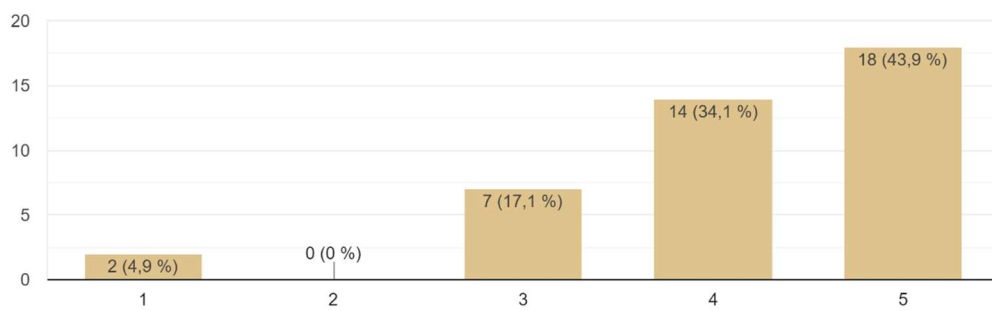
**Intervenciones con ingreso**

41 respuestas

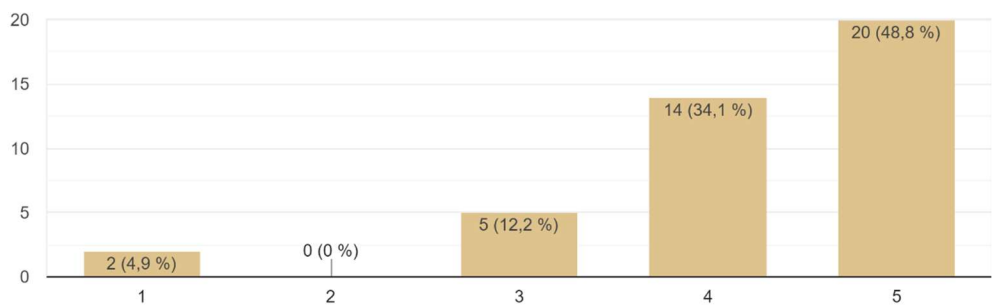


**INDICADORES DE ACTIVIDAD: ESTANCIAS****Total de estancias**

41 respuestas

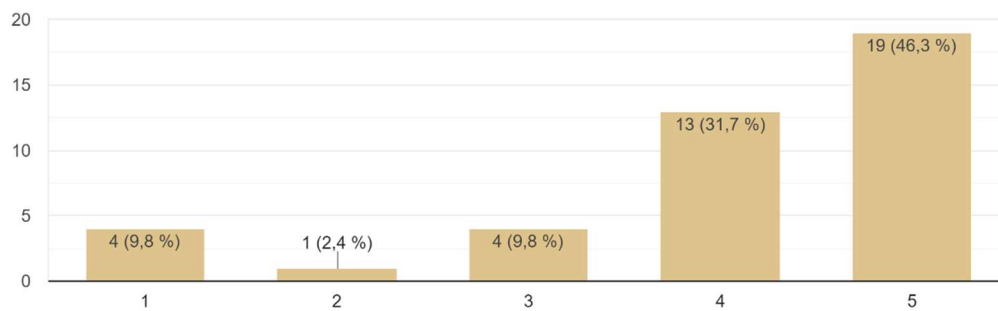
**Estancia media**

41 respuestas

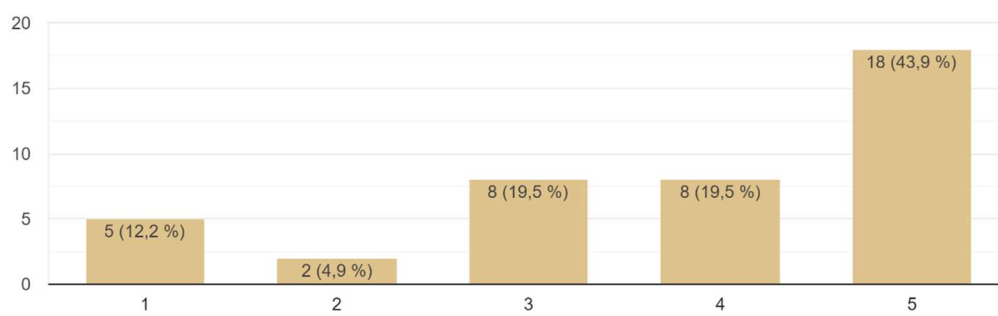


**INDICADORES DE ACTIVIDAD: URGENCIAS****Total de urgencias atendidas**

41 respuestas

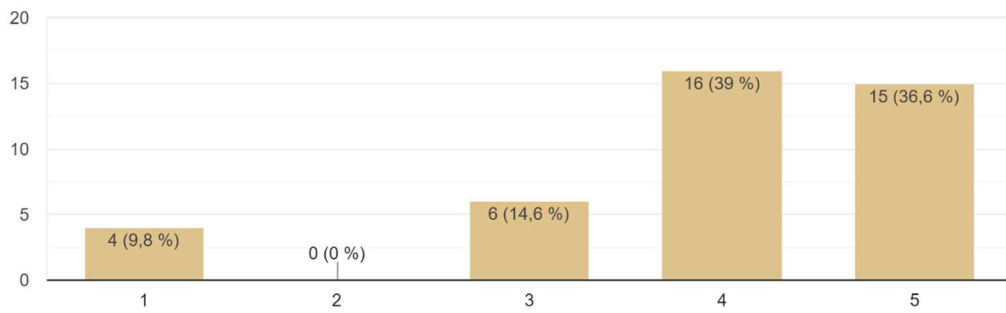
**Presión de urgencias**

41 respuestas

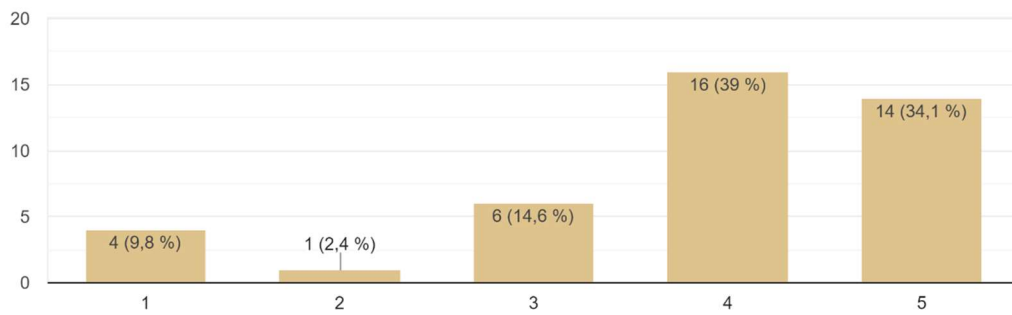


**INDICADORES DE ACTIVIDAD: CONSULTAS EXTERNAS****Total de primeras consultas externas**

41 respuestas

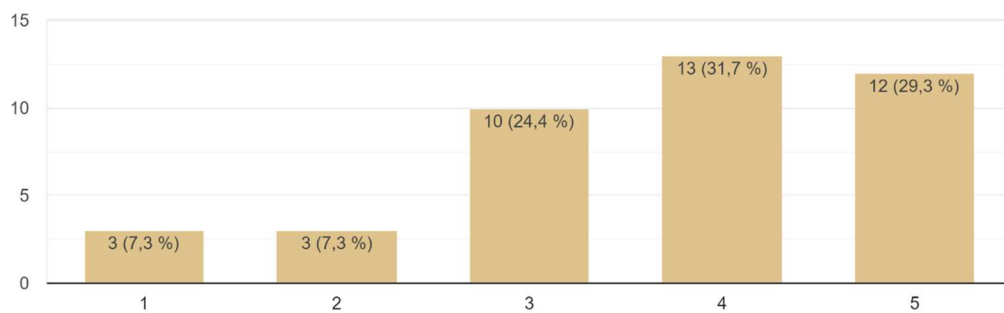
**Total de segundas consultas externas**

41 respuestas

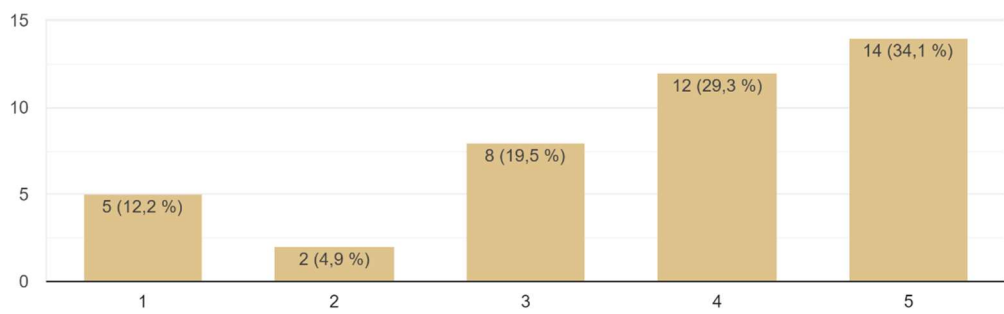


**INDICADORES DE ACTIVIDAD: PRUEBAS DIAGNÓSTICAS****Total de análisis clínicos**

41 respuestas

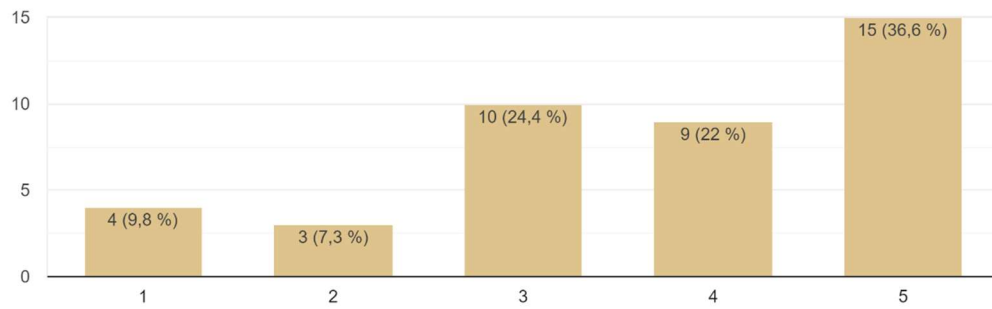
**Radiología convencional**

41 respuestas

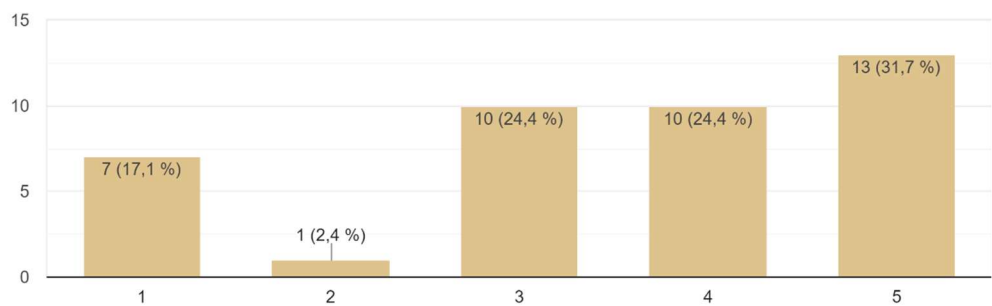


**Ecografías**

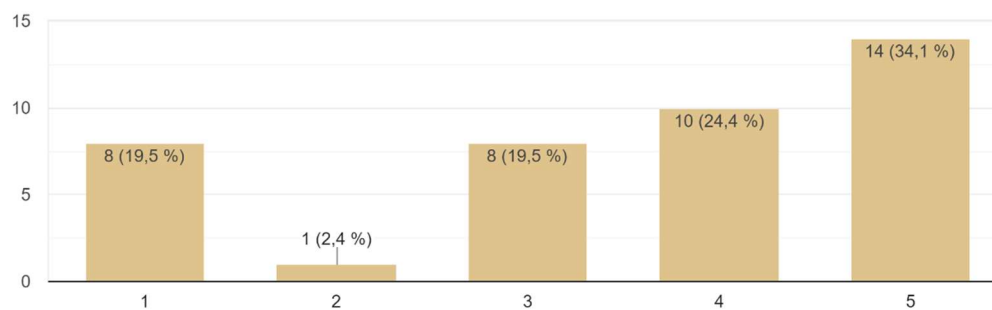
41 respuestas

**TAC (tomografía axial computarizada)**

41 respuestas

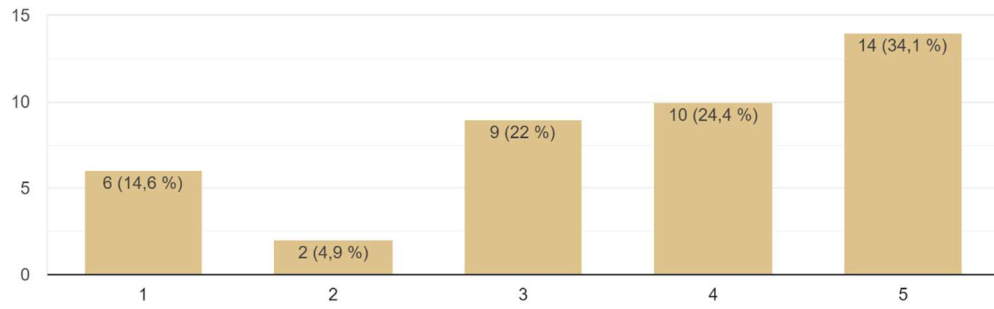
**RMN (resonancia magnética nuclear)**

41 respuestas



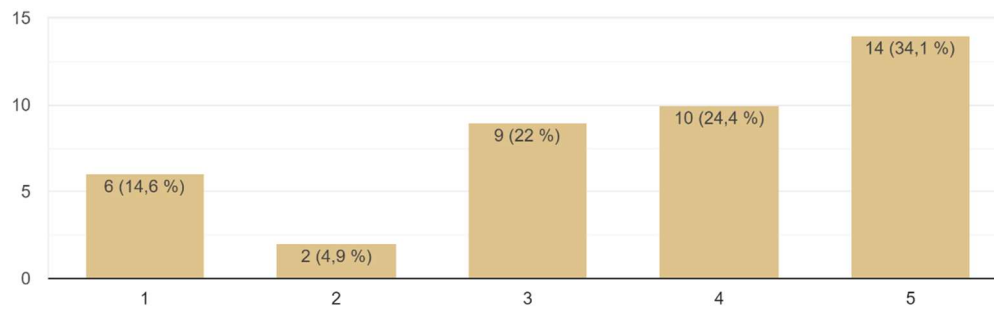
**Endoscopias digestivas**

41 respuestas



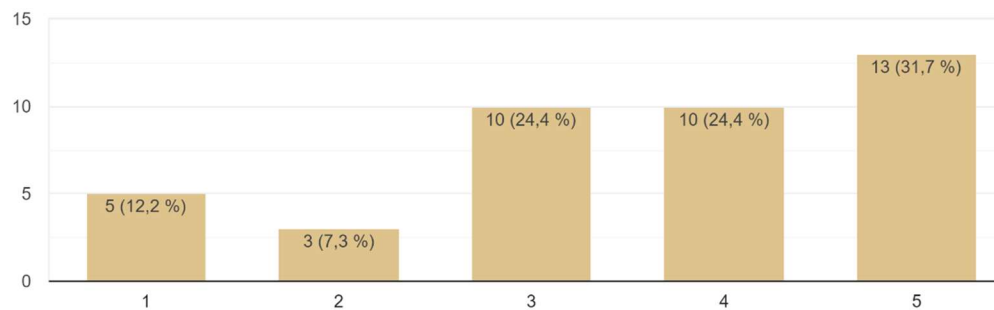
**Exploraciones de Neurofisiología**

41 respuestas



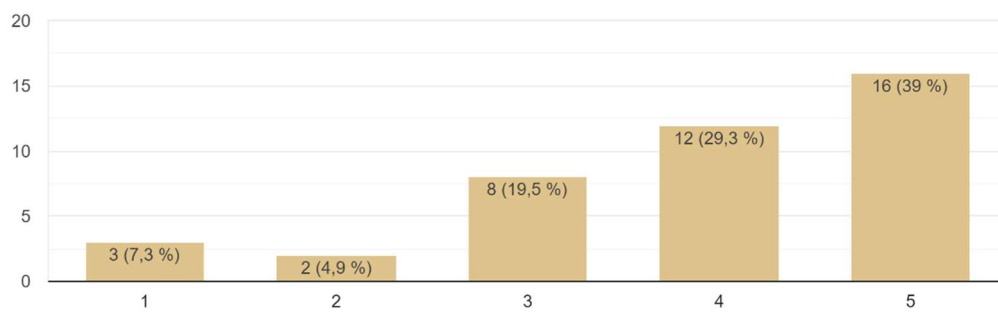
**Exploraciones cardíacas**

41 respuestas

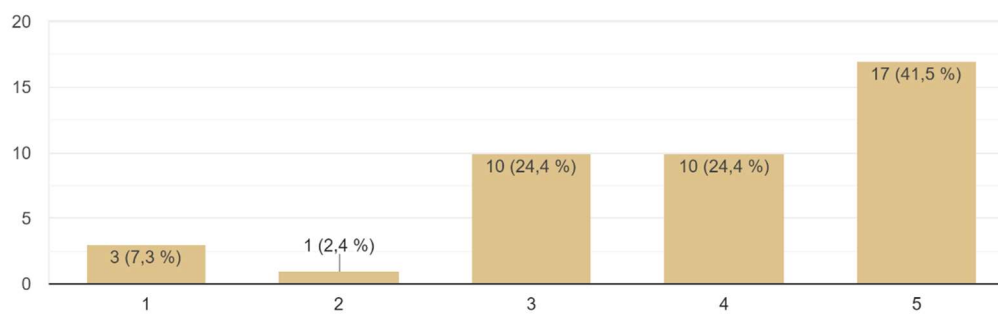


**INDICADORES DE ACTIVIDAD: FISIOTERAPIA****Pacientes atendidos en Fisioterapia**

41 respuestas

**Sesiones de Fisioterapia**

41 respuestas

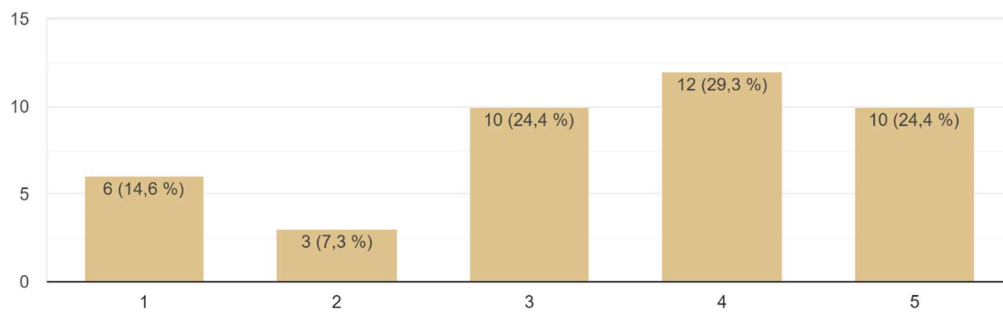




**INDICADORES DE ACTIVIDAD: ACTIVIDAD SANITARIA**

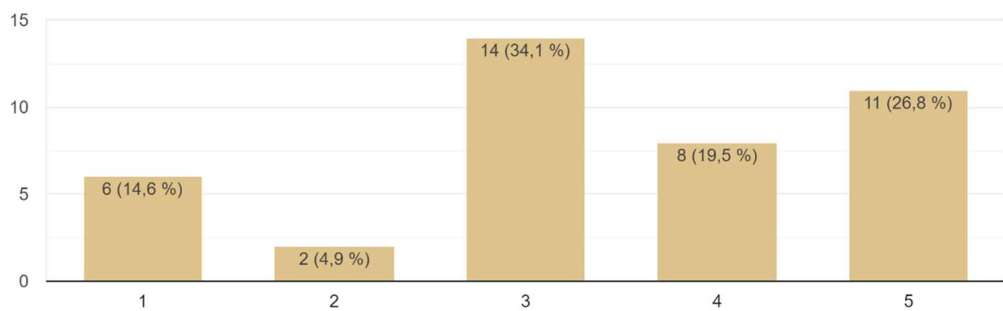
**Actividad sanitaria por NHS (National Health Service)**

41 respuestas



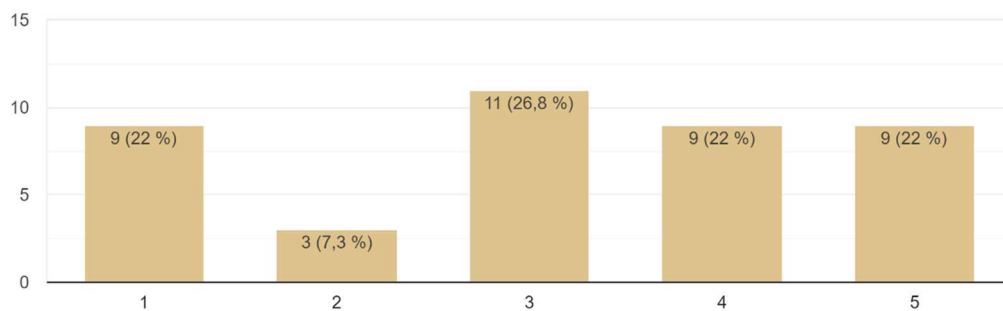
**Actividad sanitaria por aseguradoras de salud, mutuas, compañías de tráfico, etc.**

41 respuestas



**Actividad sanitaria privada**

41 respuestas



**PREGUNTA ABIERTA:** Si considera importantes otros impactos que deban tenerse en cuenta en la comunicación de la RSC hospitalaria y que no aparezcan

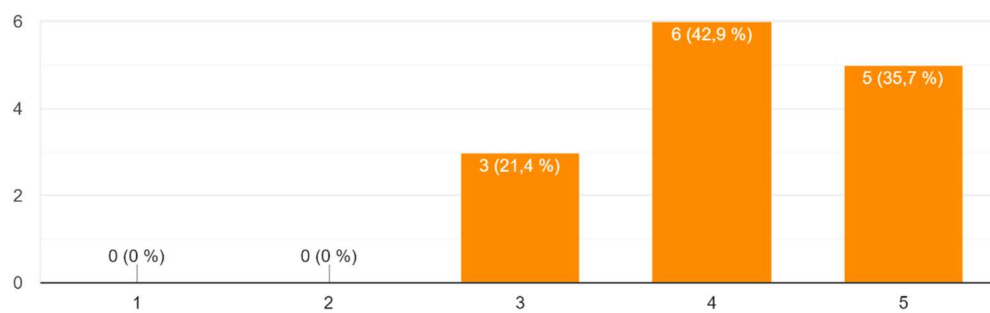
- No
- (No contestado)
- No
- Satisfacción de pacientes y personal
- Creo que está todos descrito
- Ninguno
- Colaboraciones con entidades sin ánimo de lucro en prestaciones sanitarias
- No me parece muy completa
- Reducción del desperdicio alimentario, clasificación residuos
- Impactos sobre diversidad e inclusión/igualdad de oportunidades
- Echo de menos indicadores de desempeño medioambiental
- Colaboración proyectos comunitarios, proyectos de cooperación internacional, donaciones, actividad voluntariado
- Proyectos de acción social propios realizados por la organización, o en colaboración con otras entidades
- Número de partos
- Importancia de los valores de la institución alineados con la RSC
- Considero que está bastante completo
- Es adecuado
- Colaboración con ONGs u otras organizaciones externas con fines asistenciales o formativos
- (No contestado)
- Aspectos medioambientales
- La eficiencia energética en los procesos industriales hospitalarios
- Considero suficientes los incluidos
- Están todos reflejados
- Actividades con la comunidad en el marco de los planes de salud
- No he visto ninguna pregunta referente a las altas en consultas externas (¿tras cuántas consultas se da de alta al paciente? y en fisioterapia, ¿tras cuántas sesiones por proceso se dan de alta a los pacientes y cuántos

pacientes totales de alta al año? Tanto en fisioterapia como en consultas externas

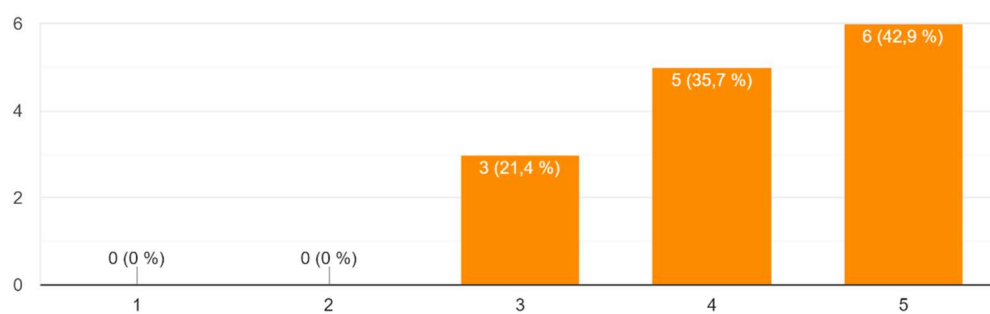
- Nada más
- Nada que indicar
- Sentido de pertenencia de los profesionales a la organización
- La actividad sanitaria que comprende una visión global de la persona atendida es ya en sí mismo RSC
- Políticas de Conciliación
- Ninguno
- Preguntas acerca de la relación con la comunidad
- Las preguntas tienen opciones de respuestas muy poco reales. Además, éste es un centro de Paliativos por lo que yo no consideraría muy válido el cuestionario
- (No contestado)
- Rankings de reputación sanitaria, KPI de redes sociales e impactos en medios de comunicación
- Ninguno
- Debería tenerse en cuenta también las relaciones con las asociaciones

**ANEXO 5. Resultados de la encuesta online realizada al grupo Delphi****MARCO DE ACTUACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE GESTIÓN:  
ORGANIZACIÓN DE PROCESOS****GRD's (Grupos Relacionados por el Diagnóstico)**

14 respuestas

**Mapa de procesos**

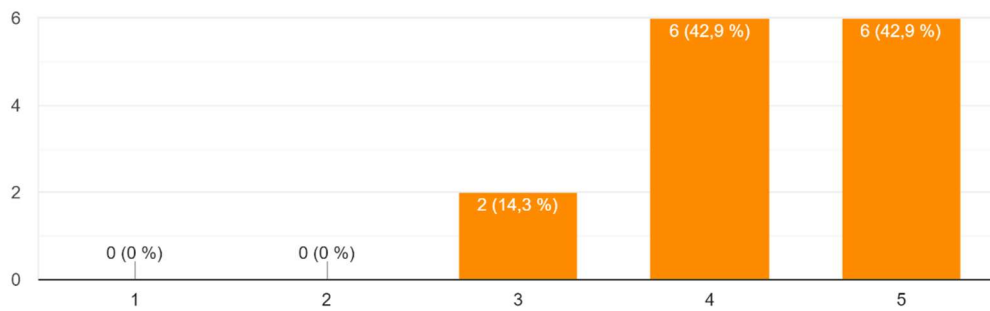
14 respuestas



**MARCO DE ACTUACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE GESTIÓN: GESTIÓN SOSTENIBLE**

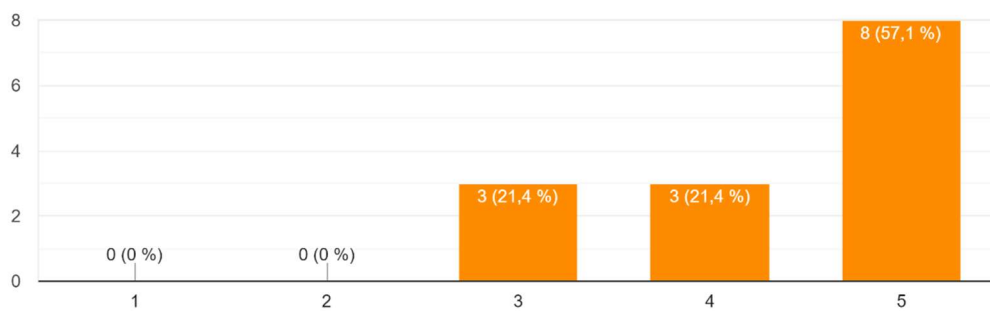
**Economía circular**

14 respuestas



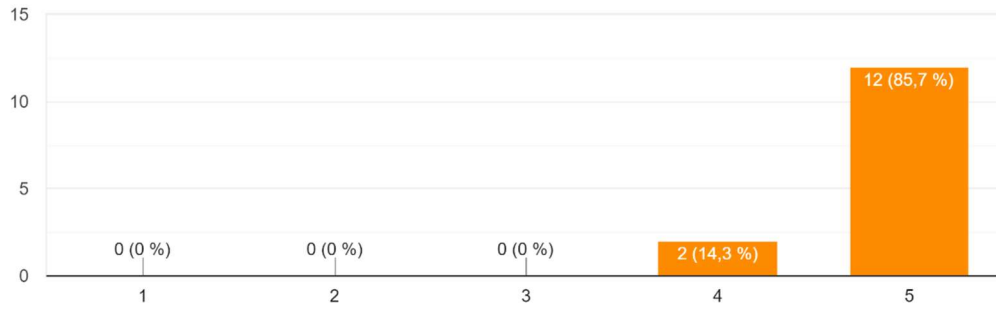
**Acciones para cumplir con la Agenda 2030**

14 respuestas



### Gestión de riesgos

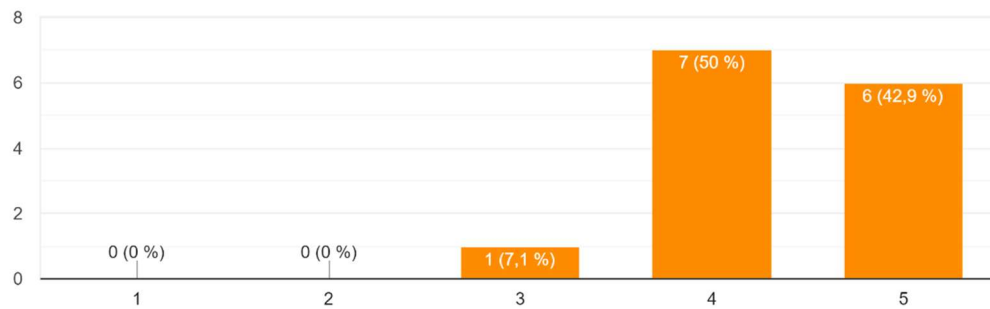
14 respuestas



## MARCO DE ACTUACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE GESTIÓN: I+D+i SANITARIA

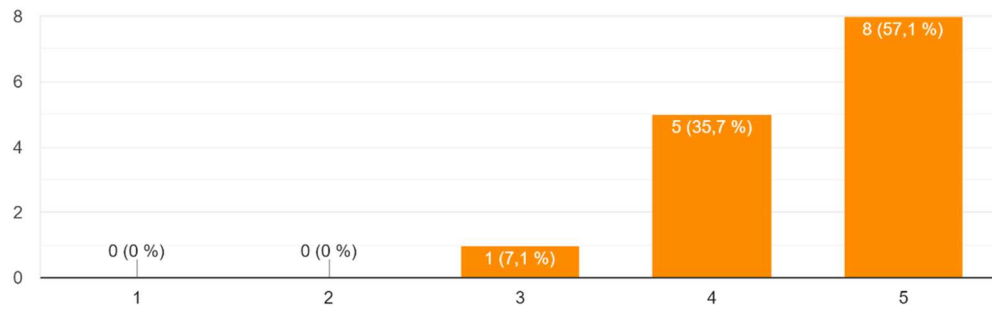
### TICs aplicadas a la asistencia sanitaria

14 respuestas



Investigación desarrollada

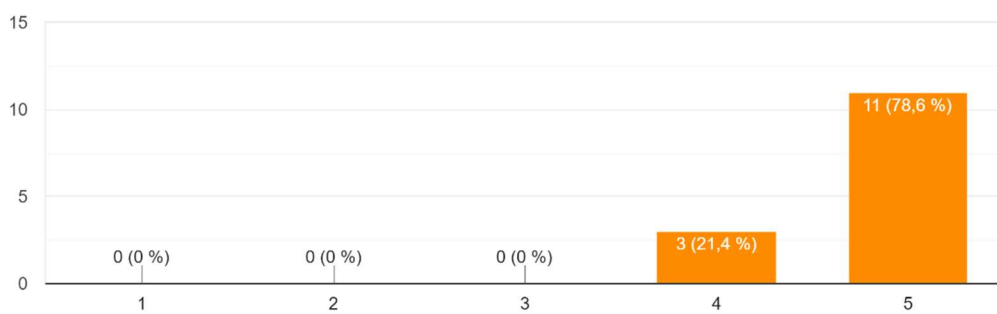
14 respuestas



**GRUPOS DE INTERÉS: HUMANIZACIÓN Y ACP (atención centrada en la persona)**

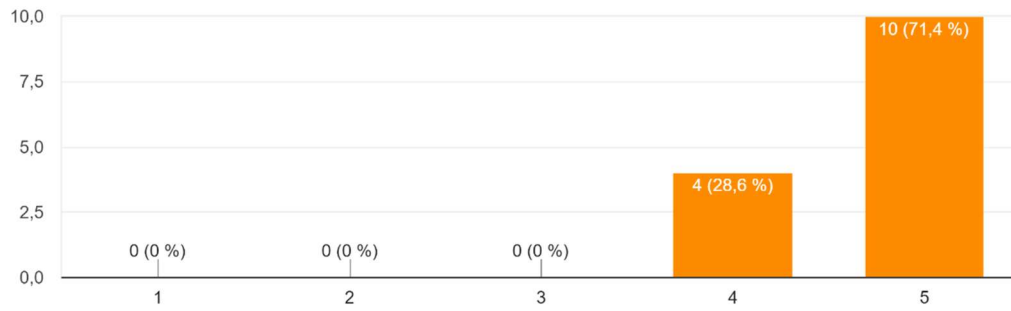
Trato al paciente

14 respuestas

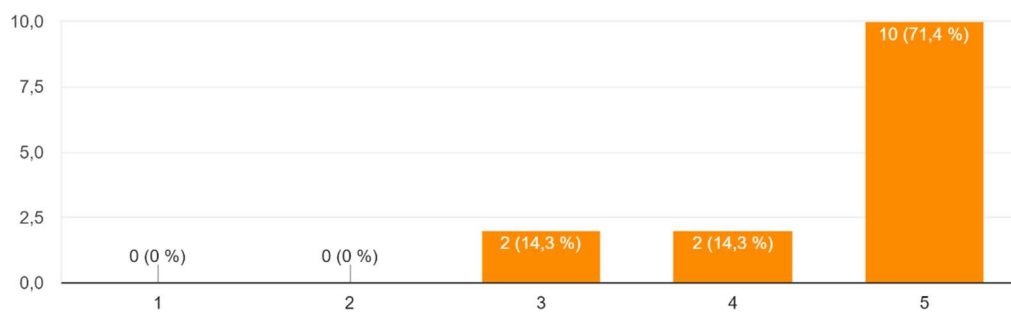


**Seguridad del paciente**

14 respuestas

**Promoción y divulgación de la salud**

14 respuestas

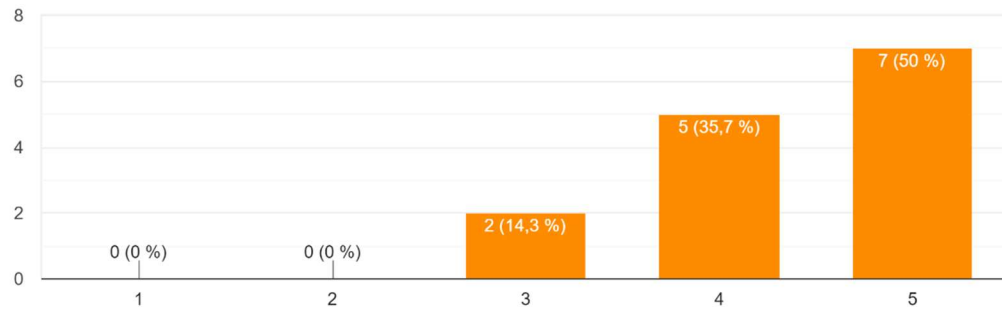


**GRUPOS DE INTERÉS: COMPROMISOS CON LA COMUNIDAD (bienestar físico y psicosocial)**



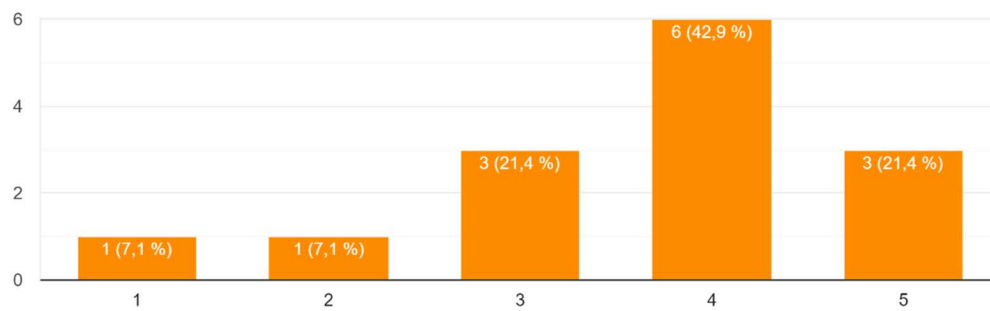
## Compromiso con la promoción de hábitos saludables

14 respuestas



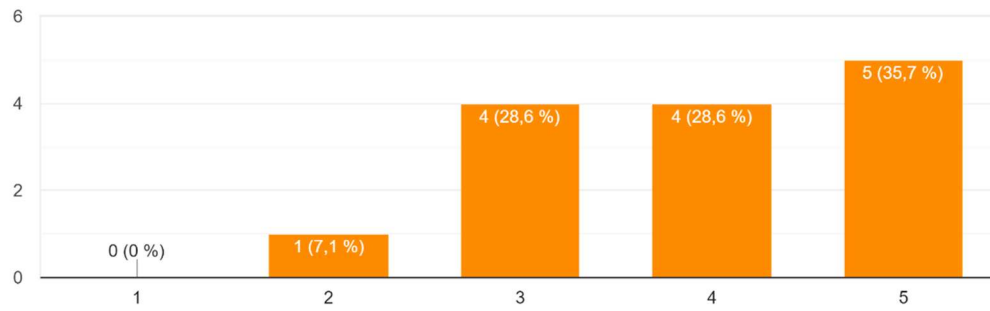
## Compromiso con el deporte

14 respuestas

**GRUPOS DE INTERÉS: RECURSOS HUMANOS**

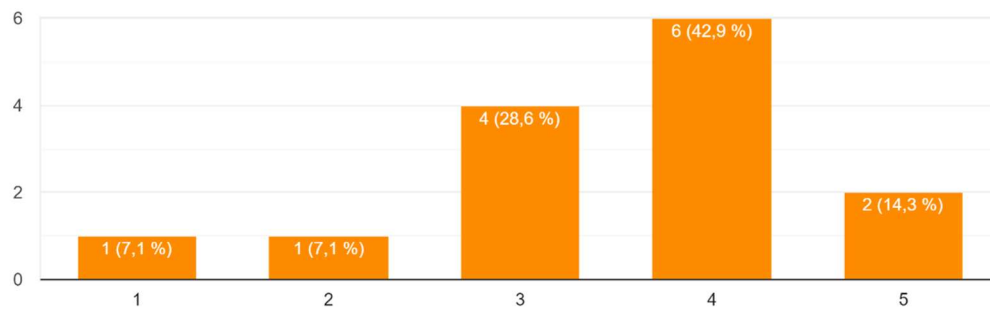
### Organigrama

14 respuestas



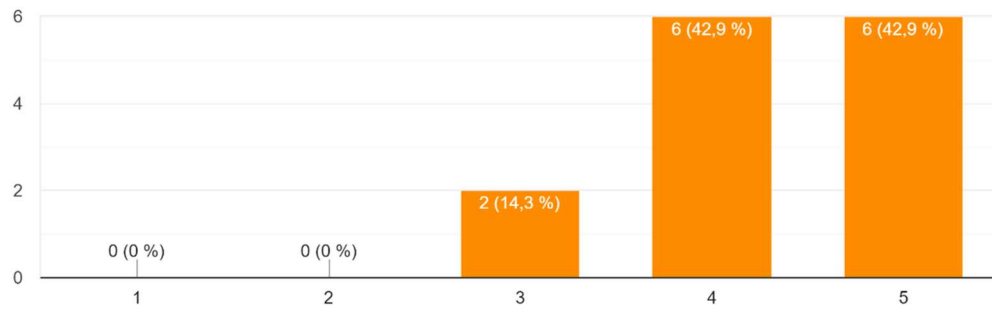
### Personal total en plantilla

14 respuestas



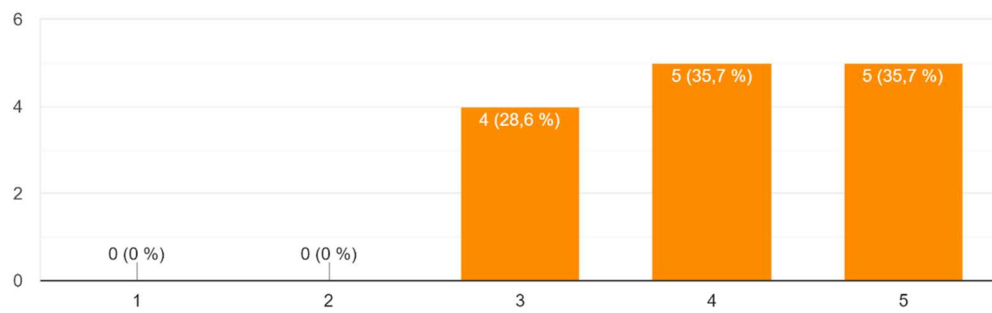
Docencia y formación interna y externa

14 respuestas



Planes de igualdad

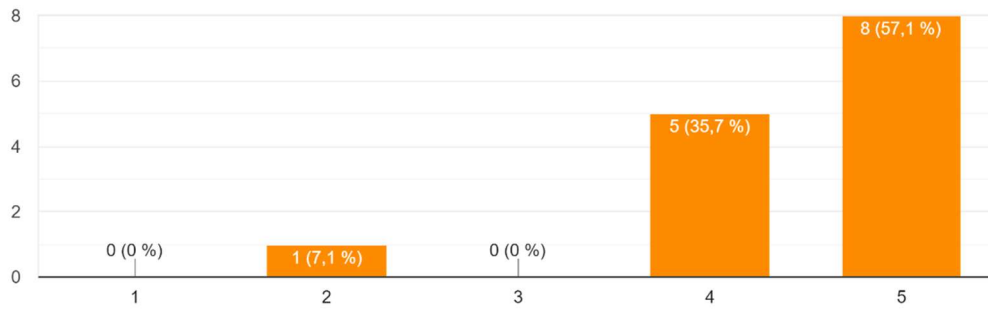
14 respuestas



**RECURSOS: RECURSOS SANITARIOS**

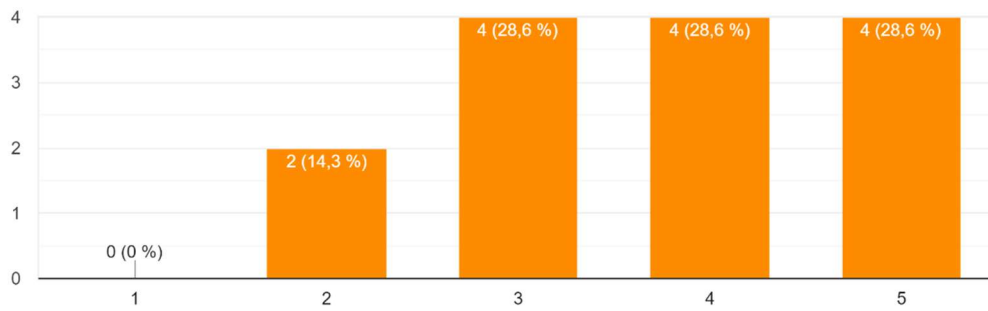
## Cartera de Servicios y Pruebas Diagnósticas

14 respuestas



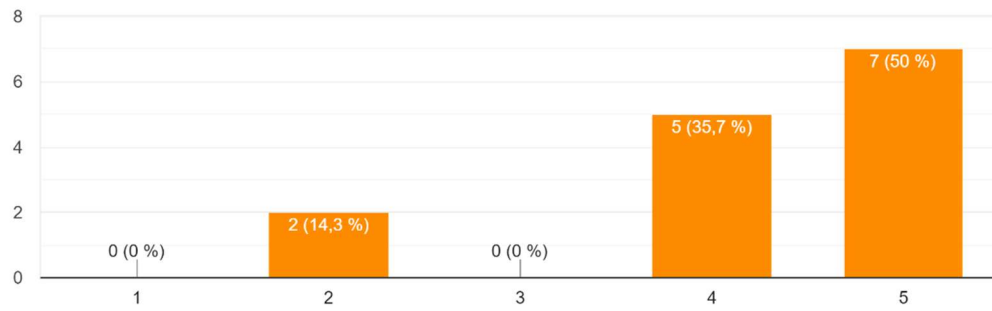
## Camas instaladas

14 respuestas



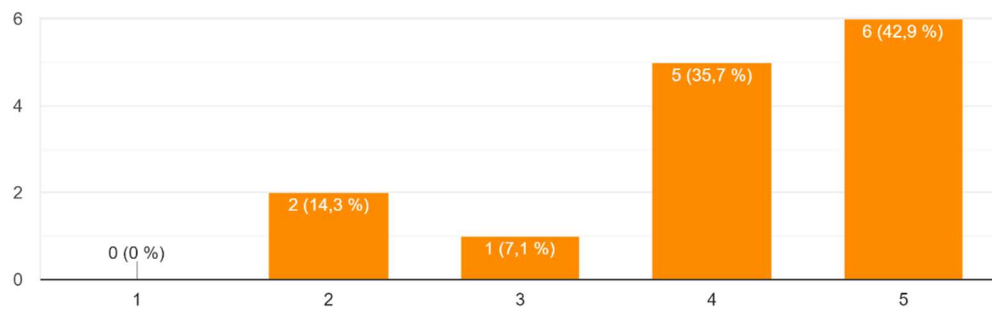
**Camas en funcionamiento**

14 respuestas



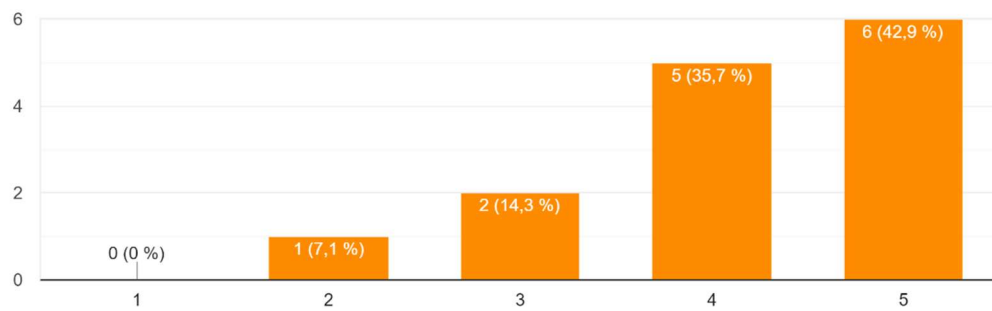
**Quirófanos**

14 respuestas



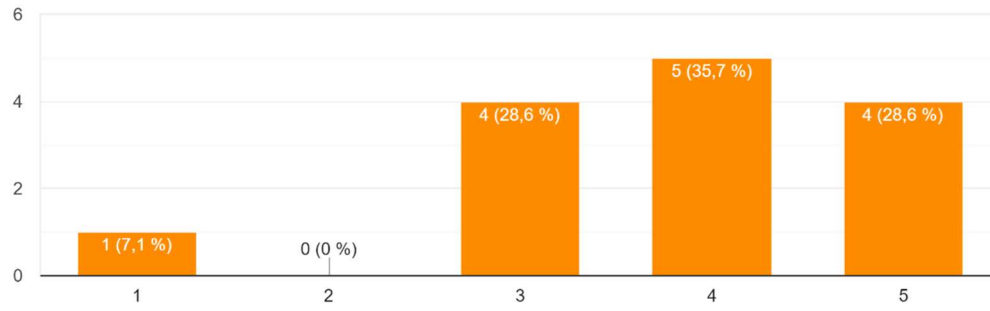
**Consultas externas**

14 respuestas



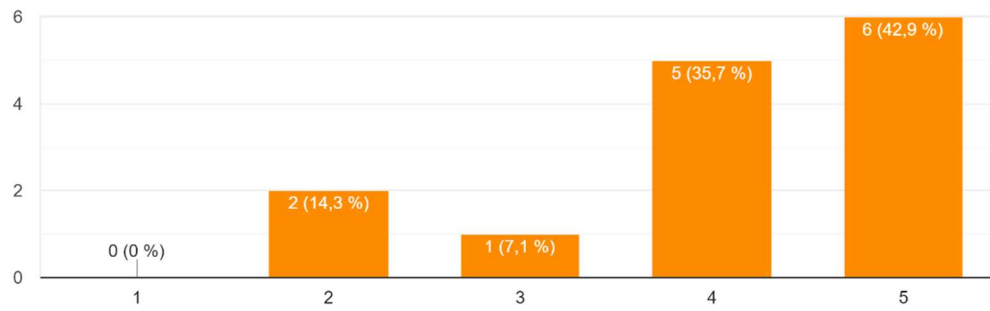
### Unidades de Fisioterapia

14 respuestas



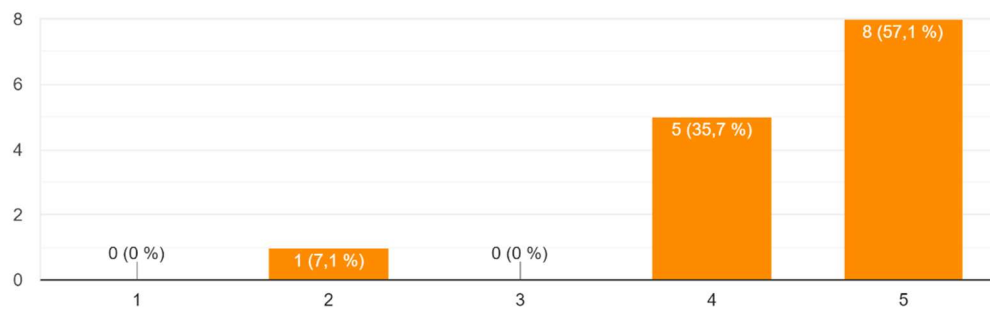
### Laboratorio de análisis clínico y anatomía patológica

14 respuestas



### Boxes de Urgencias

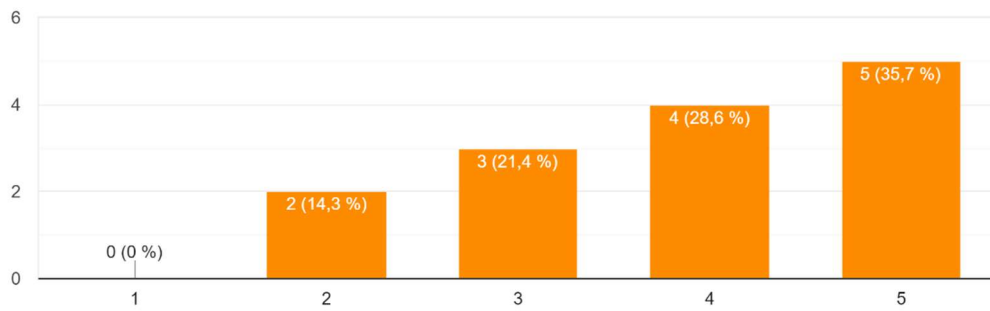
14 respuestas



**INDICADORES DE ACTIVIDAD: ALTAS**

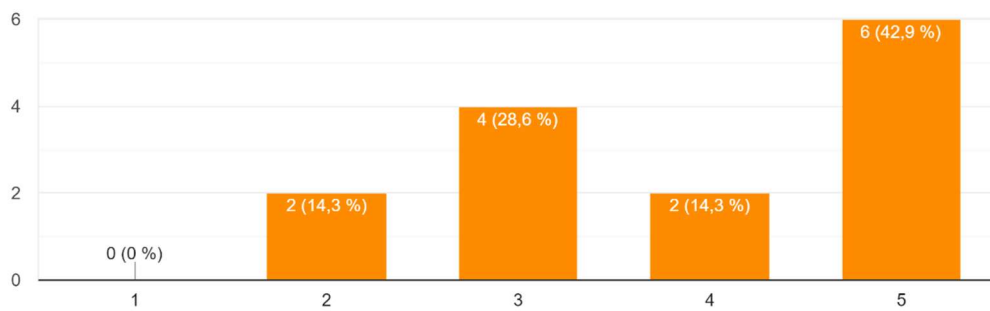
**Total de altas**

14 respuestas



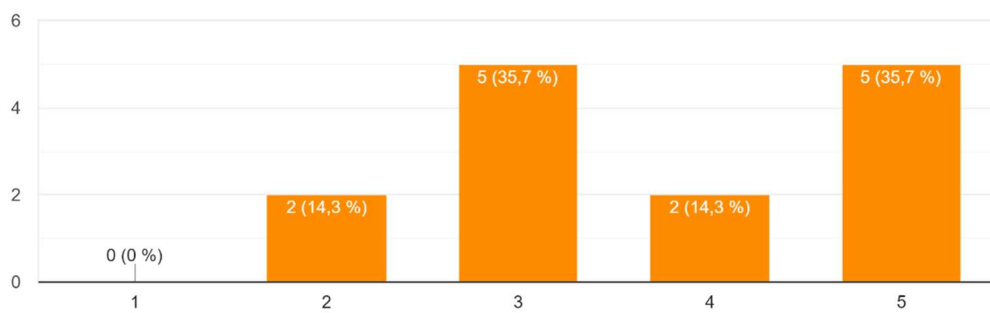
**Altas con hospitalización**

14 respuestas



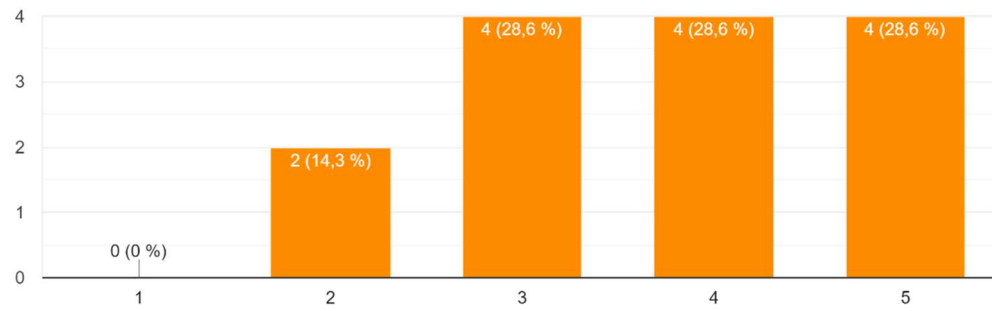
**Altas médicas**

14 respuestas



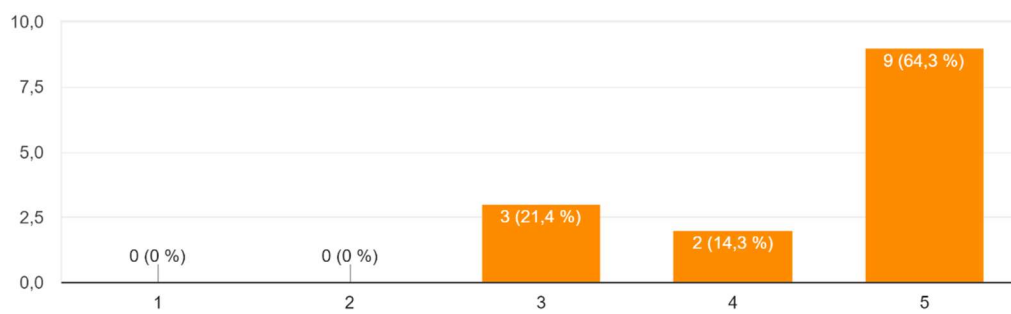
### Altas quirúrgicas

14 respuestas



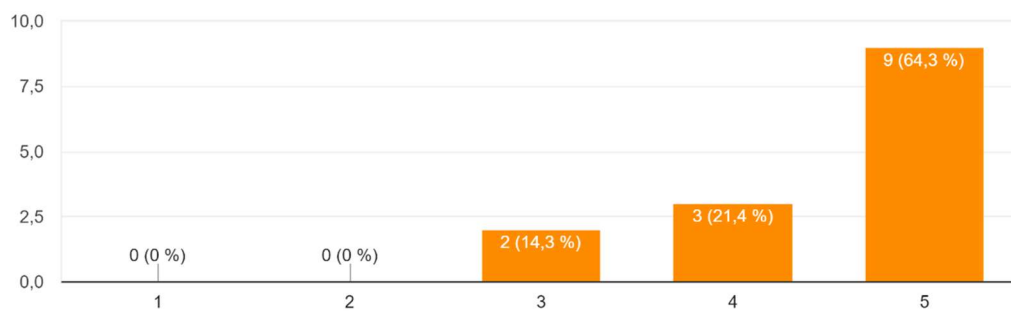
### Readmisiones

14 respuestas



### Mortalidad

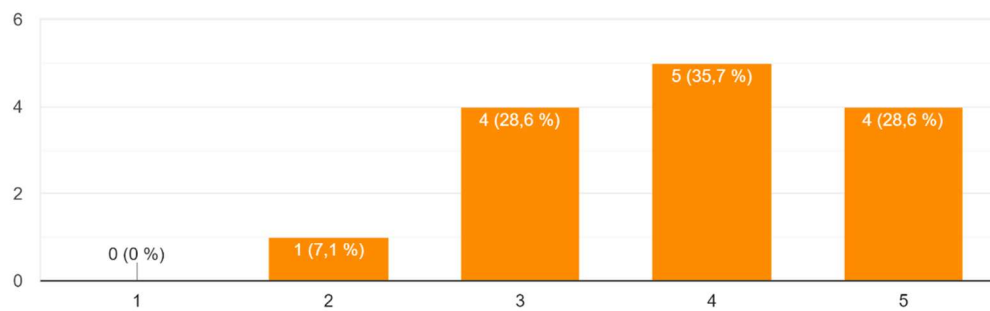
14 respuestas



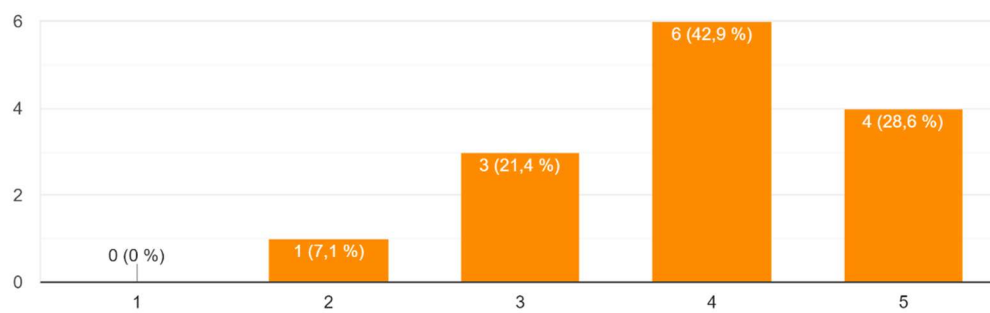


**INDICADORES DE ACTIVIDAD: INTERVENCIONES****Intervenciones con cirugía mayor ambulatoria (CMA)**

14 respuestas

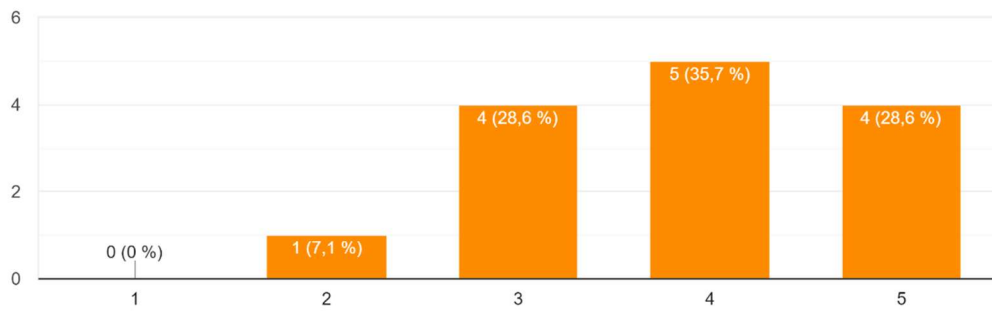
**Intervenciones con ingreso**

14 respuestas

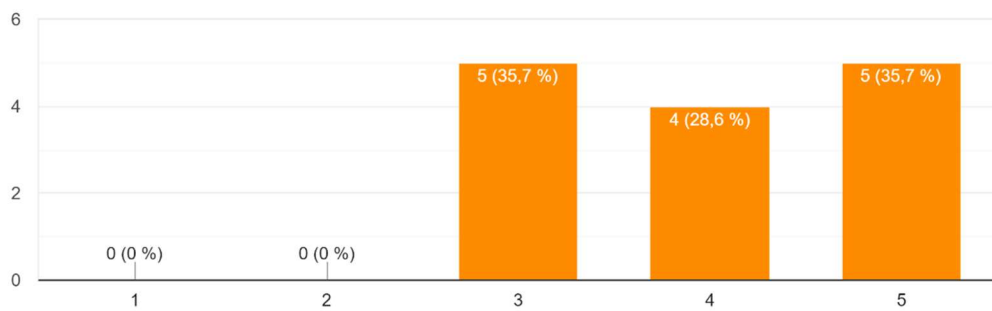


**INDICADORES DE ACTIVIDAD: ESTANCIAS****Total de estancias**

14 respuestas

**Estancia media**

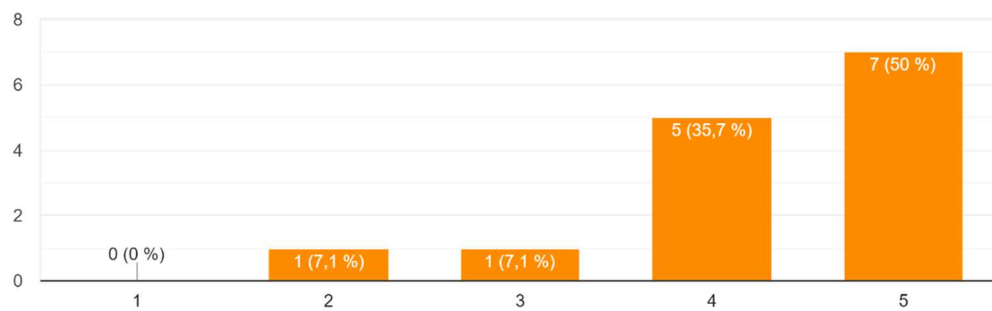
14 respuestas



**INDICADORES DE ACTIVIDAD: URGENCIAS**

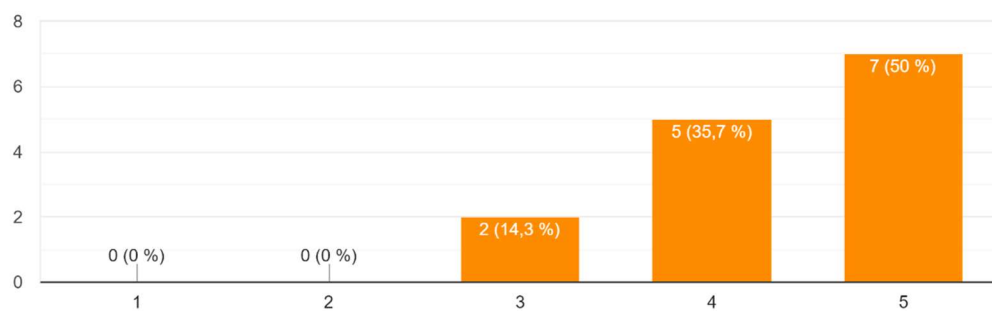
**Total de urgencias atendidas**

14 respuestas



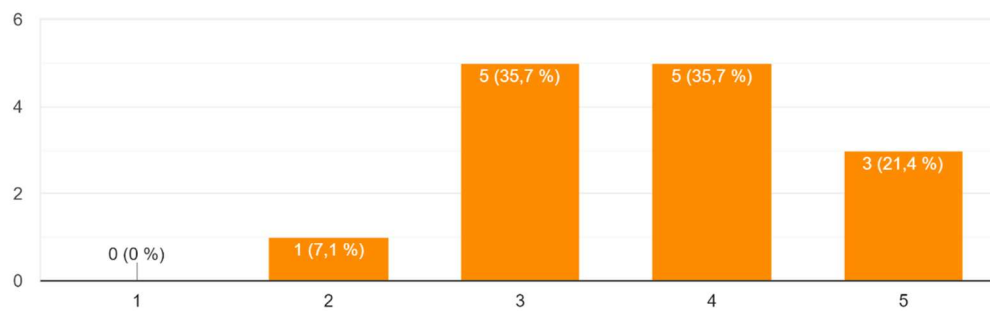
**Presión de urgencias**

14 respuestas

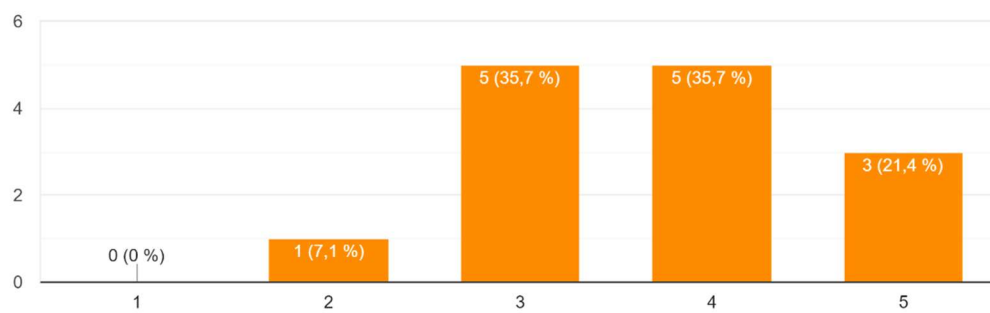


**INDICADORES DE ACTIVIDAD: CONSULTAS EXTERNAS****Total de primeras consultas externas**

14 respuestas

**Total de segundas consultas externas**

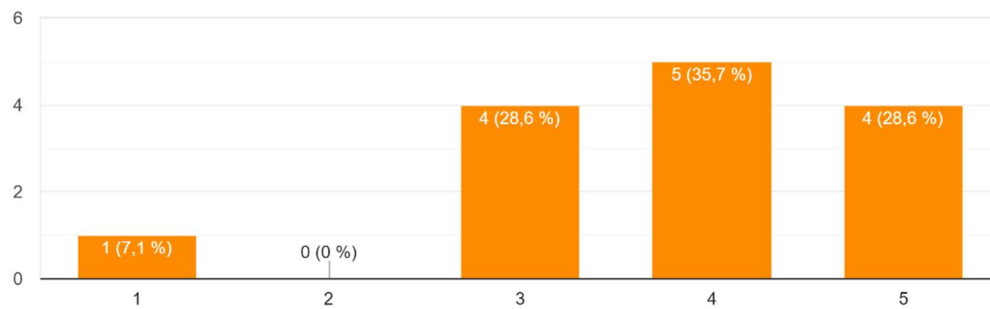
14 respuestas



**INDICADORES DE ACTIVIDAD: PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**

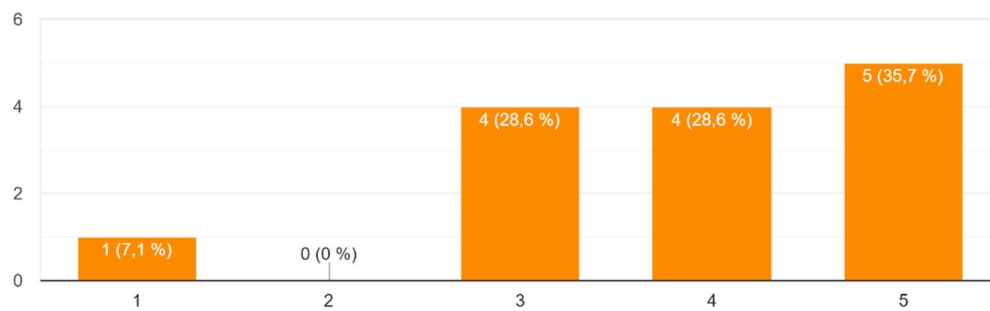
## Radiología convencional

14 respuestas

**INDICADORES DE ACTIVIDAD: FISIOTERAPIA**

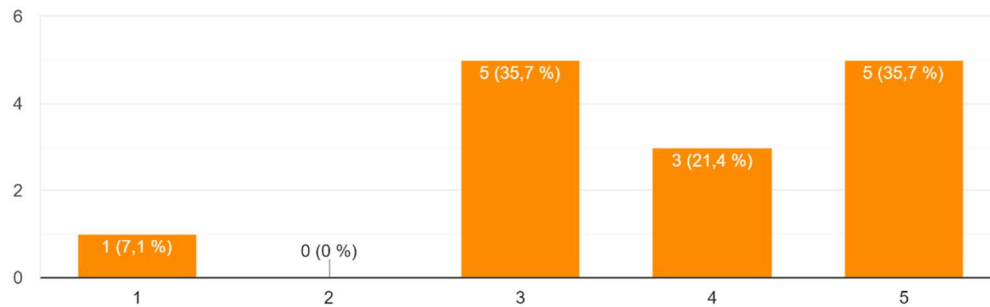
## Pacientes atendidos en Fisioterapia

14 respuestas



## Sesiones de Fisioterapia

14 respuestas



**PREGUNTA ABIERTA:** Si considera importantes otros impactos que deban tenerse en cuenta en la comunicación de la RSC hospitalaria y que no aparezcan

- Atención de personas con discapacidad
- Tratamientos oncológicos a niños con cáncer (número de pacientes atendidos, tasa de recuperación...)
- Porcentajes de gasto/inversión sobre el total dedicado por el hospital a acciones de RSC interna y externa (no es propiamente gestión médica, pero sí hospitalaria y -sobre todo- refleja claramente la importancia que otorga la dirección del centro hospitalario a la RSC)
- He echado en falta algún ítem sobre la RS de la organización con su personal (Seguridad y Salud en el Trabajo, por ejemplo)
- Si cuentan con un sistema o política de calidad del servicio, y en caso afirmativo las dimensiones o ámbitos que son incluidos aquí, actualmente son pocos los grupos hospitalarios en la región que tienen este tema profesionalizado e integrado a la gestión diaria del hospital y la relación con sus pacientes
- A qué redes u organizaciones están suscritos o trabajan para estar al día en la gestión hospitalaria, como, por ejemplo, Planetree
- Con qué certificaciones cuentan
- Si realizan donaciones de algún tipo
- Cómo gestionan el tratamiento o atención de personas de bajos recursos
- Qué beneficios tienen sus colaboradores a nivel salud

- 
- Una herramienta para recibir sugerencias y opiniones por parte del usuario y del empleado
  - Un plan a futuro teniendo en cuenta el Plan Operativo Anual, como plan de mejora en la gestión empresarial hospitalaria
  - Por ahora no se me ocurre
  - El contenido y la forma de los mensajes y, especialmente, los canales para su transmisión. Además de precisar quién debe ser el emisor del mensaje para que éste resulte más eficaz
  - El cuestionario es muy completo
  - Reclamaciones, sugerencias y felicitaciones de usuarios y pacientes
  - Investigación y enfermedades raras
  - Hospitales medioambientalmente sostenibles
  - Alianzas con los grupos de interés, la clasificación e identificación de los mismos
  - Distribución de los cuadros clínicos más comunes
  - Ninguno más
  - Me parece enormemente completo (descartando lo social, tal y como se establecía al principio)





