



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

Servei de Prevenció  
Servicio de Prevención

## II Plan de Calidad de Universidades

Informe Final

mayo de 2004



Índice.

1.	Introducción.....	3
2.	Metodología: .....	4
2.1	Autoevaluacion.....	4
2.2	Evaluación Externa .....	5
2.3	Informe final.....	8
3	Valoración del proceso de Autoevaluación.....	8
4	Valoración del proceso de Evaluación externa.....	9
4.1	Valoración del informe de E.E.....	10
5	Principales puntos fuertes y áreas de mejora.....	12
6	Plan de mejora .....	17



## Informe Final

### **1. Introducción.**

La U.A. ha participado en el II Plan de Calidad de Universidades evaluando una serie de titulaciones y diferentes Servicios. Este Servicio de Prevención asumió voluntariamente la participación en este proceso. En este sentido la dirección del mismo manifestó su voluntad de evaluarse de acuerdo con la metodología propuesta por el Consejo de Coordinación Universitaria. Cabe señalar que se han evaluado seis Servicios, y éste fue el primer Servicio que se sometió a Evaluación Externa en la Universidad de Alicante.

El proceso se inicia tras la decisión tomada por el Director del Servicio, tras informar al personal del mismo, de adherirse, de modo voluntario, al II Plan de Calidad de Universidades.

El Director del Servicio nombra a un Coordinador del Comité de Autoevaluación con la función de redactar el Informe de Autoevaluación (en adelante I.A.) considerando los acuerdos del Comité de Autoevaluación (en adelante C.A.), así como de representar a dicho comité ante las distintas organizaciones que intervienen en el proceso de evaluación y de llevar a cabo las actuaciones pertinentes para el desarrollo del proyecto. Posteriormente se nombra a los miembros del C.A, quedando éste compuesto por cuatro miembros del servicio (tres técnicos y el director), y que será el encargado de elaborar el I.A., contando con el apoyo de un programa formativo (siete sesiones presenciales de tres horas) impartido por un experto y con la colaboración de la Unidad técnica de Calidad de la propia U.A. Al programa de formación asisten los miembros del servicio, que permiten las circunstancias, sin que se vea afectado el normal funcionamiento del mismo. Después de asistir a la primera sesión presencial y detectar la complejidad y lo laborioso del proceso se acuerda, por los miembros del comité, ampliar el mismo con dos miembros más.

En la primera sesión de formación de dicho programa se suministra el material de trabajo: Guía de Evaluación de Servicios (Modelo EFQM) y cuestionario de Evaluación de Servicios, elaborándose un plan de trabajo y unos plazos de ejecución, circunstancias que se trasladan al C.A.

La Unidad de Calidad aporta un miembro como apoyo administrativo, cuyas funciones han sido las de: enlace entre los miembros del C.A y la Unidad de Calidad así como la de redactar y tomar notas de las reuniones del C.A. junto al secretario del mismo.



## **2. Metodología:**

- 2.1. Autoevaluación.
- 2.2. Evaluación Externa.
- 2.3. Informe Final

### **2.1 Autoevaluacion**

El comité una vez constituido y con la documentación de trabajo en su poder, define la metodología a seguir para la elaboración del I.A., acordándose elaborar subcriterios por parte de subcomités, formados y consensuados en el seno del mismo, para luego discutirlos y aprobarlos si procede por consenso. La composición y número de los miembros de dichos subcomités varía en función de la dificultad del subcriterio y de las áreas que comprenda.

Se acuerda crear un libro de actas en el que queda reflejado todo lo concerniente a las actuaciones, trabajos e incidencias que se registren durante el proceso de elaboración del I.A. La redacción de dichas actas la lleva a cabo la persona de apoyo de la Unidad de calidad.

Las reuniones han tenido una duración de una hora y media, habiéndose celebrado al finalizar el proyecto un total de trece. La frecuencia de las mismas ha sido irregular debido a que se programaban, por consenso al final de cada reunión, atendiendo a lo laborioso de las tareas encomendadas para cada una de ellas.

Una vez terminado el borrador del informe y como parte del proceso (Difusión) se acuerda, por parte de los miembros del C.A., enviar una copia, a un grupo de personas con el fin de recavar su opinión e incorporarla al informe definitivo. El criterio para incluirlas o no se ha discutido entre los miembros del comité, valorándose: relación con el servicio y conocimiento del mismo. Se ha enviado a treinta y seis personas acompañado de una carta explicativa que contenía lo que se esperaba de ellos, el plazo para remitir la respuesta y a quien dirigir la misma. Las respuestas han sido seis habiéndose incorporado sus sugerencias al informe final.

El I.A. se remite a la Unidad de Calidad quedando a la espera de la visita del Comité de Evaluación Externa (en adelante C.E.E.)



## 2.2 Evaluación Externa

Para la comunicación de la visita del C.E.E. a los Grupos de Interés se han seguido los siguientes pasos:

En colaboración con el Secretariado de Calidad de la U.A. se ha desarrollado el siguiente programa:

- Comunicación por correo ordinario de la visita del C.E.E. al Gerente de la U.A., adjuntándole programa de la visita.
- Comunicación por correo ordinario de la visita del C.E.E al Vicerrector de Planificación y Asuntos Económicos, del que depende orgánicamente el Servicio de Prevención.
- Comunicación por correo electrónico a un grupo de PDI (personal docente y de investigación) en el que se le da cuenta de la visita del antedicho Comité así como lugar, fecha y horario en que se entrevistaría a dicho grupo.

El criterio para la selección de dicho grupo ha sido: haber demandado alguna prestación de las que ofrece el Servicio de Prevención (la prestación que se ha tenido en cuenta ha sido la práctica de reconocimiento médico o analítica) en fechas próximas (2 últimos meses) con el fin de que tuvieran recientes sus percepciones acerca del Servicio.

- Comunicación por correo electrónico a un grupo de PAS (personal de administración y servicios) en el que se le da cuenta de la visita del antedicho Comité así como lugar, fecha y horario en que se entrevistaría a dicho grupo.

El criterio para la selección de dicho grupo ha sido: haber demandado alguna prestación de las que ofrece el Servicio de Prevención (la prestación que se ha tenido en cuenta ha sido la práctica de reconocimiento médico o analítica) en fechas próximas (dos últimos meses) con el fin de que tuvieran recientes sus percepciones acerca del Servicio.

- Comunicación a estudiantes: se elabora una carta de convocatoria en la que se les brinda la oportunidad de participar en el proceso de Evaluación Externa, indicando lugar, fecha y hora.



El vehículo utilizado ha sido el Consejo de Alumnos, a quien se le envió la convocatoria, previa conversación telefónica con el Presidente del citado Consejo, D. Luis Marco, para que desde su conocimiento del colectivo y de los canales de comunicación adecuados referidos a quien iba dirigido se encargara de su difusión.

- Se ha realizado una comunicación de carácter más general a todo el personal de la U.A. utilizando para ello el correo electrónico, invitándoles a participar en el proceso.
- El método utilizado para comunicarlo a clientes internos, ha sido el correo electrónico enviado por el Coordinador del Comité Interno a cada uno de los componentes del Servicio de Prevención junto con un programa de la visita.
- Todas estas actuaciones se complementaron con la colocación de carteles (tamaño folio) específicos dirigidos a los distintos colectivos, así como programas de la visita, colocados en lugares estratégicos para cada colectivo. Estudiantes y PDI en los aularios, y PAS en edificios significativos y con mayor densidad de ocupación. También se han colocado en el Servicio de Prevención: sala de espera y tablón de anuncios.

La Secretaría de Calidad se encargó de colocarlos en todos los lugares antedichos, excepto en el Servicio de Prevención que lo hizo el personal de dicho Servicio.

Todo este programa se ha desarrollado en las fechas comprendidas entre el día 28-10-2003 y el 07-11-2003, ambos inclusive.

Indicar que tras la visita C.E.E. el director del Servicio y el coordinador del C.A., entrevistaron a cada uno de los miembros del Servicio con el fin de recavar su opinión acerca de todas las etapas llevadas a cabo hasta el momento. Estas opiniones se han tenido en consideración para elaborar los epígrafes siguientes de este Informe Final.



El programa inicial de la visita de los miembros del C.E.E. fue el siguiente:

### **Domingo 9 de noviembre**

21.00                      Recibimiento y reunión con el C.E.E. para preparar la visita

### **Lunes 10 de noviembre**

09.00 – 11.00            Reunión con el C.A.  
11.00 – 11.30            Café  
11.30 – 13.30            Reunión con personal del Servicio  
13.30                      Comida  
16:00 a 17:30            Reunión con PDI  
17:30 a 18:00            Pausa  
18:00 a 19.30            Visita a las instalaciones / Reunión interna del C.E.E.

### **Martes 11 de noviembre**

09:00 a 10:00            Reunión con alumnos  
10:00 a 11:00            Reunión con el PAS  
11:00 a 11:30            Pausa  
11:30 a 12:30            Reunión con el Equipo Directivo del Servicio  
12:30 a 13:30            Audiencia pública  
13:30 a 14::30            Reunión con el C.A. para adelantar las primeras conclusiones del I.E.E.

El desarrollo del programa se ajustó a lo previsto. No obstante se produjeron algunas incidencias destacables:

Se unificaron las reuniones con el C.A., equipo directivo y personal del servicio, al tratarse de las mismas personas y con el objetivo de no dejar desatendido el servicio.

No se presentaron PDI, PAS (excepto una persona de la Unidad Técnica de Calidad de la Universidad) ni Estudiantes a sus respectivas audiencias. Sin embargo aparecieron 4 profesores en la audiencia abierta convocada el último día.



### 2.3 Informe final.

Con toda esta información se elabora el presente Informe Final, que contendrá un Plan de mejora en el que se especificaran: prioridades, plazos y reponsables de las distintas actuaciones.

## 3 Valoración del proceso de Autoevaluación.

La actitud de los miembros de C.A durante las distintas fases que componen el proceso (formación, reuniones, distribución, recogida de encuestas, evaluación externa, e implicación en el proceso en general) ha sido de franca colaboración e implicación elevada.

La utilidad del curso de formación ha sido muy adecuada, tanto en lo que se refiere a materiales, como lo referente a los docentes que la han impartido, así como en la adecuación del contenido con relación a los objetivos que se perseguían (familiarización con conceptos de calidad, conocimiento del Modelo, Guías, herramientas y metodología a seguir, establecimiento de una red de comunicación fluida entre: docentes, integrantes de C.A., Unidad de Calidad, etc.).

La satisfacción con los datos suministrados por la Unidad de Calidad ha sido muy elevada en lo referente a utilidad, adecuación, plazos, idoneidad y manejabilidad de los mismos.

El apoyo de la Unidad de calidad ha sido muy adecuado, en lo referente a cantidad, calidad del mismo y disponibilidad de sus miembros, estableciéndose unas relaciones fluidas y cordiales desde el mismo momento en que se inicio el proceso.

La participación de los grupos de interés ha sido desigual, especialmente pobre la referente a: estudiantes, PAS y PDI, tanto en lo que se refiere a cumplimentación de encuestas, como a asistencias públicas. Mayor participación se ha registrado entre los clientes internos (miembros de la unidad evaluada) y entre el equipo directivo de la U.A.

La utilidad del proceso para la mejora del servicio ha sido de gran relevancia, ha puesto de manifiesto una serie de aspectos que es necesario mejorar, definiendo la situación actual del Servicio.

Se han puesto de manifiesto otros aspectos en los que se está en el camino correcto, pero sin menoscabo de que se siga atentamente su evolución y revisión periódica. Ha detectado carencias, necesidades, virtudes





y definido líneas a seguir que incidan sobre aquellas adjudicándoles prioridades, plazos y responsables.

En definitiva, ha ayudado a definir: qué queremos hacer, cómo hacerlo, y cómo evolucionar en el tiempo, considerando para ello las expectativas de nuestros grupos de interés.

En cuanto a observaciones y sugerencias de mejora, referentes a la metodología del proceso, apuntaríamos a que se ampliaran los plazos para la elaboración del I.A. o se dotara a los miembros del C.A. de periodos de tiempo para dedicarle al I.A. ya que el trabajo habitual hay que seguir haciéndolo y además añadir las tareas de I.A., que no son pocas.

Creación de registros en los distintos Servicios de la U.A. que proporcionen la información y los datos que se requieren para cumplimentar las tablas que se utilizan en la elaboración de I.A. y que la información así obtenida, esté disponible en la Unidad de Calidad circunstancia que facilitará el trabajo a esta y los C.A.

#### **4 Valoración del proceso de Evaluación externa.**

La adecuación del perfil de los miembros del C.E.E., en opinión de los miembros del servicio, ha sido la idónea, considerando los aspectos de conocimiento del Servicio a evaluar y conocimiento de la metodología de la evaluación de la calidad. La actitud de los miembros del C.E.E. durante la visita y sus actuaciones ha sido exquisita.

Han aportado juicios consensuados acerca del I.A. y verificado y validado las conclusiones que en él se contienen a través de audiencias, visita a las instalaciones así como por los medios que han considerado oportunos y que solicitaron al C.A.

La totalidad de aspectos aquí enumerados, han sido tratados con consideración, puntualidad, y siguiendo un programa preestablecido y consensuado por todas las partes implicadas cuando ha habido que realizar modificaciones al mismo.

El conocimiento del I.A. por parte del C.E.E. ha sido muy adecuado como ha quedado demostrado en los aspectos tratados en el Informe de Evaluación Externa (en adelante I.E.E.) y en las demandas que el C.E.E. manifestó en la visita, las cuales demostraban un conocimiento previo del Servicio, que infería una lectura exhaustiva del I.A.



El cumplimiento del horario de las audiencias ha sido desarrollado conforme al programa previo que se consensuó entre todas las partes implicadas en su diseño, y en la que se tomó en consideración; la disponibilidad de los grupos de interés, y la mínima ingerencia en el desarrollo de su actividad.

El horario solo se alteró, unificándolo, previo consenso entre las partes implicadas comunicándose esta circunstancia con la suficiente antelación para no producir alteraciones significativas en la actividad cotidiana.

La presencia de todos los miembros del Servicio durante la visita ha sido excelente, pues existía una planificación previa debido a lo ajustado de la plantilla del mismo, así como una alta implicación con el proceso. La presencia de los restantes miembros de la comunidad universitaria implicados en el proceso ha sido deficiente aún a pesar de haber hecho una amplia campaña de difusión del programa.

La satisfacción general ha sido muy alta dado el alto nivel de implicación de los miembros del Servicio que contemplaron la E.E., como la culminación de una etapa, de un trabajo en común, lo que unido al hecho de observar resultados durante la elaboración del I.A., ha hecho que las expectativas iniciales se vieran cumplidas en gran medida.

#### **4.1 Valoración del informe de E.E.**

La entrega del E.E. se ha producido a los 35 días desde que finalizó la visita, consideramos que ha sido un plazo adecuado.

La adecuación y utilidad del informe ha sido excelente, trataba prácticamente todos los aspectos contenidos en el I.A, también se envió a este C.A. un borrador del mismo para que alegara lo que consideráramos oportuno, produciéndose alguna matización al contenido del mismo que se hizo llegar a C.E.E.

En lo referente a utilidad, ha sido de gran ayuda para mejorar en lo concerniente al modo de gestionar la calidad de nuestra actividad, ha facilitado y aclarado el proceso interno de reflexión que ha supuesto la elaboración del I.A. dando una visión más objetiva, y facilitando el camino, en general, para elaborar el Informe Final y en particular, para formular el conjunto de acciones de mejora (Plan de mejora) y reforzar el compromiso de todos los miembros del Servicio.



La concordancia del informe oral con el informe definitivo ha sido muy elevada, prácticamente idénticos, exceptuando las matizaciones comentadas en otro epígrafe de este informe.

La utilidad del informe para la mejora del servicio ha sido muy elevada a corto plazo como mecanismo de refuerzo de la tarea realizada. Aporta una visión objetiva y real de la situación actual del servicio. A largo plazo, al aportar puntos de mejora que ayudaran a mejorar la gestión de la calidad y planificar la prestación del servicio.

La valoración global del informe ha sido muy positiva, como lo demuestra el hecho de no haber producido prácticamente nada más que pequeñas matizaciones en cuanto a su contenido, siendo este un fiel reflejo de los aspectos ya puestos de manifiesto por el I.A.

#### Observaciones y sugerencias de mejora:

- Disminuir la presión de tiempo y plazos en la elaboración del I.A.
- Lograr que los aspectos que implican a la Administración, vinculen a ésta, respecto a plazos.
- Lograr de la Administración un compromiso respecto a la aplicación en los aspectos que le sean propios. Sirviendo de modelo para todas las demás organizaciones implicadas en procesos de Evaluación de la Calidad.



## 5 Principales puntos fuertes y áreas de mejora.

<b>CRITERIO</b>	<b>PUNTOS FUERTES</b>	<b>ÁREAS DE MEJORA</b>	<b>ACCIONES DE MEJORA</b>	<b>PRIORIDAD</b>
0		Desconocimiento de: funciones, localización y prestaciones del servicio por los clientes y usuarios	Carta de Servicios. Difusión entre los grupos de interés.	1
0		Inexistencia de un Manual General del Servicio	Confección de un Manual de Calidad de Servicio	1
0	Definición por Ley de funciones del Servicio		Actualización automática en materia de Normativa.	2
0	Definición de los grupos de interés		Segmentar los ya definidos en grupos más específicos	3
0		Desconocimiento de las necesidades de los grupos de interés	Encuestas que recojan sus opiniones y tratamiento de la información.	2
0	Personal motivado, con perfil profesional adecuado y puesto consolidado			
0	Instalaciones nuevas y adecuadas.			
0		Carencia de proceso que regule la sustitución de RR HH	Definición del proceso y coordinación con las distintas unidades de la UA que estén implicadas en el mismo	3
0		Gran presión asistencial, especialmente, de la Unidad de Salud	Aumento de plantilla.	1
1	Asunción de la legislación en su estado más puro		Actualización de la legislación mediante una base de datos	2
1		Carencia de indicadores de carácter general	Definición y uso de indicadores de carácter general	2



<b>CRITERIO</b>	<b>PUNTOS FUERTES</b>	<b>ÁREAS DE MEJORA</b>	<b>ACCIONES DE MEJORA</b>	<b>PRIORIDAD</b>
1		Carencia de indicadores de resultados	Definición y uso de indicadores de resultados	2
1		Mejorar los medios actuales de comunicación con clientes y usuarios	Estudiar y definir medios de comunicación con clientes y usuarios	2
1		Inexistencia de un plan estratégico de la U.A. y por tanto de la inclusión del Servicio de Prevención en el mismo	Demandar la creación del Plan Estratégico de la UA	1
2		Evaluación del trabajo de modo informal	Creación de métodos de evaluación para todos los procesos clave.	2
2		Inexistencia de un plan estratégico de la UA	Planificación de la estrategia de la UA a corto, medio y largo plazo.	1
2		Descoordinación entre los distintos Servicios implicados en la prevención	Definición de responsabilidades, organigrama de la prevención y unificación de criterios de actuación	2
2	Entorno de trabajo y comunicación entre los miembros del Serv. excelentes		Fomentar las vías de comunicación. Definición de criterios.	3
3	Disponer de asignación presupuestaria y gestión autónoma en la relación directa con proveedores		Adecuar y actualizar dicha asignación a las necesidades reales	2
3	Relación directa con proveedores y especial con la Ibermutuamur			
3	Comunicación interna fluida y accesibilidad a la Dirección			



<b>CRITERIO</b>	<b>PUNTOS FUERTES</b>	<b>ÁREAS DE MEJORA</b>	<b>ACCIONES DE MEJORA</b>	<b>PRIORIDAD</b>
3	Nueva página web		Ampliación de contenidos	2
3		Limitaciones físicas y de infraestructuras del Servicio	En proceso de finalización del nuevo edificio	1
3		Carencia de sistema de gestión medioambiental	Elaboración e implantación	2
3		Definición total del proceso de gestión económica	Definición e implantación	2
3		Inexistencia de criterios claros para la elección y evaluación de proveedores	Definición	3
4	Accesibilidad de dirección		Fomentar y preservar las vías de comunicación existentes	3
4	Dirección bien definida			
4		Plan estratégico sin documentar	Documentar el plan estratégico de la UA o demandar su documentación	1
4		Indefinición de relaciones con otras unidades y Servicios de la UA implicados en la prevención	Identificar y definir las relaciones con los servicios de la UA implicados en los procesos de prevención	1
4		Compatibilidad de: Dirección y Unidad de Salud	Incrementar el tiempo dedicado a Dirección	2
4		Carencia de Manual General	Elaboración del M.G C del Servicio	1



<b>CRITERIO</b>	<b>PUNTOS FUERTES</b>	<b>ÁREAS DE MEJORA</b>	<b>ACCIONES DE MEJORA</b>	<b>PRIORIDAD</b>
4		Desconocimiento de las expectativas de los grupos de interés	Definir e instaurar mecanismos que permitan conocer: expectativas y grado de satisfacción de los grupos de interés	1
5		No existe definición y documentación de procesos completa	Documentar y definir procesos claves	2
5	Procesos de la unidad de salud bien definidos		Adecuar ofertas a las demandas de los grupos de interés	2
6		Carencia de indicadores de resultado y rendimiento	Definición de indicadores	2
6	Ausencia de incidentes		Fijar esta situación como objetivo	2
7	Condiciones laborales de seguridad e higiene perfectamente definidas dentro del Servicio			
7	Servicios prestados apreciados por el resto de la comunidad		Divulgación entre los grupos de interés Servicio	2
7		Espacio físico insuficiente	Edificación por la U.A. de nuevo edificio	1
7		NO existe coordinación con otros Servicios de la U.A.	Definir relaciones con los distintos Servicios de la U.A.	1
7		Inexistencia de equipos de mejora	Crear grupos para afrontar los puntos débiles	2
7		Carencia de indicadores de rendimiento así como la definición de los mismos	Información de otros Servicios de otras Universidades para poder realizar las comparativas y así obtener indicadores de rendimiento.	3



<b>CRITERIO</b>	<b>PUNTOS FUERTES</b>	<b>ÁREAS DE MEJORA</b>	<b>ACCIONES DE MEJORA</b>	<b>PRIORIDAD</b>
8	El desempeño de las funciones está sujeto a la legislación vigente			
8	Actuaciones puntuales en materia de medio ambiente		Planificación de las actuaciones	2
8		Inexistencia de indicadores para el desempeño y rendimiento sobre los resultados en la sociedad	Definir e implantar indicadores de calidad.	2
8		Inexistencia de un Sistema de Gestión Medioambiental	Colaborar con la Universidad para la implantación de un SGM	2
9		Inexistencia de indicadores de resultados	Definir e implantar indicadores de calidad.	2
9		Inexistencia de evaluación y revisión de resultados	Crear mecanismos de evaluación y revisión de procesos y de resultados	2

(\*) 1: prioridad alta; 2: prioridad media; 3: prioridad baja (en función de la importancia y dificultad)





## 6 Plan de mejora

Tabla 1. Propio del Servicio

ACCIONES DE MEJORA		RESPONSABLE	PRIORIDAD (1-2-3) (*)	PLAZO	RECURSOS
1	Identificar y definir las relaciones con los distintos servicios de la UA implicados en los procesos de Prevención, estableciendo un organigrama de prevención dentro de la UA.	Los responsables de dichos servicios, la Gerencia de la UA y el Servicio de Prevención.	1	2004/2005	NO
2	Confección de un Manual de Calidad del Servicio.	Grupo de trabajo creado al efecto dentro del servicio.	1	2004/2205	NO
3	Elaboración de la Carta de Servicios y difusión de la misma entre los grupos de interés.	Responsable de Calidad del Servicio y las Unidades del Servicio de Prevención.	1	2004	NO
4	Definir e instaurar mecanismos que permitan conocer: expectativas y grado de satisfacción de los grupos de interés	Responsable de calidad del Servicio en colaboración con los responsables de cada unidad.	1	2004	NO



<b>ACCIONES DE MEJORA</b>		<b>RESPONSABLE</b>	<b>PRIORIDAD (1-2-3) (*)</b>	<b>PLAZO</b>	<b>RECURSOS</b>
6	Definición y uso de indicadores de carácter general.	Responsables de cada unidad.	2	2005	NO
7	Estudiar y definir medios de comunicación con clientes y usuarios	Dirección del Servicio y responsables de cada unidad.	2	2005	NO
8	Gestión de la Web del Servicio.	Responsable de cada unidad.	2	2005	NO
9	Documentar y definir procesos: clave y de soporte.	Responsable de cada unidad.	2	2005	NO
10	Creación de mecanismos de evaluación y revisión de procesos y de resultados.	Dirección y responsable de calidad del servicio	2	2005	NO



<b>ACCIONES DE MEJORA</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>PRIORIDAD (1-2-3) (*)</b>	<b>PLAZO</b>	<b>RECURSOS</b>
11 Segmentar los grupos de interés de un modo mas específico.	Responsables de cada unidad.	3	2006	NO
12 Definir criterios para la elección de proveedores.	Dirección del servicio.	3	2006	NO
13 Conservar y fomentar las vías de comunicación existentes entre los miembros del servicio.	Dirección del servicio.	3	2006	NO

(\*) 1: prioridad alta; 2: prioridad media; 3: prioridad baja (en función de la importancia y dificultad)



**Tabla 2 Ajeno al Servicio**

	<b>ACCIONES DE MEJORA</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>PRIORIDAD (1-2-3) (*)</b>	<b>PLAZO</b>	<b>RECURSOS</b>
1	Dotación de instalaciones adecuadas y definitivas.	Equipo directivo de la UA	1	2004	SI
2	Identificar y definir las relaciones con los distintos servicios de la UA implicados en los procesos de Prevención, estableciendo un organigrama de prevención dentro de la UA.	Los responsables de dichos servicios, la Gerencia de la UA y el Servicio de Prevención.	1	2004/2005	NO
3	Aumento de la plantilla.	Servicio de RR HH de la UA	1		SI
4	Documentar el plan estratégico de la UA	Equipo directivo de la UA	1		NO
5	Adecuar y actualizar la asignación económica a las necesidades reales.	Vicerrectorado de asuntos económicos y Dirección del Servicio.	2	2005	SI
6	Definición de competencias en la elaboración e implantación de un sistema de gestión medioambiental.	Equipo directivo de la U.A .	2	2005	NO
7	Actualización automática en materia de Normativa de aplicación.	U.A., Dirección del Servicio y los distintos responsables de las unidades que componen el Servicio.	2	2005	SI

(\*) 1: prioridad alta; 2: prioridad media; 3: prioridad baja (en función de la importancia y dificultad)