



**Servicio General de Apoyo
a la Investigación - SAI**
Universidad Zaragoza

PLAN DE MEJORA DEL SAI

AÑO 2014-2015

Director del SAI
16/06/2014

CRITERIO EFQM: EVOLUCIÓN Y CONTEXTO ACTUAL DEL SAI				
PUNTO DÉBIL: <ul style="list-style-type: none"> Falta de uniformidad en la estructura organizativa del SAI. Ausencia de un órgano directivo que apoye y asesore a la Directora del SAI. 		CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> Cada Servicio surgió respondiendo a unas necesidades concretas y con el personal de distinto origen que había en ese momento disponible. Algunos Servicios proceden de talleres ligados a los departamentos anteriores a las “Directrices sobre homologación de reglamentos de los SAI”, aprobadas el 8 de julio de 1987. Estas “Directrices sobre homologación de reglamentos de los SAI” son muy ambiguas en cuanto a la estructura organizativa del SAI. No se ha nombrado un equipo directivo para el SAI por los anteriores equipos de Gobierno de la Universidad de Zaragoza. 		
ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE	PLAZO	RECURSOS	INDICADORES
1. Asegurar la implantación de la nueva estructura organizativa definida en el Reglamento del SAI aprobado el 30 de noviembre de 2011.*	Vicegerente de investigación+ Director SAI.	Junio 2015	Asignación económica por parte de la Universidad para los complementos de la responsabilidad técnica de los servicios.	<ul style="list-style-type: none"> Firma del convenio con el IACS para la gestión de los servicios del área biomédica Constitución de la Comisión de División Biomédica o del órgano equivalente que se establezca en el convenio. Nombramiento de los responsables técnicos de los servicios según los procedimientos que establezca la Universidad.

CRITERIO EFQM: LIDERAZGO				
PUNTO DÉBIL: No se han definido ni la Misión, ni la Visión ni los Valores del SAI.			CAUSAS: No existe un Plan Estratégico del SAI ni estaba prevista su implantación.	
ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE	PLAZO (PRIORIDAD)	RECURSOS	INDICADORES
2. Definir la Misión, Visión y Valores del SAI y establecer el procedimiento para su comunicación y para su revisión y actualización.	Vicerrector de Investigación + Director del SAI + Vicegerente de Investigación.	Diciembre 2014	Propios.	<ul style="list-style-type: none"> – Plan Estratégico. – Procedimiento en el que se establezca su comunicación, su revisión y actualización.
CRITERIO EFQM: ESTRATEGIA				
PUNTO DÉBIL: <ul style="list-style-type: none"> • No se han identificado los Grupos de Interés de los Servicios, ni se conocen sus necesidades ni expectativas. No se ha definido un Plan Estratégico del SAI.			CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> • No ha habido una estrategia respecto a la forma de trabajar. Se trabaja a corto plazo para cubrir las necesidades inmediatas. Nadie se ha planteado esta necesidad.	
ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE	PLAZO (PRIORIDAD)	RECURSOS	INDICADORES
3. Identificar claramente todos los Grupos de Interés del SAI y establecer cómo se van a conocer sus necesidades y expectativas, cómo se registran y cada cuánto se deben actualizar: a. Encuesta. b. Reuniones periódicas. c. Otras actuaciones.	Director del SAI + Directores de División.	Diciembre 2014	<ul style="list-style-type: none"> – Propios. – En el caso de encuestas, se pedirá apoyo al Servicio/Unidad correspondiente de la Universidad de Zaragoza. 	<ul style="list-style-type: none"> – Plan Estratégico. – Procedimiento donde se establezca cómo se van a conocer las necesidades y expectativas de los grupos de interés.
4. Analizar cómo se van a cubrir las necesidades y expectativas encontradas y plasmarlo en un Plan Estratégico del SAI. Establecer el sistema de seguimiento y revisión del Plan Estratégico.	Director del SAI+ Vicegerente de Investigación + Directores de División.	Marzo 2015	Propios.	<ul style="list-style-type: none"> – Documento Plan Estratégico. – Procedimiento en el que se establezca su seguimiento y revisión.
5. Estudiar y registrar cómo va repercutiendo la implantación del Plan Estratégico en la mejora de los Servicios.	Director del SAI + Directores de División.	Revisiones según los plazos establecidos en el Plan Estratégico	Propios.	<ul style="list-style-type: none"> – Según el contenido del Plan Estratégico.

CRITERIO EFQM: PERSONAS				
PUNTO DÉBIL: No se realizan actividades de motivación, trabajo en equipos, etc.		CAUSAS: No se han planteado hasta ahora.		
ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE	PLAZO (PRIORIDAD)	RECURSOS	INDICADORES
6. Además de poner en marcha y llevar a término actividades de motivación ya incluidas en otras acciones de mejora (establecer objetivos individuales y de cada Servicio, realizar jornadas de puertas abiertas y seminarios internos del SAI), proponer acciones de cara a la carrera profesional del PAS.	Director del SAI + Vicegerente de Investigación.	Diciembre 2015	Propios.	– Propuestas elevadas para considerar dentro de la elaboración de la plantilla de referencia del SAI.
7. Coordinar con los responsables correspondientes de la Universidad de Zaragoza que se recoja en las funciones de los puestos de trabajo la actividad que se está realizando realmente. **	Administrador del SAI + Vicegerente de Investigación.	Diciembre 2014	Propios.	– Aprobación de las nuevas funciones por el órgano competente de la Universidad de Zaragoza. – Difusión entre las personas del SAI

CRITERIO EFQM: ALIANZAS Y RECURSOS				
PUNTO DÉBIL: Los contratos de algunos Servicios con determinados proveedores han expirado desde diciembre de 2008.		CAUSAS: Los Servicios actúan de forma autónoma en la elección del proveedor. En pequeños contratos cada Servicio elige a su proveedor. En grandes contratos, no se han coordinado la Unidad Administrativa y el citado Servicio. No se ha planteado una negociación conjunta de todos los Servicios con cada proveedor.		
ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE	PLAZO (PRIORIDAD)	RECURSOS	INDICADORES
8. a. Estudio de proveedores (en colaboración con Patrimonio) para su unificación y toma de decisiones. b. Ejecución de las decisiones tomadas en el estudio de proveedores.*	Director SAI + Administradora SAI + Directores de División.	Diciembre 2014	0€.	<ul style="list-style-type: none"> – Lista de proveedores con indicación de las condiciones de colaboración. – Nuevos contratos/acuerdos firmados por ambas partes. – Revisión y seguimiento del cumplimiento de las condiciones acordadas por ambas partes.
9. Estudiar y analizar las sinergias, la coordinación y complementariedad de los Servicios ofrecidos en la Universidad de Zaragoza.	Vicerrector de Investigación + Vicegerente de Investigación + Director del SAI.	Marzo 2015	Propios.	<ul style="list-style-type: none"> – Elaboración de un catálogo unificado con todos los servicios que se ofrecen en la Universidad de Zaragoza.
10. Materializar acuerdos con otras Universidades (por ejemplo, las del G9 o las del Campus Iberus) para aumentar la oferta tecnológica del SAI en la Universidad de Zaragoza.	Vicerrector de Investigación + Vicegerente de Investigación + Director del SAI.	Junio 2015	Propios.	<ul style="list-style-type: none"> – Elaboración de un catálogo de servicios conjunto. – Presentar propuestas de acuerdos de colaboración puntuales.

PUNTO DÉBIL: No hay evidencia escrita de todos los mantenimientos de equipos que se llevan a cabo.		CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> No ha habido conciencia/mentalización/educación en ese sentido. La gestión administrativa no se ha incluido como parte del trabajo rutinario. No se han preparado las plantillas para hacer los registros, sobre todo en Servicios que tienen poca capacidad administrativa. 		
ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE	PLAZO	RECURSOS	INDICADORES
11. Realizar un plan de mantenimiento de equipos propio de cada Servicio que incluya el mantenimiento interno y externo. Dicho plan de mantenimiento deberá contener las operaciones a llevar a cabo, su periodicidad y el responsable de su realización.*	Directores de División.	Marzo 2015.	Los necesarios a partir de los planes de mantenimiento diseñados en cada Servicio (deben ser sufragados con los ingresos de cada Servicio).	<ul style="list-style-type: none"> Plan de Mantenimiento de equipos de cada Servicio. Desarrollo del sistema de registro de las actividades de mantenimiento realizadas.
12. Cumplimentar los correspondientes registros de mantenimiento interno cuando proceda.*	Técnicos de cada Servicio.	Marzo-diciembre 2015	0€.	<ul style="list-style-type: none"> Verificación trimestral de los registros de mantenimiento.
PUNTO DÉBIL: Las tarifas no han sido actualizadas en algunos Servicios desde 1998, 1999, 2002, 2003 etc.		CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> Incumplimiento de las “Directrices sobre homologación de reglamentos de los SAI”, aprobadas el 8 de julio de 1987, en lo que respecta a la realización de las Comisiones de Usuarios. Nadie ha denunciado la falta de cumplimiento de dichas Directrices. 		
ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE	PLAZO	RECURSOS	INDICADORES
13. Respecto a las tarifas: a. Conocer el coste real de cada prestación que realizan los Servicios e incluir el porcentaje en que cada prestación contribuye a la facturación total del Servicio.*	Director SAI + Administradora SAI + Directores de División.	Diciembre 2015.	0€.	<ul style="list-style-type: none"> Incluir en el proceso de revisión de las tarifas para 2015 el coste de las prestaciones.

PUNTO DÉBIL:		CAUSAS:		
<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de un sistema global de gestión electrónica que contenga todos los datos necesarios para la actividad de los Servicios. Los partes de los pedidos de los clientes cumplimentados a mano. 		Los Servicios funcionan de forma autónoma y cada uno ha ido cubriendo sus necesidades. Sólo algunos Servicios han informatizado los partes de los pedidos.		
ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE	PLAZO	RECURSOS	INDICADORES
14. Crear un grupo de trabajo para informatizar todo el proceso con los clientes, desde la solicitud de la prestación de los servicios hasta la factura, que permita la consulta de datos de la prestación del servicio tanto al cliente como al Servicio. Una gestión electrónica en todos los Servicios.*	Administradora SAI.	Diciembre 2014	0€.	– Eliminación de los partes de trabajo en papel en todos los Servicios.
PUNTO DÉBIL:		CAUSAS:		
No existe nada exclusivo del SAI en aspectos de protección medioambiental.		Como existe la Oficina Verde de la Universidad de Zaragoza, el SAI no ha intervenido en estos aspectos.		
ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE	PLAZO (PRIORIDAD)	RECURSOS	INDICADORES
15. Definir una política de protección medioambiental del SAI.	Director del SAI.	Junio 2015	Propios.	– Documento que contenga la política de protección medioambiental.
16. Proponer a la Oficina Verde la realización de un inventario de aspectos medioambientales de cada Servicio y establecer un plan de implantación.	Director del SAI.	Junio 2015	Propios.	– Elaboración del inventario de aspectos medioambientales de cada Servicio.

CRITERIO EFQM: PROCESOS				
PUNTO DÉBIL: <ul style="list-style-type: none"> No se han identificado ni documentado los procesos clave de los Servicios. Prácticamente en casi todos los Servicios, únicamente existen los indicadores económicos anuales que les proporciona la Unidad Administrativa. No se han definido ni documentado todos los procesos soporte más relevantes. 		CAUSAS: <ul style="list-style-type: none"> En los Servicios se trabaja a base de buena voluntad, sin una orientación clara por parte de la Dirección/Vicerrectorado de Investigación. No ha habido un análisis o estudio del funcionamiento y gestión de los Servicios, solo se resuelven los problemas conforme aparecen, buscando la inmediata satisfacción del cliente. No hay planificación de la actividad ni existe análisis de la actividad realizada. 		
ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE	PLAZO (PRIORIDAD)	RECURSOS	INDICADORES
17. Identificar todos los Procesos Clave de los Servicios, documentarlos y difundirlos a las personas de los Servicios. Generar las Fichas de Proceso completas. <ul style="list-style-type: none"> a. Incluir en ellas unos indicadores de proceso para cada Servicio. Analizar los resultados de esos indicadores, de la actividad. b. Definir en ellas criterios únicos para todos los Servicios. 	Responsables Técnicos de los Servicios + Técnico de Calidad.	Diciembre 2014	Propios.	– Creación de todas las Fichas de Proceso Clave. – Difusión de las mismas a los correspondientes Servicios.
18. Definir y documentar los procesos soporte más relevantes de los Servicios.	Administrador + Técnico de Calidad.	Diciembre 2014	Propios.	– Creación de las fichas de los procesos soporte.
PUNTO DÉBIL: En algunos productos y servicios de los Servicios no hay evidencia de la comprobación de su conformidad antes de entregarlo al cliente.		CAUSAS: No se ha considerado necesario. Como las cosas salen bien, se continúa por inercia.		
ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE	PLAZO (PRIORIDAD)	RECURSOS	INDICADORES
19. Establecer el sistema de control adecuado, en función de las características de la prestación de cada uno de los servicios, para asegurar que sus productos y servicios son conformes	Responsables Técnicos de los Servicios + Técnico de Calidad.	Diciembre 2014	Propios.	– Creación de todas las Fichas de Proceso Clave. – Difusión de las mismas a los correspondientes Servicios.

con las especificaciones de los clientes.				– Implementación de los protocolos definidos en el Procedimiento de no conformidad.
PUNTO DÉBIL:		CAUSAS:		
<ul style="list-style-type: none"> En la división de servicios transversales, el criterio “capacidad de respuesta” da unos resultados bajos en algunos Servicios. 		<ul style="list-style-type: none"> No identificadas. 		
ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE	PLAZO	RECURSOS	INDICADORES
20. <ul style="list-style-type: none"> a. Registrar y cuantificar los plazos de entrega de producto de los servicios transversales de preparación de rocas, mecánica de precisión, soplado de vidrio e instrumentación electrónica. b. Analizar los datos y tomar decisiones.* 	Administradora SAI + Directora de división servicios transversales.	20.a. Hasta septiembre 2015. 20.b. Diciembre 2014 y junio 2015.	0€.	– El Informe de nuestro sistema de archivos Gestión SAI. – Ejecución de las acciones tomadas.
PUNTO DÉBIL:		CAUSAS:		
<ul style="list-style-type: none"> En la división de experimentación animal, los resultados son bajos en todos los criterios de la encuesta, salvo en los relativos al asesoramiento y cualificación del personal. 		<ul style="list-style-type: none"> Falta de transparencia en el proceso de gestión del Servicio de experimentación animal. 		
ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE	PLAZO	RECURSOS	INDICADORES
21. Elaborar procedimientos de trabajo en el SEA.*	Directora de división experimentación animal.	Diciembre 2014.	0€.	– Procedimientos de trabajo elaborados, difundidos e implantados en el SEA.

PUNTO DÉBIL:		CAUSAS:		
<ul style="list-style-type: none"> Valoración baja del criterio de la encuesta: “las cargas de trabajo dentro de mi SAI están bien distribuidas”. 		<ul style="list-style-type: none"> No identificadas. 		
ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE	PLAZO	RECURSOS	INDICADORES
22.	Administradora SAI + Directores de División.	22.a. Mayo 2015.	0€.	<ul style="list-style-type: none"> Informe de la evaluación de las cargas de trabajo. Ejecución de las decisiones tomadas.
<ul style="list-style-type: none"> a. Realizar una evaluación de las cargas de trabajo en todos los Servicios. b. Analizar los datos y tomar decisiones.* 		22.b. Septiembre 2015.		
CRITERIO EFQM: RESULTADOS EN LOS CLIENTES				
PUNTO DÉBIL:		CAUSAS:		
<ul style="list-style-type: none"> Los Servicios no obtienen periódicamente información directa del grado de satisfacción de los clientes. Los Servicios no han identificado con qué procesos y sus respectivos indicadores están relacionados los indicadores de satisfacción. 		<ul style="list-style-type: none"> Dada la diversidad de los Servicios, no se ha conseguido un sistema eficiente de medida del grado de satisfacción de los clientes. No están definidos los procesos clave ni soporte, ni en consecuencia, sus correspondientes indicadores. 		
ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE	PLAZO (PRIORIDAD)	RECURSOS	INDICADORES
23. Implantar las actuaciones derivadas del análisis de los resultados de las encuestas de satisfacción usuarios 2013 y de los resultados de la actividad en 2013.*	Director SAI + Directores de División + Administradora SAI.	Diciembre 2015.	0€.	<ul style="list-style-type: none"> Los correspondientes a la realización de cada actuación.
24. Recoger la información sobre los indicadores de proceso y de satisfacción de los clientes y ver si existe una correlación.	Técnico de Calidad.	Diciembre 2015	Propios.	<ul style="list-style-type: none"> Documento que indique la posible correlación de indicadores.

CRITERIO EFQM: RESULTADOS EN LAS PERSONAS				
PUNTO DÉBIL: <ul style="list-style-type: none"> Los Servicios no obtienen periódicamente información directa del grado de satisfacción de sus empleados. Los Servicios no han identificado con qué procesos y sus respectivos indicadores están relacionados los indicadores de satisfacción. 		CAUSAS: No existe un Sistema de Gestión de Calidad.		
ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE	PLAZO (PRIORIDAD)	RECURSOS	INDICADORES
25. Crear una correlación entre los indicadores de satisfacción de los empleados y los correspondientes indicadores de proceso.	Técnico de Calidad.	Diciembre 2015	Propios.	– Documento que indique la posible correlación de indicadores.
CRITERIO EFQM: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD				
PUNTO DÉBIL: <ul style="list-style-type: none"> Los Servicios no obtienen periódicamente información directa del grado de satisfacción que tiene la sociedad respecto a ellos. Los Servicios no han identificado con qué procesos y sus respectivos indicadores están relacionados los indicadores de percepción social. 		CAUSAS: No hay una directriz clara por parte del Vicerrectorado. No ha habido una exigencia de obtener información directa del grado de satisfacción que tiene la sociedad respecto al SAI.		
ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE	PLAZO (PRIORIDAD)	RECURSOS	INDICADORES
26. Crear una correlación entre los indicadores de percepción social y los correspondientes indicadores de proceso.	Técnico de Calidad.	Diciembre 2015	Propios.	– Documento que indique la posible correlación de indicadores.

INDICACIONES:

*: Acciones no finalizadas en el Plan de Mejora 2013. Se trasladan a este Plan de Mejora 2014-2015 para el seguimiento hasta su finalización.

** : Acción incluida como consecuencia del análisis de los resultados de la encuesta de clima interno llevada a cabo en junio de 2013.