



9.- APLICACIÓN DEL NUEVO SISTEMA DE GESTIÓN AL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO.

9.1.- Fases del proyecto.

1. **Convocatoria e inicio del Proyecto.** Convocatoria a diversas reuniones informativas y de reflexión para analizar la situación actual y recapacitar sobre las ideas de cambio.
2. **Implicación de las personas.** Concepto de Liderazgo. El equipo directivo extiende el concepto de liderazgo.
3. **Formación.** Formación de las personas que desean impulsar el cambio a las nuevas formas de gestión.
4. **Definición de los procesos objeto de estudio.**
5. **Análisis de los procesos.**
6. **Documentos clave: elaboración de las fichas de procesos.**
7. **Establecimiento de indicadores.**
8. **Puesta en operación.**
9. **Análisis y mejora.**
10. **Resultado de la gestión.**
11. **Documentación de procesos, protocolos y planes.**
12. **Sistema de comunicación y divulgación.**
13. **Gestión de la calidad percibida. Incidencias.**

9.1.1.- Convocatoria e inicio del Proyecto.

En un primer momento y para conseguir introducir la idea de la nueva gestión y de sus beneficios, se convocan a todos los mandos intermedios, (jefes de servicio, sección y equipo) , a los que se les hace reflexionar sobre la situación actual, la posibilidad de cambio y mejora, la



eficacia y la eficiencia del sistema y el concepto de cliente y su satisfacción como fin de nuestro trabajo.

Reuniones previas del área de gestión, en las que se realizan análisis DAFO de la situación en la que se encuentra el Área de Gestión y se pone de manifiesto la importancia que tiene ésta en la mejora de la eficiencia de las actividades asistenciales y estratégicas del Complejo Hospitalario de Toledo. Otros elementos que ayudaron a detectar la situación actual fueron, y sus posibilidades de mejora fue, la comparación con otras instituciones dedicadas a la sanidad y a la actividad privada.

9.1.2.- Implicación de las personas. El concepto de Liderazgo en la organización.

El equipo Directivo, aplicará las técnicas de Liderazgo a las personas que integran la organización para que éstas se encuentren totalmente implicadas y así poder llevar a cabo el Proyecto.

Ante todo, se tiene claro que hay que contar con las personas para el cambio.

Hasta la actualidad el concepto de liderazgo en el hospital era el tradicional de mando jerárquico sobre las personas. Durante este año, como consecuencia del establecimiento de un Plan de Calidad en el Sescam y de la puesta en marcha de Proyectos como el sobre Gestión de Procesos se ha revidado en concepto de líder, planteándonos qué líderes necesitaba el hospital para el desarrollo de la estrategia y cumplir la Misión del hospital. Fruto de esta reflexión el Equipo Directivo formuló un nuevo enfoque, basado en el liderazgo compartido entre las personas.

Definimos el líder como el profesional que tiene responsabilidad sobre otras personas en su puesto de trabajo y las implica y coordina para conseguir los fines y objetivos del hospital, de cara a alcanzar la satisfacción del cliente y del sistema sanitario.

Adoptamos la gestión por procesos como el elemento clave para el cambio, por su capacidad de integración de la estrategia, los procesos y los resultados, y como facilitador de la implicación de las personas en la mejora continua. Asociado a este proyecto revisamos nuevamente el concepto de liderazgo introduciendo una nueva concepción de líder, incorporando la figura del gestor de proceso como responsable de la mejora continua del mismo y haciendo posible que 15 personas asumieran responsabilidades en la gestión.

El desarrollo y la extensión de la cultura de la Excelencia en nuestra organización han partido del compromiso y el estímulo personal, el liderazgo claro y la participación en las actividades de mejora del Gerente y los Directores del Hospital. La asunción de



responsabilidades por parte de los demás líderes del hospital y el estilo de liderazgo incorporado permiten que las personas se sientan partícipes de las mejoras, aumenten su sentido de pertenencia y se impliquen en la consecución de los objetivos del hospital.

9.1.2.1.- Definición de liderazgo.

En el hospital entendemos el liderazgo como un conjunto de atributos que permiten a las personas asumir responsabilidades para mejorar la gestión de los profesionales, los recursos o los procesos del centro.

El perfil de mando intermedio se concibe como una persona que se compromete con la política y los objetivos del hospital, facilita los recursos y la información para alcanzarlos, evalúa y provee de formación, delega y aporta reconocimiento y sirve como modelo a las personas a su cargo.

El perfil de gestor de proceso, tenga o no mando directo, se ha definido como: *querer* mejorar, ya que es voluntario, *saber*, de su proceso y de herramientas de gestión de calidad para poder mejorarlo, y *poder*, entendido como el empowerment o responsabilidad y autonomía que se le ha delegado para su mejora. Cualquier persona del hospital puede ser líder y actualmente contamos con 15 líderes en el área de Gestión del Hospital.

9.2.2.2- Desarrollo de la misión, visión y valores del Hospital.

Previamente a la definición de la misión de cada uno de los procesos por parte de sus gestores y entrar en particularidades del Proyecto, es necesario que los líderes conozcan y se identifiquen con los del Hospital en general.

MISIÓN

El Complejo Hospitalario de Toledo es un centro público del Servicio de salud de Castilla La Mancha, cuyo fin es elevar el nivel de salud de la población y satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes mediante la prestación de servicios sanitarios especializados.

Para ello asumimos como guías de actuación el desarrollo de la Mejora Continua en:

- La implicación y el crecimiento profesional de las personas que trabajan en el hospital.
- La eficiencia y el equilibrio financiero en la actuación.



- Favorecer la mejora global del sistema sanitario mediante la innovación , la docencia y la cooperación con otras organizaciones.

VISIÓN

Queremos ser un hospital de excelente calidad, en permanente crecimiento profesional y técnico, que logre un alto grado de satisfacción en la sociedad, las personas que lo componen y especialmente sus clientes

VALORES

- Trabajamos para el paciente
- Respeto mutuo
- Trabajo en equipo
- Comunicación abierta
- Orientación al resultado
- Apuesta por la innovación
- Sentido de pertenencia
- Consenso

El desarrollo de la Misión y Visión se realiza a través del proceso global de gestión desde su propia definición, su traducción a estrategias que permiten el desarrollo de sus objetivos y la gestión de los procesos mediante los cuáles se materializa la consecución de los mismos.

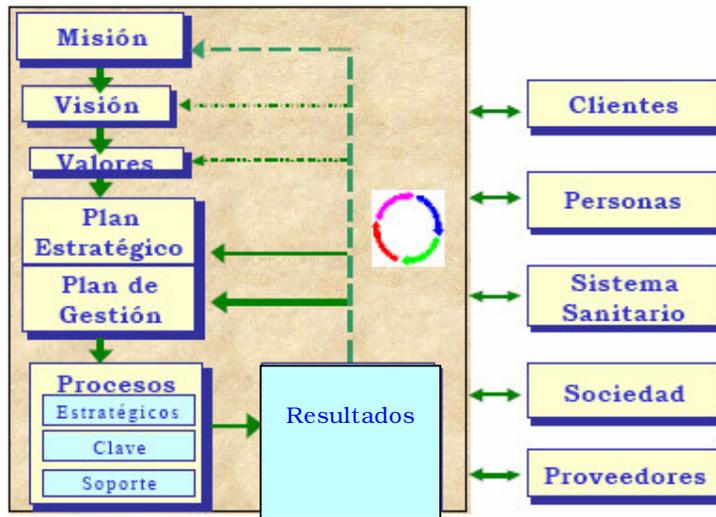


Figura: Sistema de Gestión del Hospital.

El sistema de gestión del hospital y la futura integración de la Calidad Total en el mismo, estimula y favorece el establecimiento de prioridades de mejora, el trabajo en equipo, la medición de resultados, y la utilización de la innovación y aprendizaje para aplicar la mejora continua en nuestra estrategia y actividades.

El Equipo Directivo estimula y favorece la cultura de la mejora continua, participando activamente en la evaluación de otras organizaciones, mostrando su experiencia a otros centros, y mediante publicaciones o participación en grupos de trabajo y congresos para su difusión. La implicación de todos los líderes del hospital en el establecimiento y desarrollo de la misión y de la planificación estratégica que hace posible su consecución, se realiza utilizando diversos mecanismos para impulsar y desarrollar de una forma sistemática la delegación de responsabilidades y alcanzar el mayor nivel de liderazgo posible.

La implicación de los líderes en el hospital se realiza en cascada siguiendo las líneas de responsabilidad establecidas en la organización. Todos los líderes están implicados en cada escalón, ya sea en la comunicación como en la gestión y evaluación de cada etapa, y la consecución de la Misión, Visión y Valores afecta a todos los profesionales del hospital.

9.2.2.3.- Los líderes aportan mejora continua.

Prácticamente la totalidad de los mandos y todos los gestores, lideran la mejora de los procesos que les afectan. El despliegue alcanza a la totalidad de procesos del hospital. La metodología de la gestión por procesos incorpora en uno de sus apartados la elaboración de la



misión del proceso, mediante el que se define el qué, para qué y para quién de cada uno de los procesos. Los gestores han liderado la misión de todos los procesos y abarca por tanto la totalidad de la actividad del hospital.

Las actividades de benchmarking y la formación son fundamentales para mejorar el sistema y los líderes se implican activamente en su desarrollo, tanto en sus dimensiones clínicas y profesionales como de gestión, estimulando a las personas para la detección e implantación de las mejores prácticas y de formación.

9.2.2.4.- Implicación de los líderes con clientes, aliados y representantes de la sociedad.

Los grupos de interés prioritarios con los que se tienen que relacionar nuestros líderes y necesarios para alcanzar la Misión son: clientes, atención primaria, proveedores y sistema sanitario. Además se establecen relaciones de participación y colaboración con otros centros sanitarios y sus profesionales, asociaciones profesionales y sociales, como elemento de aprendizaje y difusión de nuestros conocimientos clínicos y nuestra cultura de gestión.

El estilo de liderazgo que promovemos facilita una participación proactiva de los líderes para captar las necesidades de los grupos de interés y establecer mecanismos de mediación para mejorar nuestros servicios en función de ello. La gestión por procesos y la contribución de mecanismos complementarios como el empowerment, la gestión del conocimiento o la comunicación contribuyen de forma sinérgica al liderazgo en este ámbito.

Si bien existen múltiples mecanismos de implicación sistemática con los grupos de interés, destacamos las especiales características de las relaciones que se establecen en el hospital con los clientes y que ayudan a comprender la intensidad del trato e implicación personal de nuestros profesionales con los mismos y supone una fuente muy potente de captación de necesidades y compromiso con el servicio.

9.2.2.5.- Motivación, apoyo y reconocimiento a las personas del hospital por parte de los líderes.

La misión del hospital solo se puede conseguir con la implicación de las personas en el proyecto de hospital. Para ello, la reflexión del Equipo Directivo establece qué mecanismos y en qué medida deben utilizarse para promover y estimular la cultura de la mejora mediante un liderazgo que sirva de fuerza motriz para los profesionales.

Aunque todos los sistemas del hospital deben articularse entre sí para contribuir a motivar y cuidar a las personas, se han definido cuatro mecanismos sistemáticos para su desarrollo. Existen múltiples actividades, para motivar por medio de la implicación y el



empowerment, apoyar a las personas mediante la comunicación y la formación, y aportar reconocimiento cuando el esfuerzo o el logro así lo requieren. Todos estos mecanismos se utilizan de forma sinérgica para conseguir los objetivos del hospital.

Los líderes implicados en cada mecanismo son los que se consideran efectivos para su desarrollo. El Gerente y el Equipo Directivo tienen la función de servir de guía, definir y desplegar los planes que permitan su consecución y evaluar la efectividad de los mismos. Los gestores de proceso gestionan la mejora continua y estimulan para ello a las personas implicadas en su proceso.

El Equipo Directivo ejerce una función añadida en estos mecanismos, como cohesión y apoyo para los líderes y para las personas del hospital y su sistema de gestión.

- A. **EMPOWERMENT:** La delegación de responsabilidades y la implicación de las personas responsabilizándose de su gestión es un potente mecanismo utilizado de forma intensiva y sistemática en el hospital y que se articula mediante la gestión por procesos.
- B. **COMUNICACIÓN:** La política de puertas abiertas, en la que todas las personas pueden dirigirse directamente a cualquier líder del hospital de forma directa y los planes y mecanismos de comunicación implantados de forma sistemática, son los principales mecanismos utilizados en este ámbito.
- C. **FORMACION:** La formación, tanto para el trabajo específico como para la mejora de la gestión, es un pilar básico de nuestra organización, y el crecimiento técnico de las personas es un elemento contenido en la Visión. En consecuencia, la formación y la tutoría personal son un importante elemento de liderazgo con un amplio despliegue en el hospital.
- D. **RECONOCIMIENTO:** Los mecanismos de reconocimiento a las personas o unidades por sus logros son múltiples. El papel de los líderes es el de detectar los esfuerzos o logros en las personas y ejercer de forma directa el reconocimiento.

El Equipo Directivo realiza la evaluación y revisión de la efectividad del liderazgo mediante el análisis de la Voz de las Personas, la evolución de los planes (comunicación, formación).

Las encuestas de personal contendrán diversos ítems que permiten evaluar y confirmar la efectividad del enfoque.



La mejora del liderazgo en estos apartados proviene de las mejoras de las habilidades personales de los líderes y de la mejora del mismo sistema. Las fuentes de aprendizaje utilizadas en este criterio han sido las descritas, **fundamentalmente formación y benchmarking.**

El estudio de las mejores prácticas, éstas fuentes de aprendizaje y las evaluaciones que se realicen permitirán establecer numerosas mejoras, que demuestren claramente su efectividad.

9.2.3.- Formación.

En un primer momento y para clarificar las posibilidades de la nueva forma de trabajo y de posible mejora, se realiza un pequeño taller de formación y de exposición de ideas, cogiendo como referencia uno de los procesos que se están realizando en el área de gestión.

Y para el proceso de Gestión de Lavandería – Lencería se realizó un análisis más detallado, analizando la operativa con detenimiento y estableciendo un diagrama de flujo de actividades consensuado con los principales responsables implicados. Además se identificaron los posibles indicadores que recogieran la información más importante / relevante asociada a dichas actividades. Con este análisis detallado se perseguía transmitir al equipo de trabajo cuáles son los fines últimos del enfoque a procesos para su posterior implantación en todo el Hospital.

Tras las conversaciones derivadas de dicho taller, la Dirección de Gestión nombra a unos líderes que tutelarán la extrapolación del trabajo realizado a todas las actividades implicadas.

El esquema de trabajo se desarrollará de manera que:

- Se alcancen los objetivos de la Gestión por Procesos.
- Se aproveche al máximo el trabajo realizado.
- Se implique a las personas responsables de los distintos procesos, potenciando la cualificación del personal y la creación de autosuficiencia para posteriores actuaciones del Hospital.



9.2.4.- Definición de los procesos en el CHT.

Dentro del marco Global establecido anteriormente, el C.H.T. ha realizado una identificación de los principales procesos, asociados a su actividad, en función del impacto más o menos directo sobre el usuario final, identificando los siguientes:

PROCESOS ESTRATÉGICOS

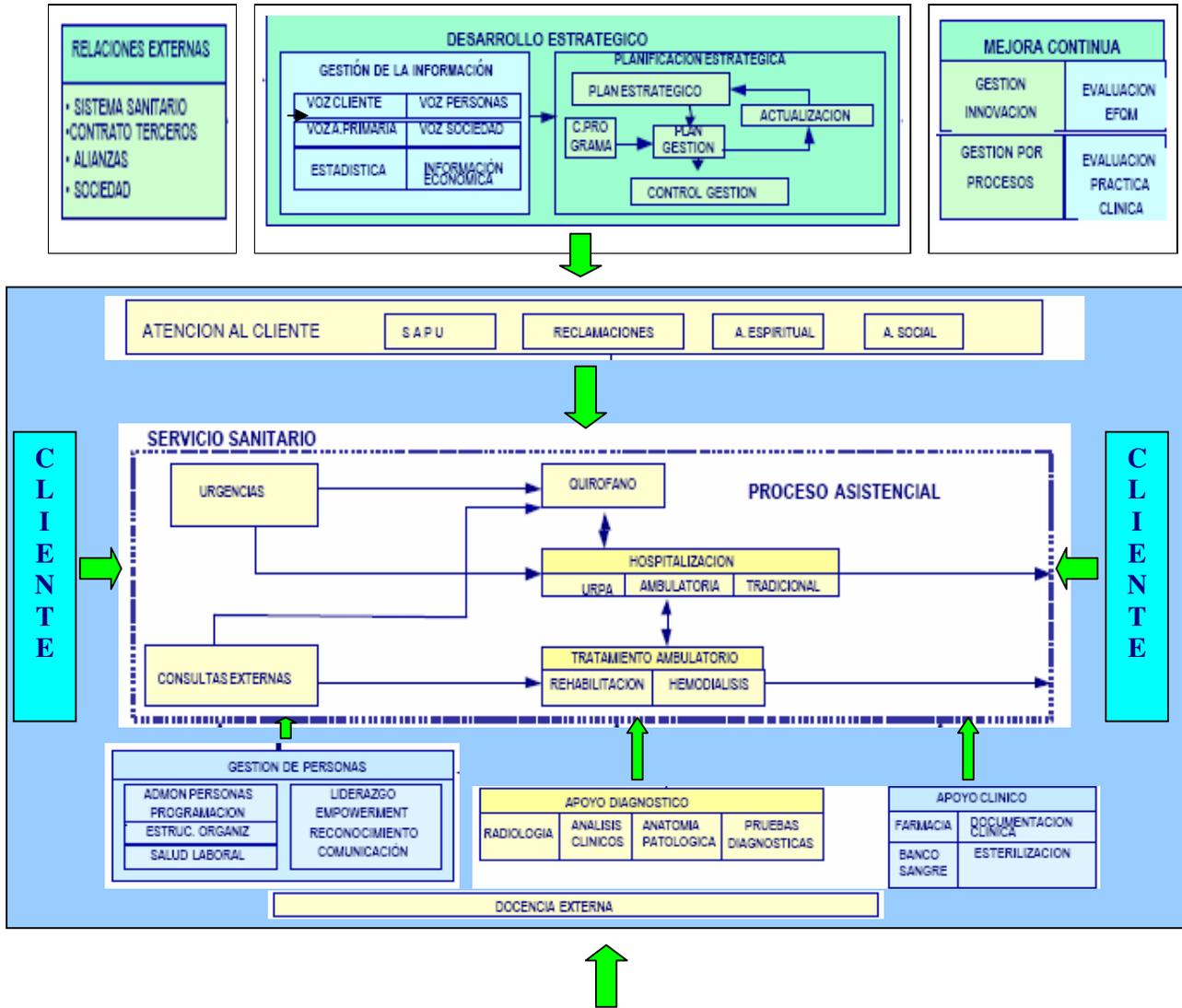
- **Gestión Estratégica**, en donde se desarrollan las funciones y responsabilidades asociadas al establecimiento del Plan de Calidad del SESCO, su revisión periódica y el modo de su implantación efectiva.

PROCESOS OPERATIVOS

- **Asistencia Sanitaria**, orientada a mejorar los niveles de salud de la población, mediante la prestación de servicios asistenciales especializados, de alta cualificación y complejidad, de acuerdo con la Cartera de Servicios autorizada y el desarrollo de iniciativas dirigidas a mejorar el conocimiento sanitario de la población.
- **Docencia**, desarrollando la formación de profesionales de las diferentes áreas de conocimiento en ciencias de la salud, con especial atención a la formación de especialistas incluidos en el Programa MIR, así como participará en la formación pre-grado de las diferentes profesiones sanitarias y relacionadas.
- **Investigación**, en su ámbito de actuación, orientados a la generación de valor para el hospital y para el conjunto del Sistema Sanitario Público.



MAPA GENERAL DE PROCESOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO





9.2.5.- Análisis de los procesos.

Cada proceso identificado será objeto de un minucioso análisis con los responsables implicados de manera que seamos capaces de poder elaborar una ficha por cada uno de ellos, en la que se incluyan los conceptos definidos con anterioridad.

Al finalizar esta fase se dispondrá de una ficha por cada uno de los procesos y subprocesos relevantes en los que se habrá establecido la sistemática de trabajo para llevar a cabo de manera correcta cada proceso / subproceso, de manera que se difunda y comparta el Conocimiento y las Mejores prácticas.

Para conseguir este hito, primero se realizará un análisis técnico con los responsables implicados en la actividad y posteriormente se realizará un ciclo de revisión / validación de la operativa definida de manera que los procesos:

Sean homogéneos los unos con los otros, dando coherencia y homogeneidad a todas las actividades de la Dirección de Gestión; para ello serán revisadas por el Coordinador para asegurar la homogeneidad entre todos los Procesos elaborados.

Tengan una validez técnica y sean coherentes con los enfoques de Dirección; para ello las fichas serán validadas por la Dirección.

PROCESOS NO ASISTENCIALES OBJETO DEL PROYECTO

- Compras.
- Mantenimiento.
- Gestión de Cocina.
- Lavandería/Lencería.
- Higiene.
- Limpieza.
- Residuos
- Gestión Económica.



- Seguridad.
- Formación continuada.

PROCESO DE COMPRAS

La misión del Servicio de Compras es satisfacer las necesidades de provisión de productos de todos los usuarios del Complejo Hospitalario de Toledo en el menor tiempo posible y con la mejor relación calidad-precio.

El Servicio de Logística debe gestionar las compras, almacenamiento y distribución de todos los productos del Hospital, incluidos los de Lencería, Mantenimiento, Farmacia, etc.

Para ello contará con la dotación de medios materiales y humanos técnicamente cualificados.

Las actividades previstas para el Servicio de Logística son:

- Catálogo de Artículos.
- Descripción técnica de artículos
- Vigilancia del cumplimiento de la normativa vigente relativa a los productos.
- Previsión de necesidades.
- Planificación de compras.
- Seguimiento de entradas.
- Recepción de mercancía.
- Almacenamiento.
- Distribución.
- Control de Depósitos.
- Atención al usuario

La Unidad Logística estará organizada de la siguiente forma:



La Unidad Central de Coordinación adscrita a la Jefatura de Servicio que realizará las siguientes funciones:

- Implementar la política de compras establecida por el SESCOAM y la Dirección del CHT.
- Coordinar, dirigir y representar al Servicio.
- Promover la innovación tecnológica.
- Promover la formación del personal a su cargo y su desarrollo profesional.
- Elaborar las estadísticas e información solicitadas.

La Sección de Compras realizará las siguientes funciones:

- Análisis de consumos y negociación con los usuarios para determinación de necesidades.
- Prospección del mercado.
- Actualización de Marketing
- Atención al usuario y proveedores reclamando las entregas pendientes y solucionando incidentes respecto de las compras realizadas.
- Preparación de Expedientes de compra para su envío a la Unidad de Contratación cuando hayan de tramitarse Concursos Públicos o Procedimientos Negociados.
- Negociación de las programaciones y fechas de entrada de productos no almacenables
- Análisis y validación de pedidos realizados por los usuarios.
- Gestión y control del Plan de Inversiones.
- Evaluación de las propuestas de inclusión de nuevos productos y tramitación para su aprobación por la Comisión.
- Seguimiento de los nuevos productos.
- Mantenimiento del Catálogo de artículos.



La Unidad Técnica tendrá las siguientes funciones:

- Elaboración de Pliegos de Prescripciones Técnicas para Expedientes de Compra.
- Revisión y evaluación de documentación técnica.
- Recepción de muestras, distribución y seguimiento de informes emitidos.
- Asesoramiento al usuario sobre utilización de productos.
- Estudios de adecuación de productos para su máxima efectividad.
- Seguimiento y solución de reclamaciones de productos defectuosos.
- Asesoramiento en las Mesas de Contratación.

La Sección de Almacén tendrá encomendadas las funciones:

- Recepción, depósito y distribución de los bienes muebles y fungibles.
- Control de calidad en la recepción de productos.
- Comprobación de la existencia de pedido antes de la recepción.
- Gestión de agenda de transporte de proveedores y transportistas.
- Registro de entradas
- Clasificación de productos.
- Desembalaje, envasado y etiquetado.
- Gestión de ubicación en almacén.
- Ubicación de productos almacenables.
- Pactos de stocks con los usuarios.
- Organización y planificación del transporte a los distintos puntos de consumo.
- Preparación de pedidos
- Validación de salidas
- Transporte de pedidos a los puntos de consumo



- Ubicación de mercancía en dichos puntos
- Tramitación de devoluciones por incidencias
- Gestión de stocks en Almacén General y almacenes periféricos.
- Realizar los pedidos de reposición de stocks.

El marco de referencia, al cual debemos ceñirnos, es la Ley de contratos del Estado, debiendo garantizar que las gestiones realizadas cumplen sus requisitos legales. Su desarrollo establece diferentes procedimientos de compra que tenemos que aplicar en función de su importe. Para realizar la asignación del tipo de procedimiento a emplear para el cumplimiento de los preceptos legales en las adquisiciones a realizar a lo largo del año, nos basamos en el volumen económico de compra. Para ello se elabora un informe relativo a las adquisiciones realizadas a lo largo del ejercicio anterior identificando aquellas que en función de la clasificación de materiales no han cumplido los preceptos legales.

El órgano competente para la ejecución de las compras es la Mesa de Contratación del hospital, constituida por un presidente, un secretario y dos vocales que proponen la resolución de las adjudicaciones de compras tras su análisis.

Los tipos de contrato administrativo a través de los cuales se ejecutan las compras son:

- Compra directa o contrato menor.
- Procedimiento negociado: consulta y negociación con al menos tres empresas.
- Procedimiento abierto o concurso público.

Las condiciones de compra se establecen en función de las necesidades del servicio, las diferentes ofertas y la comparación, en la medida de lo posible, de precios con otros hospitales de similares características.

La evaluación de proveedores como criterio para la decisión de compra es un criterio que va implícito y se valora en los concursos, especificando en cada uno de ellos los criterios más adecuados para el tipo de compra.

La gestión de compras se realiza de una forma sistemática, existiendo circuitos establecidos y normalizados para su desarrollo y soportados en el sistema informático, que permite su integración con el resto de procesos económico-financieros



El 100 % de las compras del hospital se realiza de forma sistemática mediante alguno de estos procedimientos, dependiendo la elección del importe de la compra.

Al igual que en el proceso de contabilidad, en el proceso de compras se evalúa y revisa externamente a través de las auditorías efectuadas desde el Tribunal de Cuentas e Intervención. En función de los resultados obtenidos por estos informes se toman las acciones correctoras oportunas.

Además de los mecanismos descritos hemos se incluirán otro sistemas de evaluación del proceso: las encuestas a proveedores. A través de estas encuestas tratamos de conocer la opinión de nuestros proveedores para, una vez tomadas las acciones correctoras oportunas, satisfacer, en la medida de nuestras posibilidades, sus necesidades.

GESTIÓN DE ALMACENES

En relación al área de almacenes la planificación se lleva acabo en varios ámbitos:

- Planificación de las necesidades de compra de materiales a primeros de año, pactando con los proveedores las entregas periódicas a realizar a lo largo del ejercicio.
- Planificación de los recuentos de inventario anuales.
- Planificación de los pactos anuales de pedido o de consumo con los servicios.

El esquema seguido en este proceso es el siguiente:

- 1) Detección de las necesidades de compra y planificación de las coberturas. Para pactar con los proveedores las entregas periódicas, el responsable de almacén debe realizar previamente un análisis de productos, diferenciando la parte de materiales susceptibles de ser programados según consumos históricos, de aquellos que se van comprando en función de las necesidades detectadas. La realización de la compra planificada se ha visto facilitada por la incorporación del sistema informático. Esta programación de pedidos está implantada en el 30% de los consumos aproximadamente, y se aplica al 100 % de los materiales programables.

Para optimizar la gestión del almacén se llevan a cabo acuerdos, denominados pactos de consumo, entre los responsables de servicio y las supervisoras de las diferentes unidades del hospital sobre las cantidades a suministrar en base a una periodicidad previamente marcada. Estos pactos son revisados cíclicamente y ajustados en función de los cambios



producidos por las nuevas necesidades. Estos pactos cubren el 80 % del movimiento de materiales, estando dentro de ellos todos los volúmenes significativos.

- 2) Control de stocks e inventarios para ajustar el programa de planificación de necesidades. Actualmente se realizan inventarios rotatorios al 100 % de los materiales, y para su ejecución se define un calendario anual de recuentos en función de la clasificación ABC de materiales.

Conscientes del gasto que supone la inmovilización de los materiales el Equipo Directivo en la evaluación realizada con el gestor de Almacén se decidió incluir como objetivo del Plan de Gestión la disminución de este stock y el incremento de su rotación.

- 3) Control de entradas y salidas de materiales. Este control se lleva a cabo con el 100 % de los materiales del almacén. Todos estos movimientos están soportados en el sistema informático e integrados con el resto de procesos económico financieros. Este proceso se evalúa por parte del Equipo Directivo y de su propietario.

GESTIÓN DEL MANTENIMIENTO

Su objetivo es el mantener el edificio, los equipos y las instalaciones del hospital en las óptimas condiciones para que su funcionamiento sea el adecuado.

La organización de este servicio se planifica en base a dos planes de acción diferenciados, una vez analizada la viabilidad de su realización por parte del responsable del Servicio de Mantenimiento:

- A través de los recursos propios del hospital (personal, maquinaria materiales, instrumental, etc.). Tal es el caso de las pequeñas obras o reparaciones, pintura, ...
- Mediante recursos ajenos, en aquellos casos en los que los propios del hospital no son suficientes, cuando se precisa personal técnico especializado o cuando la normativa legal así lo exige.

La gestión del mantenimiento se encuentra dividida en dos subprocesos con gestores y circuitos diferenciados: mantenimiento preventivo y correctivo. La complejidad y el coste del equipamiento clínico, así como la necesaria seguridad de las instalaciones, inciden en la mayor importancia del mantenimiento preventivo, existiendo un plan de instalaciones generales y contratos con empresas especializadas para su desarrollo, especialmente en electromedicina.



En función de las necesidades detectadas en cada caso, desde el Servicio de Mantenimiento se define los planes de mantenimiento preventivo a realizar y se llevan a cabo en función de unos parámetros previamente definidos:

- Recursos que se necesitan y activo que se va a mantener
- Frecuencia del mantenimiento
- Proceso y pasos a seguir definidos

El mantenimiento correctivo se realiza en base a las demandas o necesidades de los servicios, con un protocolo previamente definido de notificación y órdenes de trabajo, en el que se valoran las principales variables y se recoge en soporte informático para poder realizar una valoración y un seguimiento más detallado. La ejecución de todas las actividades (preventivas y correctivas) se realiza mediante las órdenes de trabajo correspondientes, que una vez finalizadas y cerradas se registran en el módulo de mantenimiento del programa informático.

Este proceso está integrado con otros:

- Compras : adquisición de equipos
- Almacenes : recepción de equipos
- Contabilidad : amortizaciones de equipos
- Tesorería/facturación/cobros : bloqueo de facturas
- Procesos asistenciales : adecuación de instalaciones para mejora del servicio

Esta metodología cubre el 100 % de las actividades de mantenimiento necesarias. El 100 % de equipos e instalaciones del hospital están bajo mantenimiento, y el 100 % de equipos vitales de electromedicina bajo mantenimiento preventivo.

ADECUACIÓN DE ESTRUCTURA

La realización de obras y la compra de inversiones están condicionadas por el presupuesto de inversiones anual. Este presupuesto se divide en inversiones estratégicas, adjudicadas y realizadas por la Organización Central, e inversiones en obras o equipamientos con fondos disponibles en el presupuesto de inversiones del hospital. A partir de los planes de necesidades del hospital y de la información obtenida en las reuniones con los servicios, el Equipo Directivo planifica y prioriza anualmente las necesidades de inversión, basándose en la



estrategia, el Plan de Gestión anual y las necesidades propias de cada servicio. En el caso de las inversiones adquiridas desde el propio hospital, tras solicitar desde el Departamento de Compras o Mantenimiento diferentes presupuestos, la Dirección Económica, asesorada en la mayoría de los casos por la Gerencia, Dirección Médica, Dirección de Enfermería y mandos o gestores de proceso, da el visto bueno a la realización de inversiones o a la ejecución de obras, llevándose posteriormente desde el Departamento de Compras o Mantenimiento un seguimiento y control de su situación.

Este tratamiento afecta el 100 % de las inversiones que se realizan desde el hospital.

GESTIÓN DE COCINA

Es la Unidad que se encarga de todo el proceso que va desde la recepción y almacenamiento de las materias primas, a la preparación, elaboración, condimentación, emplatado, y distribución de los alimentos a todas las Unidades Asistenciales que lo precisan. Incluye también la retirada, eliminación de residuos y el lavado del menaje y carros. Su objetivo será el de suministrar una alimentación agradable, a la temperatura adecuada, acorde con los gustos del usuario y que contribuya al confort y a la recuperación de la salud.

La Cocina está centralizada y se provee de todos los componentes necesarios para la distribución más óptima, sencilla, rápida y eficaz de los alimentos.

GESTIÓN DE LAVANDERÍA / LENCERÍA

La gestión de compras, distribución y recogida de ropas se realizará coordinada con el resto de Centros del Complejo Hospitalario de Toledo.

La lencería se encargará de la gestión de compras, distribución y recogida de ropas, establecerá un sistema de control del circuito de ropa. Dispondrá de una zona de trabajo centralizada que incluye el almacén central de ropa del Hospital, y opcionalmente almacenes periféricos en cada Unidad Asistencial para el mantenimiento de las existencias necesarias de acuerdo con las necesidades que se establezcan.

GESTIÓN DE LIMPIEZA

La función del Servicio será garantizar los objetivos de mantenimiento de las condiciones de higiene y limpieza del edificio que el hospital necesita, aplicando para ello las técnicas adecuadas a cada una de las diferentes áreas hospitalarias.



El servicio de limpieza estará sujeto a régimen de contratación externa, precisando espacios centralizados y otros descentralizados en todas las áreas del Hospital.

GESTIÓN DE RESIDUOS

La necesidad detectada de llevar a cabo una adecuada gestión de los residuos generados en el hospital se concretó inicialmente en la elaboración de un Plan de Residuos del Hospital. En este documento se unifican los conceptos, criterios y medios necesarios para llevar a cabo una correcta generación, clasificación, tratamiento y eliminación de los residuos producidos, informando al personal del hospital implicado, manteniendo unas adecuadas condiciones ambientales de trabajo y disminuyendo el volumen final de los mismos, además de clasificarlos mejor para proteger el medio ambiente. La clasificación de los residuos generados por las actividades sanitarias del hospital, según el decreto 76/2002, y su gestión se especifica en la ficha de proceso desarrollada.

El seguimiento de la gestión de residuos conlleva un control sistemático de su gestión por parte del gestor. La separación y clasificación de los residuos en cuatro grupos, con el consiguiente tratamiento diferenciado está implantado en el 100% de los servicios del Hospital.

GESTIÓN ECONÓMICA

La misión del macro-proceso gestión económica consiste en:

- 1) Garantizar mediante una adecuada planificación y control la existencia y optimización de los recursos económicos para que el hospital pueda cumplir los objetivos previamente establecidos. Indicador: equilibrio financiero.
- 2) Suministrar y elaborar la información económica para una adecuada toma de decisiones que permita lograr los objetivos definidos. El cumplimiento de estos objetivos queda reflejado en los indicadores parciales de los procesos, que contribuyen a su consecución.

En función de esta nueva situación, en el ámbito de la gestión de recursos económicos y financieros y para desarrollar la estrategia del hospital y alcanzar los objetivos establecidos la Dirección de Gestión definió cinco procesos fundamentales:

Todos los procesos están documentados, disponen de indicadores de medición, de un responsable de su mejora y se gestionan con la metodología desarrollada



El objetivo de la gestión de la tesorería es el de garantizar la disposición de los fondos suficientes, mediante una adecuada gestión de cobros, para afrontar los pagos a proveedores y personal a medida que los plazos van venciendo. Existe un Acuerdo entre la Administración de la Comunidad Autónoma y las entidades financieras operantes, en el cual se relacionan las entidades y las condiciones pactadas. Este acuerdo establece diversas limitaciones en cuanto a entidades con las que trabajar, número de cuentas contables, prohibición de disponer libremente de los fondos y prohibición de endeudamiento. Analizada esta situación, el ED consideró innecesaria la definición de una gestión de riesgos o de excedentes por las limitaciones anteriormente mencionadas, ya que el único riesgo posible sería motivado por el retraso en el pago de la factura de Contrato Programa por parte de la Dirección Territorial.

La asunción de la gestión de tesorería supuso el estudio previo de las cargas de trabajo que esto suponía, la planificación de su puesta en marcha, el recibir la formación adecuada y la definición de los soportes documentales necesarios.

Se están realizando el 100% de los pagos a proveedores vía órdenes informáticas generadas desde el propio sistema contable. Asimismo, desde este momento el servicio de contabilidad envía información individualizada sobre los pagos y las facturas abonadas a cada uno de los proveedores. La ejecución del proceso de pago de la nómina al personal se realiza también de forma automática mediante el sistema informático contable y vía banca electrónica.

La ejecución de los cobros consiste básicamente en la conciliación de las cuentas bancarias, la carga automática de extractos bancarios y la actualización de la situación de las facturas (pendientes de pago, etc.).

La planificación de los cobros y pagos se concreta en el presupuesto de tesorería que recoge el 100 % de las previsiones anuales. Las previsiones y realización de pagos provocan el ajuste y actualización del presupuesto de tesorería. Los retrasos en el pago provocan un análisis para establecer las medidas correctoras necesarias.

El objetivo de la facturación/cobro consiste en la identificación de la actividad facturable, la emisión de las facturas correspondientes y su reclamación y cobro. Afecta al 100% de la facturación del Contrato Programa y de Terceros .

Existen indicadores (no existencia de reclamaciones de personal del hospital o de proveedores por retrasos en el cobro) para controlar que el grado de cumplimiento del proceso de gestión de tesorería es el adecuado. Al tratarse de un sistema muy estandarizado las posibilidades de mejora son muy escasas aunque si se ha producido algún ajuste: fruto de las



evaluaciones realizadas por el propietario del proceso se ha aumentado la frecuencia de pago a proveedores.

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD

La misión de la Unidad de Seguridad es proporcionar un espacio hospitalario y un entorno seguros para el Complejo Hospitalario de Toledo, utilizando medidas de protección de sus ocupantes y de su patrimonio, con medios humanos, técnicos y de formación adecuados, ante situaciones de riesgo o de posibles catástrofes.

Las funciones primordiales del Servicio de Seguridad serán:

- Garantizar la seguridad de los pacientes, familiares y trabajadores :
- Mantener las instalaciones con arreglo a la legislación vigente
- Protección del patrimonio
- Atención a los usuarios y a los empleados en materia de seguridad
- Formación ante emergencias.
- Prepara al hospital para una sectorización y evacuación
- Centralización de alarmas técnicas y coordinación de protocolos
- Programación electrónica o control de llaves, en accesos restringidos.
- Establecer las relaciones necesarias con los equipos externos de emergencia y las fuerzas del orden público.
- Control de accesos de vehículos.
- Controlar los niveles de ocupación del recinto.

Para ello el Servicio de Seguridad contará con:

- Empresa de seguridad privada contratada que aportará personal especializado y cumplirá unas especificaciones de actuación.
- Medios técnicos que servirán de apoyo a los medios humanos para poder desarrollar su labor.



Todo ellos con una adecuada coordinación y gestión que permita obtener la máxima eficacia de los recursos disponibles para que la misión de protección a las personas y el patrimonio sea efectiva.

FORMACIÓN CONTINUADA

La formación es un factor de gran importancia en nuestro hospital, y se desarrolla de forma continua tanto de forma teórica como práctica en el desempeño del puesto de trabajo. La captación de necesidades de formación provienen de tres fuentes: las derivadas del Plan Estratégico y del Plan de Gestión, aquellas captadas por los diferentes servicios del hospital para mejorar el desempeño, y las específicas de los profesionales para su trabajo.

Las necesidades que se derivan de la estrategia son planificadas y puestas en marcha por los directivos y las otras dos vías por la Comisión de Biblioteca y Docencia.

La Organización Central también impulsa el desarrollo de planes de formación, a través del Servicio de Formación Continuada, para todos los centros de la red, tomando parte el hospital en dicha planificación.

La Comisión de Biblioteca y Docencia está formada por directivos, facultativos, enfermeras, personal no sanitario y médicos en formación. Esta comisión está dotada de una normativa de funcionamiento interno y los acuerdos tomados se recogen en actas que están disponibles en la Intranet. La comisión dispone de un presupuesto propio aprobado por el Equipo Directivo, establece y aprueba las prioridades de formación, los cursos y actividades a desarrollar durante el año, los docentes más adecuados, el calendario de trabajo y realiza la evaluación de la docencia impartida.

Los planes de formación se desarrollan mediante la impartición de cursos teórico-prácticos programados para todas las áreas de interés para el hospital, abarcando tanto áreas asistenciales como de gestión, calidad, informática, mantenimiento o administrativas.

La elección de los docentes se realiza en función de su idoneidad, y en aquellos cursos organizados en el hospital se alienta la participación de los propios profesionales como estímulo a la implicación y como mecanismo de reconocimiento.

En los casos en que no se dispone de una oferta formativa ni en el hospital ni en la Organización Central, se selecciona la oferta externa más adecuada, financiando su realización. En todos los cursos se asume el coste de las horas sustituidas en caso de ser necesario. Las convocatorias de los cursos se comunican con antelación a los interesados y está disponible en la Intranet. Los cursos contienen una descripción de los objetivos, requisitos,



materias, docentes y una ficha de inscripción. La selección de los asistentes se realiza en función de las líneas priorizadas y de la utilización de la formación como mecanismo de promoción y reconocimiento. Los cursos realizados disponen de una evaluación final cuyo análisis permite la incorporación de mejoras en las siguientes convocatorias.

Algunos cursos de la Organización Central se imparten en el hospital, lo que nos sirve para mejorar nuestros medios técnicos y favorecer el intercambio de experiencias y conocimientos con profesionales de otros centros.

9.2.6.- Documentos clave: elaboración de las fichas de proceso.

Para la elaboración de estos procesos, el CHT. ha realizado un análisis los mismos, basándose en distintos documentos contemplados en el Sistema de Gestión, los requisitos y criterios aplicables a cada uno de ellos, de manera que en todo caso estén definidos los criterios de actuación, así como las funciones y responsabilidades asociadas a los mismos para que éstos se desarrollen conforme a los establecido en el Plan de Calidad del SESCAM y se alcancen los objetivos previstos en el mismo.

Igualmente el Hospital tiene determinados los métodos y criterios para asegurar el funcionamiento efectivo y el control de los procesos, así como la disponibilidad de la información necesaria para apoyar el funcionamiento efectivo y el control de los mismos.

Como forma de implementar y hacer visible los procesos definidos, la organización ha establecido e implantado un sistema de gestión Integrado, desarrollando los documentos de gestión necesarios para mantener bajo control los distintos procesos definidos. Uno de estos documentos es la Ficha de procesos.

Relación de Fichas de Proceso , elaboradas como resultado del análisis efectuado:

- } FP Gestión de Compras.
- } FP Gestión del Mantenimiento.
- } FP Gestión de Cocina.
- } FP Gestión de Lavandería/Lencería.
- } FP Gestión de Limpieza.
- } FP Gestión de desinsectación y desratización.
- } FP Gestión de Residuos.



- } FP Gestión de la Formación Continuada.
- } FP Gestión de Pagos.
- } FP Gestión de Ingresos.
- } FP Gestión de la Seguridad en el C.H.T.

9.2.7.- Establecimiento de indicadores.

La gestión por procesos permite a las organizaciones actuar de manera más efectiva y eficiente cuando sus flujos de actividades clave se comprenden, se gestionan y se miden de manera uniforme y sistemática. Este hecho cobra especial importancia en organizaciones que gestionan y controlan múltiples centros de prestación de servicios, ya que las decisiones relacionadas a las operaciones en vigor y las mejoras planificadas se deben adoptar a partir de información procedente de un entendimiento común por los diferentes centros (de prestación de servicios) de los procesos ejecutados y de los indicadores asociados. Por ello, consustancial e indivisible al establecimiento de un Mapa de Procesos, debe asimismo definirse el Cuadro de indicadores asociado al mismo, es decir, asociado a los procesos y subprocesos que dicho Mapa contiene. Este planteamiento genérico creemos es plenamente aplicable a la Dirección de Gestión y por tanto necesariamente en esta fase se centra en el análisis y definición de los indicadores asociados a cada proceso / subproceso del Mapa de Procesos, indicadores que tipifiquen tanto su buen comportamiento como los resultados del objetivo asignado a cada uno de ellos.

Lógicamente, se deberá tener en cuenta la adecuación de los sistemas de información disponibles para la medida de los indicadores definidos.

El conjunto de indicadores así definido, contrastado, consensuado y validado formara el Cuadro de Indicadores de Procesos de la Dirección de Gestión

En esta fase se realizaría:

- Un análisis de la información recopilada y elaboración de un cuadro de indicadores.
- Un reuniones de análisis con los responsables de los Sistemas de Información (Dpto. Informática) y con la Dirección para –primero analizar la factibilidad de los indicadores propuestos y-segundo- su validación.

9.2.8.- Puesta en operación.



Una vez analizados todos los procesos de la Dirección de Gestión y formalizados en los correspondientes documentos definidos con anterioridad, los indicadores establecidos deben de empezar a generar información, por lo que durante un período de tiempo se tutelará el correcto funcionamiento tanto de los indicadores establecidos como de la sistemática asociada para el análisis de la información obtenida, asegurando que la información pertinente llegue a los foros adecuados.

Dentro de esta fase se potencia la difusión y uso de las herramientas mediante:

- La **implicación del personal**, tanto para difundir las herramientas desarrolladas con el Sistema como para aprender de la experiencia obtenida en el rodaje de dichas herramientas en las actividades habituales, incorporándola nuevamente en el Sistema, consiguiendo de esta manera que el Sistema documental coincida plenamente con el día a día de la organización y satisfaga las necesidades de gestión.
- La aportación de **valor añadido**, identificando aquellas operativas que durante su rodaje se compruebe que no aportan valor añadido e identificando aquellos aspectos relevantes que en fases anteriores no fueron incorporados en el Sistema
- La detección, y consiguiente corrección, de los errores y sus causas, que pudieran surgir como consecuencia de la puesta en marcha del Sistema.
- El pertinente **entrenamiento** del personal en el adecuado uso de las herramientas desarrolladas de manera que se maximice la aportación del Sistema a la Organización y se genere la **autosuficiencia** necesaria para que la Dirección de Gestión sea capaz de gestionar y mantener en un futuro su propio.
- La implantación en la operativa real de la organización de la documentación generada se realizará en la medida de lo posible paralelamente a la aprobación de la misma.

Esta implantación real constituye el núcleo central del proyecto.

9.2.9.- Análisis y mejora.

Para finalizar el proyecto, proponemos la realización de una auditoría del Sistema de Gestión desarrollado. Con esta auditoría interna se pretende:

- Detectar los puntos que presenten alguna dificultad en la implantación y buscar, entre todas las partes implicadas, la mejor solución. El Instituto de la Calidad asesorará y verificará la implantación y efectividad de las acciones correctoras tomadas,



convocándose a cuanto personal de la empresa se considere necesario para el desarrollo de la fase.

- Familiarizar, de modo práctico y real a futuros auditores internos con la mecánica habitual de las auditorías.

A la finalización de la auditoría, esta debe de proporcionar a la organización un informe en el cual se reflejarán:

- Los incumplimientos del Sistema detectados (no conformidades).
- Las oportunidades de mejora identificadas o los posibles riesgos de sistema detectados (observaciones).

9.2.10- Resultado de la gestión.

Como complemento al análisis de los procesos efectuado, el Hospital establecerá un Cuadro de Mando Integral en donde están identificados los indicadores que aportan información sobre la bondad de los distintos procesos establecidos en la organización.

La gestión de dichos indicadores, así como el tratamiento de la información asociado por las funciones pertinentes está desarrollado en cada una de las Fichas de Proceso correspondiente.

En cada una de las Fichas de Proceso se ha establecido el indicador que permita hacer el seguimiento de la bondad de los procesos, habiéndose definido, para cada caso, los límites aceptables para cada proceso, dentro del cual se considera que cada proceso está alcanzando los resultados planificados previamente para cada proceso. Si en algún momento el indicador indicara que el proceso no está bajo control, se tomarían las medidas correctoras oportunas.

Para ello, periódicamente la información aportada por estos indicadores es analizada por los Jefes de Servicio responsable de cada proceso quienes, en función de los resultados obtenidos, adoptan las acciones correctivas o preventivas que procedan para la consecución de los objetivos de Gestión previstos.

Asimismo, la Dirección del C.H.T. tiene acceso a toda la información de los procesos aportada por los indicadores, de manera que, cuando lo estimen oportuno, pueda realizarse el seguimiento para comprobar / analizar si los procesos no asistenciales están alcanzando los objetivos previstos.

9.2.11.- Documentación.



La descripción y evaluación de los procesos cuenta con un soporte documental y está disponible en la Intranet, actualizándose cuando se producen cambios en la misma (proceso Gestión por Procesos). Así mismo los protocolos de asistencia y los manuales de procedimiento de los procesos se encuentran disponibles y actualizados.

Todos estos sistemas, cuentan con un soporte informático gestionado según mediante el proceso Informática cuyo objetivo es asegurar la integridad, estructura, fiabilidad y acceso para todos los profesionales que lo requieren. Así mismo el proceso gestiona el mantenimiento, la formación necesaria y la integración de los sistemas acceder a herramientas informáticas muy potentes y apoyarnos en las guías metodológicas.

Para garantizar la seguridad de la información se utilizan los sistemas de protección antivirus diarios, se realizan sistemáticamente copias de seguridad diarias, semanales y mensuales, tanto en el ámbito de red local como por la unidad central con las normas correspondientes de almacenamiento y custodia, y el sistema está protegido ante cortes o fluctuaciones de la red eléctrica (UPS).

Dada la sensibilidad de los datos que manejamos el sistema asegura la confidencialidad mediante claves de acceso que se cambian periódicamente y registros de acceso a la información sensible que permite su trazabilidad.

Los documentos del Sistema de Gestión por Procesos establecidos son los siguientes:

- ⊖ **Manual de Gestión**, es el documento que describe el sistema de gestión de los procesos establecido en el C.H.T.
- ⊖ **Fichas de Procesos**, en donde se recoge, para cada uno de los procesos no asistenciales identificado, los criterios de actuación, las responsabilidades asociadas y los indicadores empleados para analizar la bondad de los procesos.
- ⊖ **Procedimientos**. Son documentos derivados de las Fichas de Procesos en donde se detallan actuaciones concretas relacionadas con cada proceso en cuestión.
- ⊖ **Instrucciones de Trabajo**. Son documentos que explican detalladamente cómo realizar una determinada actividad. Son documentos de mucho detalle orientados a facilitar la comprensión de la actividad que analizan a los destinatarios de dichas Instrucciones
- ⊖ **Documentación Técnica Asociada**. Esta constituida por todos aquellos documentos que se generen como consecuencia de las actividades descritas en la



Ficha de Proceso y puede tomar distinta forma en función del contexto de su utilidad. Ej.: Especificaciones Técnicas, Protocolos, etc.

- Ø **Formatos**, constituidos por los distintos impresos en los que se registrarán las evidencias derivadas de la ejecución de una determinada actividad. En cada documento se especificará su utilización.

9.2.12.- Comunicación y divulgación en la organización.

El C.H.T. ha articulado una página WEB en la que se encuentran actualizadas todas las fichas de procesos vigentes para su consulta.

La modificación de estos documentos sólo estará autorizada el responsable de calidad del C.H.T.

Los indicadores resultado de la gestión estarán disponibles para la dirección en modo automático, transfiriendo los datos desde cada uno de los servicios. Lógicamente la transferencia de datos implicará una actualización de la fecha de la misma que será presentada en el formato para la lectura.

Las incidencias hacia los diferentes servicios, percibidas por el cliente final, podrán ser recogidas a modo de quejas o carencias, como resultado del servicio ofrecido. Se podrán proponer sugerencias de mejora sobre alguna actividad concreta de cada unos de los procesos.

Estas deberán ser evaluadas y contestadas al remitente, corrigiendo si procede, el proceso, con el fin de provocar la mejora continua de los resultados.

Al mismo tiempo el propio servicio deberá llevar un control interno de incidencias, para su control y estudio, siendo reflejadas dichas incidencias en los indicadores obtenidos del proceso.

La documentación que se ha desarrollado intenta controlar todas las fases de la técnica de Gestión por Procesos y permitirá en el futuro poner en práctica las necesarias mejoras en las actividades desarrolladas.

9.2.13.- Gestión de incidencias y calidad percibida

Se establecerá una metodología de elaboración de encuestas, a las que denominaremos voz del cliente, en las que se pretenderá recoger el resultado sobre la eficacia



y calidad de los procesos. Estas, junto al programa de registro de incidencias, y los indicadores de los propios procesos, pondrán en funcionamiento la metodología de mejora.

Se establecerá un sistema de registro de incidencias aprovechando la red informática, de tal forma que pueda existir un procedimiento rápido e interactivo y disponer de una herramienta de control de los procesos, con la intención de detectar por otro procedimiento la calidad percibida por los clientes más directos de los procesos de gestión.

El sistema se basará en una herramienta informática implantada en el sistema de Intranet, con la que cualquier usuario con capacidad de acceso a la red local puede registrar su no conformidad con alguno de los productos o servicios recibidos.

El diseño del programa consta de varias pantallas en las que se irá introduciendo determinada información:

PANTALLA 1

NUEVAS INCIDENCIAS



Elegir el tipo de proceso objeto de la incidencia:

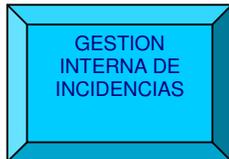
- **Oficina Técnica**
- **Seguridad**
- **Compras/Suministros**
- **Cocina**
- **Lavandería**
- **Lencería**

Se podrá consulta las incidencias ya registradas por el número de la misma.





El propietario del proceso tendrá acceso a la pantalla de gestión de incidencias, para poder explotarlas.



- **Oficina Técnica**
- **Seguridad**
- **Compras/Suministros**
- **Cocina**
- **Lavandería**

PANTALLA 2

El gestor del proceso, podrá analizar y gestionar la incidencia recibida en el sistema. A modo de ejemplo, se indica el tratamiento de una incidencia de seguridad.

REGISTRO DE INCIDENCIAS DE SEGURIDAD

- Generar automáticamente fecha y hora

NUEVA INCIDENCIA

(Menú desplegable)

Seleccione tipo de incidencia

- **Vigilantes de seguridad**
 - Trato personal
 - Desempeño laboral
 - Presencia/Imagen
- **Situaciones de riesgo en edificios/instalaciones**
 - Robos/hurtos
 - Agresiones
 - Peligro de Incendio
 - Mal uso de instalaciones
 - Alteración del orden/normas de comportamiento

*Generar contador por tipo de incidencia



PANTALLA 3

Describa de forma clara y concreta la incidencia detectada **CAMPO OBLIGATORIO.**

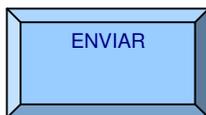
Sugiera la forma de solucionar la incidencia (Optativo)

Servicio:..... (CAMPO OBLIGATORIO)

GFH:.....

Ext. Telefónica:..... (CAMPO OBLIGATORIO)

Mensatel:.....





PANTALLA 4

Información automática generada por el programa:

“Su número de incidencia es.....(Consérvelo).

Puede consultar el estado de su incidencia en la Página de inicio del Registro de Incidencias.

PANTALLA 5

(CONSULTA DE INCIDENCIAS REGISTRADAS)

Introduzca el número de incidencia:.....

Estado de su incidencia: (Respuesta)

- Pendiente
- Resuelto
- Inviabile

PANTALLA 6

Las incidencias deberán ser gestionadas por el responsable, indicando las medidas que se han tomado.

(GESTIÓN INTERNA DE INCIDENCIAS)

Nº Incidencia	Tipo	Fecha/Hora	Descripción	Sugerencia	Servicio/Peticionario
					

-  Sin resolver
-  Resuelto
-  Inviabile

Se pincha en número de incidencia

MEDIDA CORRECTIVA (elección del responsable).

- Servicio de Seguridad
- Servicio de Seguridad Privada
- Proveedores



- Servicio de Mantenimiento
- Dirección/Servicio de Seguridad

ACTUACIÓN

Parte de trabajo		<input type="checkbox"/>	
Consulta presupuestos		<input type="checkbox"/>	
Pendiente de aprobación		<input type="checkbox"/>	
Aprobado		<input type="checkbox"/>	Genera fecha automática
En ejecución		<input type="checkbox"/>	
Resuelto		<input type="checkbox"/>	Genera fecha automática y color verde
Solución inviable	Técnica	<input type="checkbox"/>	
	Económica	<input type="checkbox"/>	Genera fecha y color amarillo.

PANTALLA 7

CUADRO DE INDICADORES

Nº total incidencias registradas:

- Resueltas:
- Pendientes:
- Inviabiles:

Periodicidad:

- Mensual.
- Acumulado anual.
- Total anual.

Nº incidencia por Tipo:

- Resueltas
- Pendientes
- Inviabiles

Tiempo medio de resolución:

Nº resueltas/ nº registradas general y por tipo de incidencia: