



PROGRAMA FIDES-AUDIT

SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAS CERTIFICACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

UNIVERSIDAD DE VIGO

FACULTAD DE DERECHO

(Campus de Ourense)

DATOS DEL CENTRO AUDITADO		
Universidad	UNIVERSIDAD DE VIGO	
Centro	Facultad de Derecho (Campus de Ourense)	
Alcance de la auditoría <i>(especificar cualquier posible exclusión)</i>	Títulos oficiales de grado y máster	
Representante de la institución auditada	Nombre	Marta Fernández Prieto
	Cargo	Decana de la Facultad

DATOS DE LA COMISIÓN DE EVALUACIÓN (Responsables de la Auditoría de Certificación de la Implantación del SGC)			
Auditor Jefe	Laureano González Vega	Institución	Universidad de Cantabria
Auditora	Marta González Moldes	Institución	Trillium Consultores
Estudiante	Marta López López	Institución	Universidad de Vigo
Técnico ACSUG	María Dolores Castro Pais		
Fechas auditorías externas	6 de mayo de 2014 2 de junio de 2015		
Fecha emisión informe de auditoría	26 de junio de 2015		
Fecha envío Plan de Propuestas de Mejora	16 de junio de 2015		
Fecha emisión informe de seguimiento del Plan de Mejoras	20 de noviembre de 2018		

JUSTIFICACIÓN

Cumpliendo lo establecido en el apartado *5.10 Seguimiento y renovación del certificado* de la *Guía para la certificación de la implantación de los Sistemas de Garantía de Calidad* de ACSUG, la Comisión de Evaluación ha realizado una revisión de la evolución del Plan de Mejoras derivado de la certificación de la implantación del SGC en el centro.

Partiendo del Informe emitido por ACSUG el 23 de julio de 2015, la Comisión de Evaluación ha analizado el estado actual de las *No Conformidades* y cómo el centro ha abordado las *Propuestas de Mejora*, establecidas por la Facultad, que se incluían en dicho informe.

La documentación derivada de la implantación del SGC ha permitido realizar correctamente la trazabilidad entre los aspectos que necesariamente debían ser objeto de elaboración de un plan de acciones de mejora y las evidencias presentadas que demuestran que dichas acciones se están desarrollando adecuadamente.

RESUMEN GLOBAL POR CADA DIRECTRIZ	
Directriz FIDES-AUDIT	No Conf.
1.- Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad	
1.1.- Existe declaración pública y por escrito que recoja su política, alcance y objetivos de calidad actualizada	
1.2.- Se realizan acciones para la mejora continua de la política y objetivos de calidad	
1.3.- Se rinden cuentas a los grupos de interés	
1.4.- Existen evidencias que demuestran que este procedimiento se ha implantado de forma efectiva	ncm(1) ncm(2)
2.- Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos	
2.1.- Se recoge información sobre los programas formativos y se analiza	
2.2.- Se realizan acciones para la mejora continua de las actuaciones relativas a la garantía de la calidad de los programas formativos	
2.3.- Se rinden cuentas a los grupos de interés	
2.4.- Existen evidencias que demuestran que los procedimientos relacionados con esta directriz se han implantado de forma efectiva	
3.- Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes	
3.1.- Se recoge información para valorar las necesidades del centro y se analiza	
3.2.- Se realizan acciones para la mejora continua de los procesos relacionados con los estudiantes	
3.3.- Se rinden cuentas a los grupos de interés	
3.4.- Existen evidencias que demuestran que los procedimientos relacionados con esta directriz se han implantado de forma efectiva	
4.- Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico	
4.1.- Se recoge información sobre necesidades de personal académico y se analiza	
4.2.- Se recoge información sobre los resultados de su personal académico y se analiza	
4.3.- Se realizan acciones para la mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	
4.4.- Se rinden cuentas a los grupos de interés	
4.5.- Existen evidencias que demuestran que los procedimientos relacionados con esta directriz se han implantado de forma efectiva	ncm(3)
4.6.- Se ha comparado, analizado y realizado las mejoras oportunas, si fuese el caso, de la situación actual y lo incluido en la memoria de verificación de los títulos que se imparten en el centro	
5.- Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios	
5.1.- Se recoge información sobre necesidades de recursos materiales y servicios y se analiza	
5.2.- Se recoge información sobre los resultados de la gestión de recursos materiales y servicios y se analiza	
5.3.- Se realizan acciones para la mejora continua de los recursos materiales y servicios	
5.4.- Se rinden cuentas a los grupos de interés	
5.5.- Existen evidencias que demuestran que los procedimientos relacionados con esta directriz se han implantado de forma efectiva	ncm(4)
5.6.- Se ha comparado, analizado y realizado las mejoras oportunas, si fuese el caso, de la situación actual y lo expuesto en la memoria de verificación de los títulos que se imparten den el centro	
6.- Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados	
6.1.- Se recoge información sobre los resultados de aprendizaje, indicadores, inserción laboral y satisfacción de los grupos de interés y se analiza	

RESUMEN GLOBAL POR CADA DIRECTRIZ	
Directriz FIDES-AUDIT	No Conf.
6.2.- Se realizan acciones para la mejora continua de los resultados de aprendizaje, indicadores, inserción laboral y satisfacción de los grupos de interés	
6.3.- Se rinden cuentas a los grupos de interés	
6.4.- Existen evidencias que demuestran que los procedimientos relacionados con esta directriz se han implantado de forma efectiva	
7.- Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones	
7.1.- La web del centro proporciona información relevante, actualizada y de fácil acceso de cada uno de los títulos que se imparten en el centro	
7.2.- La web del centro proporciona información relevante, actualizada y de fácil acceso sobre el SGC	
7.3.- Se realizan acciones para la mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	
7.4.- Existen evidencias que demuestran que los procedimientos relacionados con esta directriz se han implantado de forma efectiva	
OBSERVACIONES:	
Se señalarán con un número correlativo las no conformidades detectadas Por cada subcriterio se podrá asignar más de una no conformidad	

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES				
Nº No Conf. (1)	Directriz AUDIT	Procedimientos afectados	Descripción	Cat. No Conf. (2)
1	1	Manual del SGC	En relación a la estructura de la Comisión de Calidad, no se puede evidenciar que la composición actual de la Comisión de Garantía de Calidad del centro responda a lo establecido en el manual en vigor (MSGIC_04), aprobado por el centro el 06.03.2015. Cerrada tras la modificación del manual, tal y como se evidencia en las actas de la Comisión de Calidad y en el Reglamento de Régimen Interno de la Facultad de Derecho.	ncm (1)
2		PE01	Si bien el centro cuenta con un programa de objetivos propio, alineado con sus líneas estratégicas, en relación a los objetivos de calidad generales establecidos de manera conjunta para los centros de la Universidad de Vigo y asumidos por éstos, se evidencia que algunos de ellos se han establecido por debajo de los ratios previamente alcanzados por este centro. Cierre parcial. Si bien se evidencia que se ha analizado la situación con detalle en el Informe de Seguimiento, no se han actualizado ni modificado las metas asociadas a los objetivos de calidad, siguiendo parte de ellas por debajo de los ratios previamente alcanzados.	ncm (2)
3	3 y 4	PE02 PA05 PA06	No se evidencia ni el despliegue ni una correcta implantación de los procedimientos PE02, PA05 y PA06 relativos al personal docente e investigador y al personal de administración y servicios, aunque la Comisión de Garantía de Calidad del centro aborde tales cuestiones.	ncm (3)

			<p>Cierre parcial. Los procedimientos PE02, PA05 y PA06 relativos al personal docente e investigador y al personal de administración y servicios han sido reemplazados por los nuevos procedimientos estructurales "PE01-P1 Xestión do PAS" y "PE02-P1 Xestión do Persoal docente e investigador PDI". Su implantación ha tenido lugar en el curso académico 2017/2018.</p> <p>En la definición del nuevo procedimiento PE02-P1 Gestión del PDI se dice que su objetivo es: "Definir a metodoloxía que permite aos centros académicos xestionar as competencias que se lle atribúen canto a xestión do PDI, isto é, a identificación das necesidades de recursos humanos e de formación continua, para mellorar a súa calidade" y en la ficha que describe este procedimiento solo se habla de la evaluación del PDI via Docentia y de las necesidades de formación del PDI pero nada de la identificación de las necesidades de profesorado. Si bien la propuesta de dotación de plazas no está en el ámbito ni de la Comisión de Calidad ni de la Facultad de Derecho, esto no debería servir de excusa para que no se analice esta cuestión por parte de la Comisión de Calidad y que esta envíe a quien corresponda su análisis y sus sugerencias. Se debe indicar aquí que si existen evidencias de que la Comisión de Calidad y la Facultad de Derecho abordan esta cuestión tal y como se precisa pero la nueva definición del procedimiento PE02-P1 no tiene en cuenta esta actuación.</p> <p>Además, en los objetivos de calidad, se dice que se ha de mejorar la cualificación del PDI medida esta mejora en términos del número de doctores o del número de sexenios de los profesores que participan en la docencia. Y nada aparece sobre esta cuestión en el procedimiento PE02-P1 por lo que es difícil saber en que procedimientos reside el tratamiento de estas cuestiones.</p> <p>Por todo ello, en futuras revisiones del SGC, se debe prestar especial atención a la adecuada definición de estos dos procedimientos y al análisis de su funcionamiento por parte del SGC del propio centro, especialmente en relación con sus objetivos de calidad.</p>	
4	4	PA07	<p>No se evidencia una correcta implantación del procedimiento PA07 respecto de la gestión de los recursos materiales, aunque el centro ha creado un documento interno para la gestión de los recursos materiales que suple dicha carencia.</p> <p>Abierta. Si bien se evidencian actuaciones por parte del centro dirigidas a garantizar la correcta gestión de los recursos materiales, sigue sin haberse aprobado el nuevo procedimiento por parte de la Universidad de Vigo.</p>	ncm (4)

- (1) Se mantendrá la misma correlación numérica utilizada en el apartado anterior
- (2) Se contemplan dos categorías de no conformidades que requieren en todos los casos un plan de acción de mejoras:
- No conformidad mayor (**NCM**).
 - No conformidad menor (**ncm**).

OPORTUNIDADES PARA LA MEJORA

1. En relación a la composición de la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad, debe ser objeto de análisis cómo se va a garantizar que la opinión de los distintos grupos de interés se encuentre representada en el seno de dicha comisión según la nueva versión del Manual de Calidad, que modifica sustancialmente la composición de la misma. En la nueva versión del Manual de Calidad no se contempla la participación de estudiantes de todos los títulos que se imparten en el centro. Se recomienda mantener la representación de estudiantes y profesorado de cada uno de los títulos que se imparten en el centro. Por otra parte, se debe abordar la renovación de la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad para que esta se adecue al nuevo manual del SGC (aprobado en marzo de 2015). **CERRADA**
2. Si bien el centro cuenta con un programa de objetivos propio, alineado con sus líneas estratégicas, en relación a los objetivos de calidad generales establecidos de manera conjunta para los centros de la Universidad de Vigo y asumidos por éstos, no se evidencia una adecuada definición de los indicadores vinculados a dichos objetivos puesto que algunos se han establecido por debajo de los valores previamente alcanzados por este centro. **CIERRE PARCIAL.**
3. Los siguientes procedimientos estructurales, puesto que están en proceso de modificación, no se han desplegado: PE02. Política de PDI y PAS; PA05 Captación, selección y formación del PDI y del PAS; PA07 Gestión de los recursos materiales. Se recomienda por lo tanto que dicha modificación y la correspondiente implantación se realice lo antes posible. **CIERRE PARCIAL**
4. Se recomienda que la aplicación informática con la que se gestiona el SGC de la Facultad sea más amigable e intuitiva para que su uso se pueda simplificar. El centro sufre este aspecto con una página web con información clara y actualizada sobre todos los aspectos relacionados con el SGC. Duplicar la información puede provocar situaciones como la relacionada con los objetivos de calidad: en la aplicación aparecen sólo los establecidos por la Universidad de Vigo sin indicadores de calidad asociados, que, sin embargo, si aparecen en la página web de la Facultad. **CERRADA**

En Santiago de Compostela, a 20 de noviembre de 2018



ACSUG
 AGENCIA para la CALIDAD del
 SISTEMA UNIVERSITARIO de
 GALICIA

José Eduardo López Pereira
 Director ACSUG
 Secretario CGIACA