



PROGRAMA FIDES-AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA INICIAL PARA LA CERTIFICACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

**UNIVERSIDAD DE VIGO
FACULTAD DE DERECHO
(Campus de Ourense)**

Fecha: 07.10.2014

DATOS DEL CENTRO AUDITADO		
Universidad	UNIVERSIDAD DE VIGO	
Centro	Facultad de Derecho (Campus de Ourense)	
Alcance de la auditoría (especificar cualquier posible exclusión)	Títulos oficiales de grado y máster	
Representante de la institución auditada	Nombre	Roberto Orlando Bustillo Bolado
	Cargo	Decano de la Facultad

DATOS DEL EQUIPO AUDITOR			
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 País	Institución	ACSUG
Fecha auditoría externa	06.05.2014		
Fecha emisión informe de auditoría	17. 07.2014		
Fecha envío Plan de Propuestas de Mejora	29.09.2014		

VALORACIÓN
<p>La Guía para la certificación de la implantación de SGIC del programa FIDES AUDIT contempla, como parte del proceso de auditoría, la posibilidad de que los centros auditados presenten alegaciones a los informes elaborados por el equipo auditor. Se asegura así la transparencia del citado proceso, dando voz a los centros auditados para puntualizar todas aquellas cuestiones que no se hubiesen presentado adecuadamente al equipo auditor durante la auditoría in situ.</p> <p>Una vez revisadas las "Alegaciones al informe de auditoría externa inicial para la certificación de la implantación del SGIC" presentadas por la Facultad de Derecho (Campus de Ourense), el equipo auditor desea comenzar agradeciendo el detallado análisis realizado por la Comisión de Garantía de la Calidad tanto del proceso desarrollado como del propio "Informe de Auditoría Externa Inicial para la Certificación de la Implantación del SGIC".</p>

VALORACIÓN

Tras haber examinado minuciosamente las alegaciones presentadas por el centro, el equipo auditor acuerda establecer un plazo de 6 meses, desde la recepción del presente informe, después del cual se procederá a realizar una nueva revisión documental a través de la plataforma informática, para emitir el informe definitivo de auditoría de la implantación del SGC del centro. En esta nueva revisión se valorará la forma con la que se ha iniciado el tratamiento de las no conformidades detectadas tal y como este se ha descrito en el plan de mejoras que remitió la Universidad, el 29 de septiembre de 2014, tras la recepción del informe de auditoría externa inicial. Se prestará especial atención a como el SGC del centro integra en su funcionamiento los aspectos relacionados con el Máster Universitario en Información Técnica del Medicamento (independientemente de su no impartición en el curso 2014-2015).

Se mantiene, por tanto, temporalmente todo lo indicado en el informe de auditoría externa inicial hasta que se valoren conjuntamente el plan de acciones de mejora propuesto y la forma con la que se aborda la ejecución de las medidas en él contempladas.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO

El equipo auditor, una vez examinado el Sistema de Garantía de Calidad (SGC) de la Facultad de Derecho (Campus de Ourense) y tras el desarrollo de la visita de auditoría, ha evidenciado que si bien se ha logrado una razonable implantación del SGC en la Facultad, existen algunas no conformidades relevantes relativas al seguimiento de los procedimientos tal y como se diseñaron, documentaron y aprobaron en 2010. Se debe señalar especialmente que no se ha podido evidenciar la aplicación del SGC a la totalidad de los títulos oficiales de grado y máster impartidos en el centro puesto que el Máster Universitario en Información Técnica del Medicamento está fuera del alcance del SGC, cuestión que imposibilita la certificación del sistema de gestión con el alcance inicialmente acordado.

Se ha evidenciado que el funcionamiento global del SGC de esta Facultad está orientado a la mejora continua de la formación que ofrece a sus estudiantes quedando fuera de su alcance como antes se indicaba, el Máster Universitario en Información Técnica del Medicamento.

Una prueba del compromiso de la Facultad con la transparencia y la rendición de cuentas se encuentra en la utilización de la página Web de la Facultad como "repositorio documental" del SGC de la Facultad. Sin embargo, como prueba de que el Máster Universitario en Información Técnica del Medicamento queda fuera del alcance del SGC, no se han encontrado evidencias de la publicación, en la web de la Facultad (<http://dereito.uvigo.es/gobierno/calidade/seguimento-titulos-sto/master-do-medicamento.html>) ni de su informe de verificación ni de ninguno de sus informes de seguimiento cuando sí están publicados los del resto de títulos oficiales que se imparten en esta Facultad.

El hecho de que la Facultad no haya tomado ninguna medida correctora concreta para solventar la inadecuada implantación del SGC respecto del Máster Universitario en Información Técnica del Medicamento, evidencia su incorrecto funcionamiento, ya que no ha logrado identificar en tiempo y forma esta no conformidad mayor ni tomar las medidas adecuadas que permitieran su corrección.

Se debe destacar que esta valoración, parcialmente positiva, es consecuencia directa del apoyo a la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad por parte del Área de Apoyo a la Docencia y Calidad de la Universidad de Vigo y, especialmente, de la implicación de la Comisión de Calidad, del equipo directivo de la Facultad y su Decano así como del intenso trabajo desarrollado por el Vicedecano de Calidad para lograr la implantación del Sistema de Garantía de Calidad y para coordinar a la Comisión de Calidad de la Facultad.

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	
2.- Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos	
2.1.- Se recoge información sobre los programas formativos y se analiza	NCM(3)
2.2.- Se realizan acciones para la mejora continua de las actuaciones relativas a la garantía de la calidad de los programas formativos	NCM(3)
2.3.- Se rinden cuentas a los grupos de interés	NCM(3)
2.4.- Existen evidencias que demuestran que los procedimientos relacionados con esta directriz se han implantado de forma efectiva	NCM(3)
3.- Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes	
3.1.- Se recoge información para valorar las necesidades del centro y se analiza	NCM(3)
3.2.- Se realizan acciones para la mejora continua de los procesos relacionados con los estudiantes	NCM(3)
3.3.- Se rinden cuentas a los grupos de interés	NCM(3)
3.4.- Existen evidencias que demuestran que los procedimientos relacionados con esta directriz se han implantado de forma efectiva	NCM(3)
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	NCM(1)
4.2.- Se recoge información sobre los resultados de su personal académico y se analiza	NCM(1)
4.3.- Se realizan acciones para la mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	NCM(1)
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(1)
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	NCM(2)
5.2.- Se recoge información sobre los resultados de la gestión de recursos materiales y servicios y se analiza	NCM(2)
5.3.- Se realizan acciones para la mejora continua de los recursos materiales y servicios	NCM(2)
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(2)
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	NCM(3)

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	NCM(3)
6.3.- Se rinden cuentas a los grupos de interés	NCM(3)
6.4.- Existen evidencias que demuestran que los procedimientos relacionados con esta directriz se han implantado de forma efectiva	NCM(3)
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	NCM(3)
7.2.- La web del centro proporciona información relevante, actualizada y de fácil acceso sobre el SGC	NCM(3)
7.3.- Se realizan acciones para la mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	NCM(3)
7.4.- Existen evidencias que demuestran que los procedimientos relacionados con esta directriz se han implantado de forma efectiva	NCM(3)
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	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.	NCM
2	4	PA07	No se evidencia una correcta implantación del procedimiento PA07 respecto de la gestión de los recursos materiales.	NCM
3	2,3,4,5,6,7	Manual del Sistema (Apartado 1.4.3.)	En contra de lo especificado en el Manual del SGC aprobado en Marzo 2010, el alcance del SGC implantado en el centro no se corresponde con el indicado en el apartado 1.4.3 ("El alcance del SGIC de la Facultad incluye a todas las titulaciones adscritas a la misma"), al no existir evidencias de la implantación del mismo para el Máster Universitario en Información Técnica del Medicamento.	NCM

- (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**).

FORTALEZAS DETECTADAS

1. El compromiso, la implicación, la dedicación y el esfuerzo tanto de la Comisión de Calidad como del equipo directivo de la Facultad.
2. La claridad y utilidad del informe anual de resultados y del plan anual de mejoras.
3. La apuesta por la transparencia y por la rendición de cuentas de la Facultad mostrando en la página Web de la Facultad, convertida en el "repositorio documental" del sistema de garantía de calidad, todos los resultados del trabajo de la Comisión de Calidad y del equipo directivo.
4. La nueva edición del sistema de garantía interna de calidad que ha logrado simplificar y aclarar los procesos del SGC facilitando así su despliegue e implantación.

OPORTUNIDADES PARA LA MEJORA

1. Puesto que no se evidencia una correcta implantación de los procedimientos PE02, PA05 y PA06 relativos al personal docente e investigador y al personal de administración y servicios, se debe redefinir la forma en la que el Sistema de Garantía Interna de Calidad aborda estas cuestiones mediante su adaptación a la situación real de la gestión y toma de decisiones en la Universidad de Vigo respecto del personal docente e investigador y del personal de administración y servicios. En cualquier caso la Facultad y la Comisión de Garantía de Calidad no pueden dejar de tratar un aspecto tan crucial como este con el fin de transmitir su valoración a los órganos que correspondan.
2. No se evidencia una correcta implantación del procedimiento PA07 respecto de la gestión de los recursos materiales: la Facultad y la Comisión de Garantía de Calidad no pueden dejar de tratar un aspecto tan crucial como este con el fin de transmitir su valoración a los órganos que correspondan.
3. Se recomienda redefinir y desarrollar unos objetivos de calidad conforme a una estrategia basada en la mejora continua y que se determinen las acciones necesarias para poder llevarlos a cabo. Así, los objetivos establecidos por la Facultad deberían caracterizarse por los siguientes requisitos: ser medibles de forma que se pueda conocer su grado real de consecución, ser alcanzables, estar coordinados con los planes de mejora de la Facultad, involucrar a los distintos grupos de interés y poder ser desarrollados a través de planes concretos de actuación.
4. La Comisión de Calidad debe ser más proactiva en la obtención y análisis de los datos que precisa para su funcionamiento y así poder obtener las oportunidades de mejora que surjan de ese análisis. En esta línea, la Comisión de Calidad debiera haber sido mucho más proactiva a la hora de intentar integrar el Máster Universitario en Información Técnica del Medicamento dentro del alcance del SGC de la Facultad.

OPORTUNIDADES PARA LA MEJORA

5. Se debe aprovechar el interés y la motivación de los estudiantes en el trabajo de la Comisión de Calidad y darle a los egresados un mayor protagonismo en su funcionamiento.
6. Si bien nada se puede objetar sobre el adecuado funcionamiento de la Facultad, una mayor integración de la Comisión de Calidad en su organigrama haría aparecer sinergias y le daría un mayor valor añadido a la oferta formativa de la Facultad. En esta línea se le debería dar a la Comisión de Calidad un mayor protagonismo en la elaboración de los informes de seguimiento.
7. Para aumentar la calidad de la valoración que realiza la Comisión de Calidad se recomienda que el análisis que esta hace se base en los resultados desagregados de las encuestas de satisfacción y esta debe también analizar la evolución histórica/temporal de los indicadores de rendimiento académico y de satisfacción (también debidamente desagregados).
8. Se debe continuar con la búsqueda de medidas que permitan aumentar la participación de los estudiantes en la cumplimentación de las encuestas de satisfacción.
9. Se evidencia la necesidad de una mayor implicación institucional en todo aquello relativo al Sistema de Garantía Interna de Calidad intentando mejorar la conexión, en materia de calidad, entre los diferentes vicerrectorados, lo que facilitaría la correcta implantación de aquellos procedimientos estratégicos y de apoyo que, tal y como se encuentran definidos, no dependen de la Facultad.
10. Se recomienda que la aplicación informática con la que se gestiona el Sistema de Garantía Interna de Calidad de la Facultad fuera más amigable e intuitiva para que su uso se pudiera simplificar y generalizar, al menos, a los miembros de la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad.
11. Se debe intentar lograr la adecuada implantación de los procedimientos que actualmente no se encuentran desplegados tal y como se encuentran documentados y, en el caso de no considerar adecuado el proceso descrito en los mismos, se debe estudiar la posibilidad de mejorarlos, contextualizarlos a la realidad de la Facultad y/o simplificarlos.
12. Se recomienda realizar una revisión de la documentación del SGC para evitar duplicidades y analizar la conveniencia de agrupar procedimientos existentes con el objeto de simplificar la documentación del sistema.
13. En los procedimientos documentados por la Facultad se sigue el ciclo PDCA (mejora continua). Sin embargo no se evidencia que se realice una adecuada valoración de los resultados obtenidos por parte de la Facultad. Se recomienda por ello contemplar en todo el sistema el ciclo de mejora continua (por ejemplo: analizar los resultados de los planes de captación de estudiantes, valorar los resultados de los procesos de medición de la satisfacción de los distintos colectivos, etc.).
14. Se recomienda proporcionar a los distintos grupos de interés las conclusiones que surjan tras el análisis de las encuestas u otras fuentes de información por parte de la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad. Es conveniente informar asimismo tanto de los resultados obtenidos de dicho análisis como de las acciones de mejora adoptadas.

COLECTIVOS ENTREVISTADOS**EQUIPO DIRECTIVO DE LA FACULTAD:**

- **Decano:** Roberto O. Bustillo Bolado
- **Vicedecana de Organización Académica:** Susana Álvarez González
- **Vicedecana de Planificación e Calidade:** Marta Fernández Prieto
- **Secretaria:** M.^a Dolores Fernández Fustes
- **Coordinadora de Relaciones Internacionais:** Belén Sánchez Ramos
- **Coodinadora de Grao en Dereito:** Lourdes Borrajo Diz
- **Vicerreitor do Campus de Ourense:** Virxilio Rodríguez

COMISIÓN DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

- **Presidente:** Virxilio Rodríguez Vázquez, Vicedecano de Calidade
- **Secretaria:** Marta Fernández Prieto, Secretaria da Facultade
- **Sector Profesorado Permanente Licenciatura:** Francisca Fernández Prol
- **Sector Profesorado Permanente Grado:** Mónica Siota Álvarez
- **Alumnado Grado:** Paula Conde Lama
- **Alumnado Máster Universitario en Información Técnica del Medicamento:** Álvaro de Castro Palomares
- **Alumnado Máster en Abogacía:** Tatiana Lima Pereira
- **Personal de Administración y Servicios:** Concepción Martínez Martínez
- **Sector Egresados Licenciatura:** Laura Movilla Pateiro
- **Representante del Área de Apoyo a la Docencia y Calidad:** Raquel Gandón Chapela

Otros representantes del PDI que han asistido a la audiencia:

- **Decano:** Roberto Bustillo Bolado
- Susana Álvarez
- Belén Sánchez
- Lourdes Borrajo
- Inés Iglesias
- Irene García

En Santiago de Compostela, a 7 de octubre de 2014



José Eduardo López Pereira
Director ACSUG
Secretario CGIACA