



## **PROGRAMA FIDES-AUDIT**

# **INFORME DE CERTIFICACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD**

**FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN Y  
DIRECCIÓN DE EMPRESAS**

**UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE  
COMPOSTELA**

**30.07.2019**

DATOS DEL CENTRO EVALUADO		
<b>UNIVERSIDAD</b>	Universidad de Santiago de Compostela	
<b>CENTRO</b>	Facultad de Administración y Dirección de Empresas	
<b>ALCANCE</b> ( <i>especificar cualquier posible exclusión</i> )	Títulos oficiales de grado y máster que se imparten en el centro	
<b>REPRESENTANTE</b>	<b>NOMBRE</b>	Begoña Barreiro Fernández
	<b>CARGO</b>	Decana
	<b>TELÉFONO</b>	982824403
	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	fadedeca@usc.es

COMISIÓN DE EVALUACIÓN QUE REALIZA LA VISITA			
<b>PRESIDENTE</b>	Laureano González Vega	<b>Institución</b>	Universidad de Cantabria
<b>PROFESIONAL</b>	Marta González Moldes	<b>Institución</b>	Trillium Consultores
<b>ESTUDIANTE</b>	Gladis Ferreira Troncoso	<b>Institución</b>	Universidad de Vigo
<b>SECRETARIAS</b>	M <sup>a</sup> Dolores Castro Pais Marta Mallo Rey	<b>Institución</b>	ACSUG
<b>FECHA VISITA</b>	22 de noviembre de 2018		

**VALORACIÓN**

La Comisión de Evaluación nombrada por ACSUG, analizó la documentación aportada por el centro, así como las evidencias registradas y una vez realizada la visita de auditoría para evaluar el grado real de implantación de su Sistema de Garantía de Calidad (SGC), emite la siguiente valoración:

**FAVORABLE**

**DESFAVORABLE**

Aunque en la evaluación no se han detectado "Aspectos que deben ser objeto de elaboración de un plan de acciones de mejora", se considera una buena práctica que el centro elabore un plan de acciones de mejora que recoja las "Recomendaciones para la Mejora" que se incluyen en este informe.

El centro podrá hacer uso del modelo incluido en el anexo III de la "Guía para la certificación de la implantación de los Sistemas de Garantía de Calidad" de ACSUG (julio 2015), para la realización de cada una de las propuestas que conforman dicho plan o utilizar el formato establecido en su SGC.

En caso de no utilizar el anexo III de la Guía de ACSUG, el plan de acciones de mejora a remitir deberá incluir como mínimo los siguientes aspectos:

- *Directriz*: Denominación de la propuesta, Punto débil detectado/Análisis de las causas, Ámbito de aplicación, Responsable de su aplicación, Objetivos específicos, Actuaciones a desarrollar, Período de ejecución, Recursos/presupuesto, Responsable de su seguimiento y fecha, Indicadores de ejecución, Evidencias documentales y/o registros que se presentan/presentarán para evidenciar la implantación, Observaciones.
- *Revisión/Valoración*: Nivel de cumplimiento (total o parcial), Responsable de la revisión y fecha, Resultados obtenidos, Grado de satisfacción, Acciones correctivas a desarrollar.

## JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO

El proceso de evaluación externa desarrollado por ACSUG persigue los siguientes objetivos:

- Determinar que el SGC implantado en el centro sigue cumpliendo las directrices del Programa FIDES-AUDIT:
  - ✓ Directriz 1. Política y objetivos de calidad
  - ✓ Directriz 2. Diseño, revisión periódica y mejora de los programas formativos
  - ✓ Directriz 3. Garantía del aprendizaje, enseñanza y evaluación centrados en el estudiante
  - ✓ Directriz 4. Garantía y mejora de la calidad de los recursos humanos
  - ✓ Directriz 5. Garantía y mejora de la calidad de los recursos materiales y servicios
  - ✓ Directriz 6. Información Pública
- Determinar que se aplican los documentos establecidos por la institución universitaria incluidos en el SGC de la misma.
- Facilitar al centro orientaciones sobre el SGC implantado con el fin de mejorar su eficacia.
- Verificar que el SGC del centro es un proceso sistemático y estructurado que contempla los cuatro elementos del ciclo de mejora continua: planificar, desarrollar, analizar y actuar (mejorar).

El plan de trabajo correspondiente a la visita de evaluación, que a continuación se relaciona, se ha desarrollado de acuerdo a la planificación prevista, no produciéndose incidencias durante el desarrollo de la misma.

DÍA	HORARIO	ACTIVIDAD
<b>22 de noviembre de 2018</b>	9.30	Recepción de la Comisión de Evaluación
	9.30-10.30	Reunión con el Equipo Directivo y el Área de Calidad y Mejora de Procedimientos de la Universidad
	10.30-11.00	Reunión interna de la Comisión de Evaluación. Café Estudio de la documentación y análisis de las evidencias
	11.00-12.45	Reunión con la Comisión de Calidad y Docencia
	12.45-13.15	Reunión con otras audiencias que la Comisión de Evaluación estime oportunas
	13.15-14.00	Reunión interna de la Comisión de Evaluación
	14.00-14.15	Informe oral con la Comisión de Calidad y Docencia y el Equipo Directivo

La Comisión de Evaluación, una vez examinado el recientemente modificado Sistema de Garantía de Calidad (SGC) de la Facultad de Administración y Dirección de Empresas de la Universidad de Santiago de Compostela (Campus de Lugo) y tras el desarrollo de la visita de auditoría, ha constatado que, en este centro, se ha logrado la correcta y adecuada implantación de la mayor parte de los procedimientos de su SGC tal y como se definieron en el momento de la evaluación del diseño. Asimismo, se ha evidenciado que se ha iniciado la necesaria revisión documental de los procedimientos de trabajo que configuran el SGC, simplificando su comprensión y seguimiento del mismo por parte de los distintos grupos de interés.

En general, se ha constatado que el SGC implantado en la Facultad cumple con las directrices del Programa FIDES-AUDIT, que su funcionamiento global está claramente orientado a la mejora continua de la formación que ofrece a sus estudiantes y que ha logrado la correcta adaptación de este a las características del centro.

No obstante, además de un análisis de la documentación, se formulan algunas acciones de mejora motivadas en muchos casos por disfunciones que se han producido en esta transición de versiones de dicha documentación. Una parte de estas recomendaciones se centran en la mejora de procedimientos de centro, sobre todo en la necesidad de contextualizar la documentación a la Facultad de Administración y Dirección de Empresas, como, por ejemplo:

- Revisar y mejorar la contextualización de otros aspectos tales como: objeto, registros asociados, diagramas de flujo, etc. Todo ello puede deberse a la premura de la aprobación de la documentación institucional por parte del centro sin haber realizado la contextualización de la documentación.
- Asociar a cada indicador, objetivos de calidad y metas. Revisar además el concepto de indicador.
- Revisar la información contenida en el gestor de documentación, manteniendo además de los históricos, como mínimo el manual y procedimientos actualizados.

El resto de recomendaciones son propuestas de mejora dirigidas a los procedimientos institucionales, cuya responsabilidad no recae en el centro sino en la Universidad de Santiago de Compostela.

El certificado concedido por ACSUG tendrá una validez de cinco años desde la fecha de este informe, prorrogable por idéntico período tras superar un nuevo proceso de evaluación externa.

**FORTALEZAS DETECTADAS**

- La implicación y compromiso del Equipo Decanal y de la Comisión de Calidad y Docencia con el correcto funcionamiento e implantación del SGC de la Facultad.
- La trazabilidad de la información entre las distintas comisiones de la Facultad: Comisión de Calidad y Docencia, Junta de Facultad y Comisión de cada título.
- La simplificación realizada de la documentación del SGC.
- La continua preocupación del SGC por mejorar todos los valores de los indicadores de rendimiento académico a través de la puesta en marcha de distintas acciones de mejora.
- La página web de la Facultad que recoge gran parte de la información derivada del funcionamiento del SGC y que sirve de ventana de este hacia los diferentes grupos de interés como muestra del compromiso de la Facultad con la transparencia y la rendición de cuentas.

**ASPECTOS QUE DEBEN SER OBJETO DE ELABORACIÓN DE UN PLAN DE ACCIONES DE MEJORA**

**ASPECTOS GENERALES**

La implementación de la nueva versión del SGC en fechas muy cercanas a la visita de auditoria ha hecho muy complicada la certificación de su implantación puesto que era poco realista abordar la certificación del funcionamiento de muchos procedimientos que acababan de ser eliminados o modificados. Por ello se debe aprovechar esta fase inicial para revisar y mejorar todo aquello que sea necesario en la definición de los procedimientos (objeto, evidencias, diagramas de flujo, etc.) para que el funcionamiento del SGC cumpla con su fin y contribuya a que se alcancen los objetivos de calidad de la Facultad.

En particular, respecto de esta nueva etapa del SGC, se sugiere que sea la propia Facultad la que defina los formatos de los documentos y evidencias que genere el funcionamiento del SGC y que se preste especial atención a la generación de evidencias para así poder disponer de históricos que permitan el análisis de la evolución temporal tanto de los indicadores de rendimiento académico y de satisfacción como de las acciones de mejora que se definan.

Respecto del funcionamiento de la Comisión de Calidad y Docencia de la Facultad se debe evitar la fragmentación de la documentación generada por su actividad y por el funcionamiento del SGC y relacionar los acuerdos en las actas de esta con los procedimientos del propio SGC. Asimismo, se debe fomentar y promover la participación activa de los estudiantes y de los egresados en la Comisión de Calidad y Docencia.

**DIRECTRIZ 1. POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD**

<b>Procedimientos afectados</b>	PE-01 Planificación estratégica PE-02 Revisión y mejora
<b>Descripción</b>	Se han asumido tanto la política de calidad de la Universidad como sus objetivos. Se debe adaptar la política de calidad de la Universidad a las características de la Facultad y particularizar a esta sus objetivos. Así se deben asociar indicadores y metas a alcanzar a los objetivos de calidad de la Facultad (y con ello revisar el uso actual que se hace de los indicadores que han de tener principalmente una componente cuantitativa: un informe no se puede considerar como un indicador ya que no se le puede asociar una meta).

<b>RECOMENDACIONES</b>	
<b>ASPECTOS GENERALES</b>	
<b>Procedimientos afectados</b>	Manual de Calidad
<b>Descripción</b>	En relación a la composición de la Comisión de Calidad y Docencia: aunque se considera adecuada, se recomienda que se analice la posible inclusión de representantes de los estudiantes de cada titulación impartida, para garantizar que todos se encuentren representados.
<b>DIRECTRIZ 4. GARANTÍA Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS</b>	
	PS-01 Gestión de recursos humanos
<b>Descripción</b>	Si bien, la Comisión de Calidad y Docencia valora, curso a curso, la suficiencia y la adecuación de los recursos humanos disponibles se recomienda que, desde esta, se desarrollen planes de contingencia a corto y medio plazo sobre esta cuestión y que estos se remitan a los distintos estamentos donde resida la toma de decisiones.
<b>DIRECTRIZ 6. INFORMACIÓN PÚBLICA</b>	
<b>Procedimientos afectados</b>	PS-05 Gestión de las incidencias
<b>Descripción</b>	Se recomienda incluir la posibilidad de recibir felicitaciones.
<b>Procedimientos afectados</b>	PS-06 Información pública
<b>Descripción</b>	Se recomienda mejorar la visibilidad de los informes de evaluación emitidos por la ACSUG incluyendo en la página web de la Facultad, para cada título, todos los informes recibidos (verificación, modificación, seguimiento y acreditación).



## RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

### 1.- MANUAL DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD (USC)

Se debe revisar el índice del documento presentado.

### 2.- MANUAL DEL SGC (CENTRO)

Cada centro debe contextualizar el manual del SGC a su realidad.

El manual disponible en la Web de los centros es un manual "marco" facilitado desde la institución (por ejemplo: en la presentación 1.1. se indica "Breve descripción del centro, indicando su origen, hechos históricos y títulos que imparte", en el apartado 1.2. Organigrama, no se ha incluido el organigrama del centro. Es decir, si bien el manual existe, no se ha contextualizado al centro.

- ✓ La tabla de "la identificación del centro" se encuentra sin cubrir.
- ✓ El índice del documento es erróneo.

### 3.- POLÍTICA DE CALIDAD Y OBJETIVOS

#### Política de la calidad:

En el Informe de Cambios facilitado se indica que el Manual se revisó y aprobó en febrero de 2018.

Si bien es cierto que el MANUAL DE CALIDAD se ha actualizado (el motivo de revisión indicado en el historial de revisiones es la simplificación y actualización del mismo), en el **anexo I** del Manual de calidad del centro se presenta una POLITICA DE CALIDAD que se encuentra sin contextualizar.

Además de incluir el nombre del centro tal y como se indica en el formato de política, se deberá hacer un esfuerzo por contextualizar este documento a la realidad del centro y hacerla "propia", ya que se trata del compromiso del Decanato con el SGC de la facultad.

#### Objetivos:

Deben definirse de forma clara y precisa, de manera que se pueda saber con precisión qué es lo que se busca lograr.

- ✓ Ser cualitativos o cuantitativos, pero deben ser siempre medibles, de forma que se pueda conocer su grado real de consecución (ello supone que cuando definimos un objetivo de calidad debemos incluir el indicador que emplearemos para medirlo).
- ✓ Estar coordinados con los planes de mejora del centro o del ámbito.
- ✓ Involucrar a los distintos grupos de interés.
- ✓ Desarrollarse a través de planes concretos de actuación (es decir, deben ir asociados a las acciones que llevaremos a cabo para lograrlos –qué, quién, cuándo y cómo–)

**Importante:** Se evidencia que varios de los indicadores relacionados con los objetivos de la calidad no están correctamente definidos. Por ejemplo: "Informes anuales sobre los programas de prácticas y movilidad" y "publicación de la información", En varios casos se trata de evidencias/fuentes de información de la que se obtendrán los indicadores y no de indicadores correctamente definidos.

En esta línea, se recomienda que desde la Unidad de Calidad de la USC se definan unos criterios comunes sobre el uso que se dará desde los centros al programa de objetivos, facilitando una correcta definición del concepto indicador y aportando ejemplos a los centros, para que se utilicen adecuadamente y se contextualicen a su realidad.

#### 4. ESTRUCTURA DE LOS PROCEDIMIENTOS

- ✓ El apartado 1 debería denominarse "Objeto", no "objetivo".
- ✓ En general se debe intentar que el objeto y el alcance de los procedimientos documentados incluyan la totalidad de aspectos tratados en el procedimiento.
- ✓ El diagrama de flujo debería facilitar la comprensión del apartado de desarrollo/método operativo. (Complementar y revisar los diagramas creados).

##### 4.1 PROCESOS INSTITUCIONALES

###### **PI\_01 Diseño, modificación y extinción de programas**

El alcance del PI\_01 debe revisarse, definiendo adecuadamente si se incluyen las fases de diseño, verificación, modificación, acreditación, seguimiento y mejora de las titulaciones, suspensión y/o extinción de una titulación. El alcance actual no lo aclara convenientemente.

Revisar si el método operativo del PI\_01 y el diagrama, contemplan las fases y evidencias relacionadas con los aspectos arriba indicados, por ejemplo:

- ✓ Acta de la Comisión de calidad
- ✓ Acta de la Comisión de calidad
- ✓ Informes anuales de seguimiento de los títulos
- ✓ Informes finales de Evaluación de los títulos por parte de la ACSUG
- ✓ Informes de revisión interna.
- ✓ Resolución de extinción de un título
- ✓ Orden de suspensión y revocación de una titulación publicada en el DOG.

###### **PI\_02 Auditoría Interna (*En otros casos no se contempla la Auditoría interna, comentar con el resto de miembros de la comisión*)**

Está disponible un plan de auditorías en la Web aprobado en octubre de 2018. El plan se encuentra parcialmente cubierto (se concretan las auditorías para algunos de los centros, en el caso de este no se ha encontrado evidencia del registro).

<http://www.usc.es/export9/sites/webinstitucional/es/servizos/calidade/descargas/SGIC/Auditorias.pdf>

### **PI\_03 Gestión de los RRHH**

Se recomienda incluir en el Objeto del procedimiento la "identificación de las necesidades de recursos humanos" y la "formación continua" del personal, que sí están incluidas en el diagrama de flujo del proceso.

En el PI\_03 actual se incluyen los siguientes registros:

- ✓ Relaciones de puestos de trabajo
- ✓ Expedientes de selección
- ✓ Plan de formación
- ✓ Registro de acciones formativas.
- ✓ Memoria del plan de formación

Analizar si en el PI\_03 se incluyen convenientemente los aspectos relacionados con:

- ✓ Identificación de las necesidades de PAS (*identificación y registro*)
- ✓ Identificación de las necesidades de PDI (*identificación y registro*)
- ✓ Resultados de evaluación docente (anuales) *Establecer el momento en el que se evalúan. Relación formación/resultados*
- ✓ Informe resultados dirigido a los docentes
- ✓ Lista de acciones formativas derivadas de las necesidades detectadas

### **PI\_04 Gestión de los recursos materiales y servicios**

- ✓ Valorar incluir como registro del procedimiento los criterios de selección que se siguen para la homologación de los proveedores y selección de los recursos materiales.
- ✓ Indicar en el procedimiento cómo y cuándo se miden y analizan los resultados del proceso.

### **PI\_05 Gestión documental**

Sin observaciones de la Comisión de Evaluación.

### **PI\_06 Medición y mejora**

El procedimiento se centra en la recogida de opinión y en la información aportada por las encuestas (Informes de resultados).

**¿En qué punto del SGC se analiza el panel de indicadores establecido?** Analizar si se han definido las herramientas para la medición de forma que se garantice la calidad de los resultados (fiabilidad, cadencia obtención de datos y de análisis). Es decir, la medición realizada debería permitir conocer si la planificación estratégica se está implantando tal y como se planificó y si los resultados alcanzados son los esperados o no.

### **PI\_07 Gestión de incidencias (SQR)**

Sin observaciones de la Comisión de Evaluación.

## **PI\_08 Satisfacción, expectativas y necesidades**

El objeto del procedimiento incluye la obtención de información sobre las necesidades y expectativas de los distintos grupos de interés, sin embargo, en el desarrollo/método operativo del procedimiento no se describe cómo se realizará ese análisis de las expectativas de los grupos de interés.

Sería recomendable que el proceso de análisis de las expectativas, utilizase los distintos mecanismos de participación existentes (QSF, participación en las comisiones, encuestas, mediciones indirectas, etc.) para identificar las necesidades actuales y futuras de los distintos grupos de interés.

Comprobar la inclusión de las evidencias / registros relacionados con este proceso:

- ✓ Propuesta de plan anual de medición de la satisfacción
- ✓ Evidencia de la evaluación de la satisfacción/ Evaluación de resultados
- ✓ Diseño de la actividad de evaluación
- ✓ Informes de seguimiento del plan anual de medición

En el diagrama de flujo se deberían contemplar:

- ✓ Análisis de las expectativas.
- ✓ Planificación de la medición de la satisfacción de los GI
- ✓ Desarrollo de la medición
- ✓ Análisis y mejora del proceso

## **4.2 PROCESOS DE CENTRO**

### **4.2.1 Procesos Estratégicos:**

#### **PE\_01 Planificación estratégica**

El objeto del procedimiento es adecuado (enmarca política y objetivos de calidad). Existe evidencia de la existencia de informe técnico y PE publicado en la Web del centro (período 2015-2020). Establece líneas estratégicas-Objetivos estratégicos y acciones.

Comprobar que el método operativo y el diagrama de flujo incluyan:

- ✓ Análisis previo/análisis estratégico. (diagnóstico)
- ✓ Elaboración del plan estratégico, misión y visión. Política y objetivos enmarcados en el plan.
- ✓ Desarrollo del plan estratégico (valorar la necesidad de cuadro de mando; estrategia de comunicación del plan; Acciones para su implantación/ Estrategia y objetivos; seguimiento del proceso).

Como evidencias: Registro "Plan estratégico de CC. Información" y "Plan operativo" (definir).

## **PE\_02 Revisión y mejora**

Objeto adecuado. Informe técnico disponible. Evidencias de Memoria de calidad del centro publicada en la Web. Se establece un plan de mejoras anual. (objetivo, proceso relacionado, indicadores, acciones de mejora relacionadas).

La metodología para recopilar, analizar y utilizar la información relativa a la implantación de la estrategia, los objetivos y procesos y programas, de forma que se permita realizar su seguimiento y medición y definir las acciones de mejora precisas para la consecución de los objetivos, se divide entre los dos procedimientos señalados.

Comprobar que el método operativo y el diagrama de flujo contemple las siguientes fases:

- ✓ Definición de los indicadores
- ✓ Seguimiento de los resultados
- ✓ Mejora

### **4.2.2 Procesos clave:**

#### **PC\_01 Análisis del perfil de ingreso y captación**

Comprobar el alcance y la conveniencia de incluir en el procedimiento la metodología para establecer los requisitos de acceso y desarrollar el proceso de admisión con un alcance más amplio.

Comprobar si el proceso y su diagrama incluyen:

- ✓ Proceso de acceso al grado/ Proceso de Admisión
- ✓ Admisión por otras vías (¿reconocimiento?)
- ✓ Admisión máster (diferentes casuísticas)

#### **PC\_02 Planificación de las enseñanzas**

Objeto: el objeto es adecuado, aunque debería incluirse la mejora del proceso en el mismo.

El diagrama de flujo del procedimiento PC02 planificación de las enseñanzas no contempla la posibilidad de modificaciones sobre la PDA. Por ejemplo: existencia de PDA provisional que se remita a las comisiones académicas para que se realicen, si es preciso, modificaciones sobre la PDA.

Valorar incluir el POD (Plan de Ordenación Docente) en la planificación de las enseñanzas para detectar las necesidades de recursos a la hora de planificar y desarrollar la enseñanza.

Se recomienda mejorar la información aportada a través del diagrama de flujo del proceso.

Comprobar que se incluya:

- ✓ La detección de necesidades/ PDA
- ✓ Elaboración del POD

- ✓ Coordinación
- ✓ Desarrollo de las enseñanzas (Evidencias: actas de aprobación de las guías; Guías docentes a disposición de los GI; Seguimiento y control de la actividad docente; Horarios; Calendarios; etc. Evidencias relacionadas con el seguimiento y medición).

Revisar los registros: PDA; calendarios de exámenes; programaciones de las materias; POD; evidencias de las acciones de coordinación; informe de fondos bibliográficos; actas, ...)

### **PC\_03 Apoyo a los estudiantes**

Comprobar si el proceso y su diagrama de flujo incluyen aspectos como:

- ✓ Diseño y difusión/comunicación del PAT
- ✓ Asignación de tutores
- ✓ Implantación y desarrollo del PAT.
- ✓ Evaluación y análisis
- ✓ Informe final del PAT (evaluación)
- ✓ Comunicación pública de los resultados del PAT.

Registros: Además del PAT, sería conveniente incluir el Informe final de evaluación del mismo como evidencia.

### **PC\_04 Desarrollo de las enseñanzas**

En el procedimiento PC04 se contemplan en el apartado de desarrollo aspectos como la movilidad, las prácticas externas, la coordinación o la realización del TFG/TFM, sin embargo, éstos no se han incluido en el objeto del procedimiento. Asimismo, no se evidencia una correcta definición del alcance del procedimiento en relación a estos aspectos.

Es decir, si bien en el PC04 se incluyen aspectos como la coordinación, TFM/TFG, prácticas y movilidad, el Objeto indica únicamente: garantizar que las enseñanzas oficiales que se imparten en el centro se desarrollan de acuerdo a la planificación anual, asegurando su calidad y favoreciendo el aprendizaje del alumnado. No queda claro el objeto y alcance de este procedimiento.

Si se han incluido en el PC04 aspectos como la "gestión de las prácticas externas" o "gestión de la movilidad" deberían incluirse en el objeto del procedimiento.

#### ***Coordinación de la actividad docente:***

Comprobar que el método operativo y el diagrama de flujo contemplen aspectos como:

- ✓ Detección de las necesidades. Diseño y aprobación de la programación docente
- ✓ Detección de las necesidades: Diseño y aprobación del POD
- ✓ Acciones de coordinación docente
- ✓ Desarrollo de las enseñanzas

Registros/Evidencias: Comprobar que se incluyan: PDA, POD; Informes de acciones de coordinación; Actas.

**Gestión de las prácticas externas:**

Comprobar que se incluya en el método operativo y en el diagrama de flujo aspectos como:

- ✓ Gestión de convenios y marco legal regulador de las prácticas.
- ✓ Gestión de las prácticas (curriculares/ extracurriculares)
- ✓ Desarrollo de las prácticas
- ✓ Análisis/ Mejora.

Registros/ Evidencias: Comprobar la inclusión de los criterios de asignación de las prácticas.

**Gestión de la movilidad:**

Comprobar que se incluya en el método operativo y en el diagrama de flujo aspectos como:

- ✓ Método seguido para promover la movilidad
- ✓ Movilidad del estudiantado de la USC
- ✓ Movilidad del estudiantado ajeno a la USC
- ✓ Análisis/ Mejora

Comprobar la inclusión como evidencia de: Registro de estudiantes de la USC seleccionados/ Estudiantes ajenos.

**Trabajos de Fin de Grado/Trabajos de Fin de Máster:**

Comprobar la inclusión como evidencias de: Oferta anual de TFG/TFM; TFG/TFM; Asignaciones temáticas; Informes de los tutores; Nombramientos de tribunales; Listado de calificaciones

**PC\_05 Análisis de los resultados y mejora de los programas**

No se evidencia la inclusión en el diagrama de flujo del proceso descrito en este procedimiento si se reciben las valoraciones realizadas por la CGC del centro y si existe la posibilidad de realizar modificaciones en el informe antes de ser remitidas a la Junta del centro para su aprobación.

El diagrama y el método operativo deberían describir:

- ✓ Cómo se elabora el informe anual/ contenidos/ cadencia.
- ✓ Evaluación externa del mismo.
- ✓ Implantación de los planes de mejora establecidos en los informes anuales

Comprobar que se incluyen como evidencias (se señala el autoinforme de seguimiento).

- ✓ Informes anuales de seguimiento
- ✓ Informes finales de evaluación de los títulos (ACSUG)
- ✓ Informes de revisión interna.

### 4.2.3 Procesos soporte:

#### PS\_01 Gestión de los recursos humanos

No se ha podido evidenciar la inclusión en el apartado de "desarrollo" del PS01 de los aspectos relacionados con el análisis de las necesidades de personal realizado por la comisión (acta de la reunión o Registro de Identificación de las necesidades de PAS - PDI del centro).

Ni la existencia de:

- ✓ Registro de identificación de las necesidades de formación del PAS/PDI del centro
- ✓ Plan de Formación PDI/PAS del centro ni se gestiona/ evalúa la eficacia del mismo.

Revisar si las evidencias asociadas a este procedimiento son las adecuadas. Analizar la inclusión de las evidencias siguientes:

- ✓ El análisis de las necesidades de personal realizado por la comisión (acta de la reunión o Registro de Identificación de las necesidades de PAS - PDI del centro)
- ✓ Registro de identificación de las necesidades de formación del PAS/PDI del centro
- ✓ Plan de Formación PDI/PAS del centro ni se gestiona/ evalúa la eficacia del mismo.

#### PS\_02 Gestión de los recursos materiales y servicios

Comprobar que el diagrama de flujo y el método operativo incluyan:

- ✓ Identificación de necesidades; recursos/solicitud
- ✓ Definición de criterios de selección/ evaluación proveedores.
- ✓ Planificación
- ✓ Aprobación del presupuesto
- ✓ Recepción y revisión
- ✓ Gestión y mantenimiento de los recursos.
- ✓ Presentación memoria de ejecución.
- ✓ Valoración de los recursos

Registros: Memoria de ejecución y Solicitudes de recursos. Se recomienda valorar la inclusión de Criterios selección.

#### PS\_03 Gestión documental

Comprobar que el método operativo y el diagrama incluyan:

- ✓ Creación de la documentación y modificación en caso preciso.
- ✓ Aprobación de la documentación (JC e Institucional).
- ✓ Implantación
- ✓ Difusión
- ✓ Revisión de la documentación
- ✓ Control de la documentación obsoleta



#### **PS\_04 Satisfacción, expectativas y necesidades**

**Importante:** No se evidencia la descripción del método seguido para realizar el análisis de las expectativas y necesidades de los grupos de interés. El diagrama de flujo del proceso tampoco incluye el proceso de análisis de las expectativas de los grupos de interés.

Los registros relacionados con este procedimiento son:

- ✓ Propuesta de estudio de satisfacción
- ✓ Informe de estudio de satisfacción

En resumen ¿Cómo se analizan o se han analizado las expectativas? ¿se han identificado cuáles son los aspectos “esenciales” de los servicios, las expectativas de los usuarios en relación a cada uno de ellos? ¿Se repetirán si hay cambios relevantes? No se aclara en el procedimiento el método operativo para ello.

#### **PS\_05 Gestión de las incidencias (SQR)**

Comprobar que se incluya en el método operativo y el diagrama de flujo:

- ✓ Canales de comunicación y clasificación de las SQR
- ✓ Asignación de las SQR y tratamiento de la respuesta.
- ✓ Seguimiento y mejora.

Registros/ evidencias asociadas (comprobar):

- ✓ SQR formalizada
- ✓ Informe (SQR tramitada).
- ✓ Informe de SQR del curso académico (este si se incluye como evidencia, valorar la inclusión de las otras dos).

#### **PS\_06 Información pública**

Comprobar que el método operativo y el diagrama del proceso incluyan:

- ✓ Información pública (análisis de los aspectos que deben ser publicados).
- ✓ Propuesta- Aprobación y difusión.
- ✓ Análisis/ Mejora (Análisis de la eficacia).

Registros/ Evidencias: **Plan de Información Pública del centro.**

**DOCUMENTACIÓN ANALIZADA:****Directriz 1: Política y objetivos de calidad**

PI\_02 Auditoría interna del SGC

PI\_06 Medición y mejora

PI\_08 Satisfacción, expectativas y necesidades

PE-01 Planificación estratégica

PE-02 Revisión y mejora

PS-04 Satisfacción, expectativas y necesidades

PS-06 Información pública

**Directriz 2: Diseño, revisión periódica y mejorar de los programas formativos**

PI\_01 Diseño, modificación y extinción de programas

PI\_02 Auditoría interna del SGC

PI\_06 Medición y mejora

PI\_07 Gestión de las incidencias (SQR)

PI\_08 Satisfacción, expectativas y necesidades

PE-01 Planificación estratégica

PE-02 Revisión y mejora

PC-01 Análisis del perfil de ingreso y captación

PC-02 Planificación de las enseñanzas

PC-03 Apoyo a los estudiantes

PC-04 Desarrollo de las enseñanzas

PC-05 Análisis de los resultados y mejora de los programas

PS-04 Satisfacción, expectativas y necesidades

PS-05 Gestión de las incidencias

PS-06 Información pública

**Directriz 3: Garantía de aprendizaje, enseñanza y evaluación centrados en el estudiante**

PI\_01 Diseño, modificación y extinción de programas

PI\_02 Auditoría interna del SGC

PI\_06\_ Medición y mejora

PI\_07 Gestión de las incidencias (SQR)

PI\_08 Satisfacción, expectativas y necesidades

PE-01 Planificación estratégica

PE-02 Revisión y mejora

PC-01 Análisis del perfil de ingreso y captación

PC-02 Planificación de las enseñanzas

PC-03 Apoyo a los estudiantes

PC-04 Desarrollo de las enseñanzas

PC-05 Análisis de los resultados y mejora de los programas

PS-04 Satisfacción, expectativas y necesidades

PS-05 Gestión de las incidencias

PS-06 Información pública

#### **Directriz 4: Garantía y mejora de la calidad de los RRHH**

PI\_01 Diseño, modificación y extinción de programas

P1\_03 Gestión de los RRHH

PI\_02 Auditoría interna del SGC

PI\_06\_ Medición y mejora

PI\_07 Gestión de las incidencias (SQR)

PI\_08 Satisfacción, expectativas y necesidades

PE-01 Planificación estratégica

PE-02 Revisión y mejora

PC-02 Planificación de las enseñanzas

PC-04 Desarrollo de las enseñanzas

PC-05 Análisis de los resultados y mejora de los programas

PS-01 Gestión de los RRHH

PS-04 Satisfacción, expectativas y necesidades

PS-05 Gestión de las incidencias

PS-06 Información pública

**Directriz 5: Garantía y mejora de la calidad de los recursos materiales y servicios**

PI\_01 Diseño, modificación y extinción de programas

PI\_02 Auditoría interna del SGC

PI\_04 Gestión de los recursos materiales y servicios

PI\_06\_ Medición y mejora

PI\_07 Gestión de las incidencias (SQR)

PI\_08 Satisfacción, expectativas y necesidades

PE-01 Planificación estratégica

PE-02 Revisión y mejora

PC-02 Planificación de las enseñanzas

PC-04 Desarrollo de las enseñanzas

PC-05 Análisis de los resultados y mejora de los programas

PS-02 Gestión de los recursos materiales y servicios

PS-04 Satisfacción, expectativas y necesidades

PS-05 Gestión de las incidencias

PS-06 Información pública

**Directriz 6: Información pública:**

PI\_01 Diseño, modificación y extinción de programas

PI\_02 Auditoría interna del SGC

PI\_03 Gestión de los RRHH

PI\_04 Gestión de los recursos materiales y servicios

PI\_05 Gestión documental

PI\_06\_ Medición y mejora

PI\_07 Gestión de las incidencias (SQR)

PI\_08 Satisfacción, expectativas y necesidades

PE-01 Planificación estratégica

PE-02 Revisión y mejora

PC-01 Análisis del perfil de ingreso y captación

PC-02 Planificación de las enseñanzas

PC-03 Apoyo a los estudiantes

PC-04 Desarrollo de las enseñanzas

PC-05 Análisis de los resultados y mejora de los programas

PS-01 Gestión de los RRHH

PS-02 Gestión de los recursos materiales y servicios

PS-03 Gestión documental

PS-04 Satisfacción, expectativas y necesidades

PS-05 Gestión de las incidencias

PS-06 Información pública

Santiago de Compostela, 30 de julio de 2019

DIRECTOR ACSUG



ACSUG  
AGENCIA DE CALIDADE DO  
SISTEMA UNIVERSITARIO DE  
GALICIA

José Eduardo López Pereira