



PROGRAMA FIDES-AUDIT

INFORME FINAL DE CERTIFICACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

FACULTAD DE VETERINARIA
UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

11.10.2022



DATOS DEL CENTRO EVALUADO		
UNIVERSIDAD	Universidad de Santiago de Compostela	
CENTRO	Facultad de Veterinaria	
ALCANCE (<i>especificar cualquier posible exclusión</i>)	Todas las titulaciones oficiales de grado y máster universitario adscritas al centro	
REPRESENTANTE	NOMBRE	Gonzalo Fernández Rodríguez
	CARGO	Decano
	TELÉFONO	982822012

COMISIÓN DE EVALUACIÓN QUE REALIZA LA VISITA			
PRESIDENTA	Gloria Zaballa Pérez	Institución	Universidad de Deusto
VOCAL ACADÉMICO	Juan José Tarí Grilló	Institución	Universidad de Alicante
PROFESIONAL	Marta González Moldes	Institución	Trillium Consultores
ESTUDIANTE	Luis Manuel Ibáñez Beltrán	Institución	Universidad de Santiago de Compostela
ESTUDIANTE	Sergio Castrelo Andrade	Institución	Universidad de Barcelona
SECRETARIA	M ^a Dolores Castro Pais	Institución	Técnica ACSUG
FECHA VISITA	3 de diciembre de 2021		



VALORACIÓN Y 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).

La Comisión de Evaluación de ACSUG, una vez examinado el Sistema de Garantía de Calidad (SGC) del citado centro con objeto de evaluar su grado real de implantación, emite la siguiente valoración:

FAVORABLE

DESFAVORABLE

La Facultad de Veterinaria cuenta con un manual marco contextualizado a la realidad del centro, una prórroga del plan estratégico para el horizonte 20-22 (PE-01), una política de calidad contextualizada, cuya revisión, aprobación y adecuación han podido ser evidenciados.

El centro tiene un sistema de calidad implantado y sigue sus procedimientos de trabajo recogiendo información de sus procesos para revisar y mejorar sus actividades, lo que le permite identificar acciones de mejora para los dos títulos del centro y acciones de mejora transversales para el centro, como evidencia la memoria de calidad 2019-20 publicada en la Web del centro.

Se insta al centro a reflexionar sobre el formato y contenido de la Memoria de calidad con el objetivo de poder simplificarla para que constituya una herramienta eficaz para la toma



de decisiones del centro y la definición de acciones de mejora de centro y acciones de mejora de las titulaciones.

Asimismo, se insta al centro a valorar que, dado que de la aplicación se puede extraer un documento resumen de todas las acciones de mejora, incluir este documento en la Memoria de calidad, para asegurar su correcta trazabilidad.

En el presente informe se presentan aspectos que ayudarán a la Facultad a avanzar en la implantación del Sistema de Garantía de calidad de manera eficaz alcanzando una mayor madurez.



FORTALEZAS DETECTADAS

- Compromiso del equipo directivo con las actividades a llevar a cabo para favorecer la cultura de calidad en la Facultad.
- Adecuación y contextualización de la documentación del SGC a la realidad del centro, que se evidencia especialmente en la Política de Calidad de la Facultad de Veterinaria y en el Manual de calidad vigentes.
- Celebración de reuniones semestrales de calidad entre coordinadores de materias con las responsables de calidad y representantes de los estudiantes.
- La definición de una prórroga del plan estratégico del centro para el horizonte 2020-2022.
- Existe un plan de mejoras del vicerrectorado con competencias en calidad (publicado en la web de calidad de la USC), además del plan de mejora del centro.
- En el apartado de calidad de la USC hay publicado un repositorio de buenas prácticas de calidad que puede ayudar a los centros a implantar prácticas de otros centros.
- En el apartado USC/calidad está publicado el calendario de actividades de calidad 2021-22 que permite conocer a los grupos de interés las tareas de calidad.
- Realización de actividades para potenciar la integración del alumnado en el desarrollo del Sistema de garantía de calidad y en la gestión del centro.
- El sitio web contiene gran parte de la documentación general del Sistema de garantía de calidad (SGC).



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

ASPECTOS GENERALES

La Universidad de Santiago de Compostela tiene certificado el diseño de los procesos transversales a toda la Universidad. La Facultad de Veterinaria adaptó esta documentación y aprobó el Manual del SGC de la Facultad de Veterinaria y el Manual de Procesos de la Facultad de Veterinaria. La última modificación del SGC del centro se realizó para incluir la actualización del Manual MARCO de calidad de los centros (30 de junio de 2021) y los cambios en las comisiones del SGC de la facultad. Esta modificación fue aprobada por la Comisión de Calidad de del Centro el 17 de septiembre de 2021 y por la *Xunta de Facultade* el 24 de septiembre de 2011 y finalmente por la *CCPdCG* (6 de octubre de 2021). El SGC cuenta con 12 procesos a nivel institucional y 13 procesos a nivel de centro.

En la página web de la Universidad, aparece el Manual de procesos institucionales, en el que se indica que está actualizado a fecha de 02/07/2021. Derivado de la evaluación de los procesos transversales, se han incluido nuevos procesos y se ha renombrado otros:

PI-01 Planificación Institucional da Mellora da Calidade	3
PI-02 Obtención e mantemento da acreditación institucional de centros	10
PI-03 Establecemento e actualización da oferta académica	18
PI-04 Xestión dos recursos humanos	31
PI-05 Xestión dos recursos materiais e servizos	40
PI-06 Organización e procedementos administrativos	48
PI-07 Medición e mellora dos programas de estudo e dos centros	54
PI-08 Análise de expectativas e medición da satisfacción das necesidades dos grupos de interese	61
PI-09 Xestión das incidencias (SQR)	67
PI-10 Auditoría interna	75
PI-11 Revisión pola dirección do SGC	82
PI-12 Xestión documental	88

La memoria de calidad de la facultad tiene fecha de aprobación por parte de la Comisión de Calidad de la Facultad (1/07/2021). No consta si han participado todos los miembros, por lo que no se puede contrastar la participación de todos los grupos de interés. Se recomienda incluir el nombre y el cargo de todos los asistentes para poder garantizar la participación de todos los grupos de interés.

DIRECTRIZ 1. POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD

Procedimientos afectados	<p>Manual de Calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Política de calidad del 01/07/2021 - Mapa de procesos - Indicadores e Informes específicos del centro <p>A nivel de centro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PE-01 Planificación estratégica - PE-02 Revisión y mejora - PS-03 Gestión documental - Extensión del Plan Estratégico 2021-2022 <p>A nivel institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PI-01 Planificación Institucional de la mejora de la Calidad - PI-02 Obtención y mantenimiento de la acreditación centros institucionales - PI-11 Revisión por la dirección del Sistema de Garantía de Calidad - PI-12 Gestión documental - Memoria de calidad de la facultad de Veterinaria. Curso 2019/20 <p>Y otros registros asociados a los mismos</p>
---------------------------------	---



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

<p>Descripción</p>	<p>La Universidad de Santiago de Compostela tiene certificado la implantación de los procesos transversales de toda la Universidad. La Facultad de Veterinaria adaptó esta documentación y aprobó el Manual del SGC de la Facultad y el Manual de Procesos. El SGC cuenta con 12 procesos a nivel institucional y 13 procesos a nivel de centro.</p> <p>Los órganos de gobierno, comisiones y cargos que intervienen directamente en el SGC son El equipo directivo, la Comisión de Calidad del Centro (CCC), el Gerente de Calidad del Centro (RCC), el Comité Asesor y las Comisiones de título. Las funciones de cada uno de los órganos/cargos relacionados con el SGC pueden consultarse en el Manual del SGC de la Facultad.</p> <p>La Comisión de Calidad del Centro (CCC) es un órgano que participa en las tareas de planificación, desarrollo y seguimiento del SGC de la facultad.</p> <p>El Centro cuenta con una Política de Calidad pública en la web. Respecto al Plan estratégico, se presenta como evidencia el documento "Extensión Plan Estratégico 2020/22", que incluye indicadores/evidencias asociadas a las acciones estratégicas propuestas para lograr los objetivos estratégicos. No se debe confundir evidencia con indicador, por lo que se recomienda tener especial cuidado a la hora de identificar uno u otro aspecto para cada objetivo. Los indicadores deben ser medibles y deben proporcionar información sobre cómo se va a medir la consecución del objetivo planteado. Se deben establecer metas concretas para cada uno de los objetivos estratégicos definidos para poder evaluar su consecución.</p> <p>Se debe realizar una planificación para el correcto despliegue de los objetivos estratégicos, con metas a alcanzar, actividades, responsables, temporalización, recursos e indicadores para poder así realizar su seguimiento y valorar su avance, más allá de relacionar los objetivos estratégicos con los planes de acciones de mejora. Cuando las acciones se trazan con objetivos, se incluye una tabla con la planificación que sí contiene meta e indicador.</p> <p>Para garantizar la trazabilidad de los procesos, por ejemplo, entre el PE-01 Planificación estratégica y el PE-02 Revisión y mejora, se debe incluir en el flujograma del PE-01 una salida hacia el PE-02, Revisión y mejora.</p> <p>Se deben establecer indicadores para los procesos de centro, por ejemplo, % de objetivos estratégicos conseguidos.</p> <p>Se deben establecer metas para el conjunto de los procedimientos del SGC, de tal manera que se puedan evaluar sus resultados en base a dichas metas y poder analizar tendencias, para una toma de decisiones orientada a la mejora del SGC, garantizando la implantación sistemática de la mejora continua del centro y sus titulaciones. Se presenta un listado de indicadores en la memoria (apartado 5), que enlaza con el lugar donde puede encontrarse el valor de ese indicador en un año concreto, a veces siendo algo general como la página web.</p> <p>Anualmente se elabora una Memoria de calidad del Centro (MCC), de acuerdo con lo establecido en el SGC, en base a los informes de seguimiento de las titulaciones y el plan de mejora del año anterior. En dicha memoria se evalúa el grado de ejecución y eficacia del Plan de mejoras anual (PMA) llevado a cabo durante el 2019-20, así como la planificación de nuevas propuestas.</p> <p>Se presenta como evidencia la auditoría interna realizada a la facultad, en base al PI-10 Auditoría interna de la Universidad. Está fechada a 06/05/2021, se hacen recomendaciones sobre la Memoria de calidad del Centro del 2019/2020 (aprobada el 01/07/21). Dicho proceso no contempla cómo se gestionan las debilidades encontradas o cómo alimenta al sistema de garantía de calidad de los centros. Por ello, se debe especificar cómo se gestionan los</p>
---------------------------	---



ASPECTOS QUE DEBEN SER OBJETO DE ELABORACIÓN DE UN PLAN DE ACCIONES DE MEJORA	
	<p>resultados de dicha auditoría, o establecer acciones de mejora en el Sistema de garantía de calidad del centro como consecuencia de los resultados de la auditoría interna para su mejora.</p> <p>En el PE-02 Revisión y mejora, se debe incluir el análisis de las auditorías internas como parte del análisis de revisión del SGC, y dentro de la memoria de calidad anual del Centro se debe incluir la revisión de las acciones de mejora establecidas como consecuencia de la auditoría.</p>
DIRECTRIZ 2. DISEÑO, REVISIÓN PERIÓDICA Y MEJORA DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS	
Procedimientos afectados	<p>Manual de Calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Política de calidad del 01/07/2021 - Indicadores e Informes específicos del centro <p>A nivel de centro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PE-02 Revisión y mejora - PC-01 Análisis del perfil de ingreso y captación - PC-04 Desarrollo de las enseñanzas - PC-05 Análisis de resultados y mejora de los programas - Informes de análisis y mejora título - PS-04 Satisfacción, expectativas y necesidades - PS-05: Gestión de Incidencias <p>A nivel institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PI-03 Establecimiento y actualización de la oferta académica (renombrado) - PI-11 Revisión por la dirección del Sistema de Garantía de Calidad - PI-08 (Satisfacción, expectativas y necesidades) <p>Y otros registros asociados a los mismos</p>
Descripción	<p>El diseño, revisión y mejora de los programas formativos de la Facultad de Veterinaria sigue los procedimientos comunes al conjunto de la USC y están sistematizados en el proceso PI-01, Diseño, modificación y extinción de programas del Manual de Procesos Institucionales de Calidad de la USC. En él se establecen las pautas para el diseño, revisión y mejora de los programas formativos.</p> <p>A nivel del SGC de la Facultad, cuentan con el proceso PE-02, Revisión y mejora, en el que se establece el seguimiento anual de los programas. Las Comisiones de Título (CT) son las encargadas de analizar, anualmente, el desarrollo y los resultados de los programas formativos, y la efectividad de las acciones de mejora propuestas. Los informes de seguimiento están disponibles en la aplicación y también públicos en la web.</p> <p>El SGC establece la sistemática con la que se realizan los procesos que afectan directamente al desarrollo de los programas formativos, el PC-01 (Análisis del perfil de ingreso y captación), PC-02 (Planificación de las enseñanzas), PC-04 (Desarrollo de las enseñanzas) y PC-05 (Análisis de resultados y mejora de los programas). En el caso del diseño de nuevos títulos, se procede conforme al proceso institucional PI-01, Diseño, modificación y extinción de programas y, en lo que compete al Centro queda evidencia en las actas y acuerdos de los órganos responsables.</p> <p>La Comisión del Grado es la encargada de revisar el cumplimiento de las guías docentes.</p> <p>La sistemática para la recogida de información de los grupos de interés, se describe en el proceso institucional de la USC PI-08 (Satisfacción, expectativas y necesidades), que establece el proceso de recogida de información a nivel institucional sobre los aspectos más relevantes (docencia, titulaciones, servicios, movilidad, trabajo).</p> <p>En cuanto a las quejas, sugerencias y reclamaciones, se gestionan según lo descrito en el PS-05 Gestión de Incidencias.</p>



RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA	
DIRECTRIZ 1. POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD	
Procedimientos afectados	<p>Manual de Calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Política de calidad del 01/07/2021 - Mapa de procesos - Indicadores e Informes específicos del centro <p>A nivel de centro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PE-01 Planificación estratégica - PE-02 Revisión y mejora - PS-03 Gestión documental - Extensión del Plan Estratégico 2021-2022 <p>A nivel institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PI-01 Planificación Institucional de la mejora de la Calidad - PI-02 Obtención y mantenimiento de la acreditación centros institucionales - PI-11 Revisión por la dirección del Sistema de Garantía de Calidad - PI-12 Gestión documental - Memoria de calidad de la facultad de Veterinaria. Curso 2019/20 <p>Y otros registros asociados a los mismos</p>
Descripción	<p>El programa de objetivos del centro establece como responsable de todos los objetivos al equipo decanal/coordinador del título. Se recomienda que los objetivos se establezcan para las funciones y niveles pertinentes, evitando que recaigan siempre en el mismo cargo y fomentando el reparto de las tareas relacionadas con el SGC.</p> <p>Se recomienda establecer un sistema de codificación de las acciones de mejora que las identifique inequívocamente durante todo su ciclo de vida, desde donde se inicie la acción de mejora hasta su cierre y valoración de eficacia. Asimismo, se recomienda establecer mecanismos para asegurar la correcta trazabilidad de las acciones de mejora y de los documentos del sistema. A lo largo de la memoria, en las diferentes directrices se van analizando las diferentes debilidades, y acciones a llevar a cabo en el 2020-21, pero no están trazadas con la codificación de las acciones. Ejemplo: En la memoria (pág. 26), en el MGG, se comenta que "si bien se ha intentado mejorar aspectos en la organización docente, la valoración de estos aspectos (carga de trabajo del alumno, calendario de exámenes, equilibrio entre contenidos teóricos y prácticos) fue significativamente inferior a la del curso 2018-2019 (valoración general de la organización de 2.00 y 4.00 para el curso académico 2019-2020 y curso académico 2018-2019, respectivamente). Por tanto, el CCM considera que existe un importante margen de mejora (proponiendo una acción de mejora para controlar la carga de trabajo en el curso 2020-2021) donde los coordinadores de asignaturas juegan un papel clave". No aparece trazada con la acción concreta, en este caso sería la MGG-AM-4.</p> <p>Se considera la realización de auditorías internas por parte del Área de Calidad una buena práctica, por lo que se recomienda a la Universidad impulsar y seguir desarrollando esta actividad en el futuro de una manera sistemática.</p> <p>Se recomienda estudiar medidas para reforzar la relación con los egresados ya que las tasas de satisfacción de este colectivo constituyen uno de los aspectos peor valorados (índices sobre 3). La tasa de satisfacción de los egresados con la información pública disponible es de los índices más bajos del título 3,04. Son datos muy aceptables, pero mejorables.</p> <p>Sobre las actas de las reuniones: se recomienda que se especifiquen los cargos de cada una de las personas convocadas, para conocer a que grupo de interés representan.</p>



	<p>Se recomienda diseñar una tabla con los indicadores de los procedimientos, sus resultados cada año y tendencias, de manera que sea más sencillo su análisis.</p> <p>Se recomienda establecer acciones para impulsar la efectividad del Comité ejecutivo.</p>
DIRECTRIZ 6: INFORMACIÓN PÚBLICA	
Procedimientos afectados	<p>Manual de Calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicadores e Informes específicos del centro <p>A nivel de centro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PE-02 Revisión y mejora - PS-06 Información pública <p>A nivel institucional</p> <ul style="list-style-type: none"> - PI-11 Revisión por la dirección del Sistema de Garantía de Calidad <p>Y otros registros asociados a los mismos</p>
Descripción	<p>No se evidencia la publicación en la Web del título de la información relativa a la satisfacción del alumnado de todos los títulos que se imparten en el centro. Se recomienda mejorar la información pública facilitada a este respecto.</p> <p>El centro publica en el enlace Calidad/Indicadores los indicadores del grado de veterinaria. Estos indicadores incluyen los valores de los indicadores referidos a PDI y resultados del título (tasas y satisfacción). Actualizar los datos, en la web están publicados los indicadores hasta el curso 18-19.</p>

Santiago de Compostela, 11 de octubre de 2022

DIRECTOR ACSUG
José Eduardo López Pereira

