



PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

**UNIVERSIDAD DE VIGO
FACULTAD DE BIOLOGÍA**

DATOS DEL CENTRO AUDITADO

| | |
|--------------------------------|---|
| Universidad | UNIVERSIDAD DE VIGO |
| Centro | FACULTAD DE BIOLOGÍA |
| Alcance de la auditoría | Títulos oficiales de grado y máster que imparte la Facultad |

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

| | | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------|-------------------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Preauditoría | <input type="checkbox"/> | Inicial | <input checked="" type="checkbox"/> | Seguimiento | <input type="checkbox"/> | Renovación | <input type="checkbox"/> |
|---------------------|--------------------------|----------------|-------------------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

| | |
|-----------------------|---------------------------------------|
| Nombre | Jesús M. Míguez Miramontes |
| Cargo | Decano de la Facultad de Biología |
| Tfno. y correo | 986 811976, decanatobiologia@uvigo.es |

DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

| | | | |
|----------------------|---------------------------|--------------------|--------------------------|
| Auditor Jefe | Laureano González Vega | Institución | Universidad de Cantabria |
| Auditor | Marta González Moldes | Institución | Trillium Consultores |
| Técnico ACSUG | María Dolores Castro Pais | Institución | Técnico ACSUG |

VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)

El equipo auditor de la Agencia certificadora, una vez examinado el SGIC del citado centro con objeto de evaluar su grado real de implantación, emite la siguiente valoración previa:

| | |
|-------------------------------------|---------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | FAVORABLE |
| <input type="checkbox"/> | FAVORABLE CON CONDICIONES |
| <input type="checkbox"/> | DESFAVORABLE |

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO

El equipo auditor, una vez examinado el Sistema de Garantía Interna de Calidad (SGIC) de la Facultad de Biología de la Universidad de Vigo y tras el desarrollo de la visita de auditoría, ha constatado que, en esta Facultad, se ha logrado la correcta y adecuada implantación de la mayor parte de los procedimientos de su SGIC tal y como se definieron en el momento de la evaluación del diseño y tal y como han evolucionado hasta la actualidad. Asimismo se ha evidenciado que el funcionamiento global del SGIC de esta Facultad está claramente orientado a la mejora continua de la formación que ofrece a sus estudiantes.

Por otra parte la auditoría ha puesto de manifiesto una activa participación de todos los grupos de interés implicados y concernidos, siendo de destacar el grado de implicación y el compromiso de los profesionales externos en la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad.

Finalmente, se debe destacar que esta valoración 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 del equipo directivo de la Facultad y su Decano y de la intensa dedicación y del trabajo desarrollado por la Coordinadora de Calidad para lograr la implantación del Sistema de Garantía Interna de Calidad y para coordinar a la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad.

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

No ha habido ninguna incidencia durante el desarrollo de la Auditoría.

MANIFESTACIÓN DE NO CONFORMIDAD DEL AUDITADO

No se ha manifestado ninguna No Conformidad por parte del representante del centro auditado.

RESUMEN GLOBAL DE LA AUDITORÍA POR CADA DIRECTRIZ

Esta auditoría se ha realizado de manera muestral. Por este motivo, podrían existir otras No Conformidades además de las indicadas en el presente informe.

| Directriz AUDIT | | Directriz AUDIT | |
|--|-----------------|--|-----------------|
| 1.0. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad | No Conf. | 1.2. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes | No Conf. |
| 1.0.1. Existe declaración pública y por escrito que recoja su política, alcance y objetivos de calidad | | 1.2.1. Se dispone de sistemas de información para valorar las necesidades del Centro | |
| 1.0.2. Participación de los grupos de interés implicados | | 1.2.2. Existen mecanismos para obtener y valorar información sobre los procesos anteriores | |
| 1.0.3. Se ha configurado el sistema para su despliegue | | 1.2.3. Existen mecanismos que regulen las directrices que afectan a los estudiantes | |
| 1.0.4. Se realizan acciones para la mejora continua de la política y objetivos de calidad | | 1.2.4. Se realizan acciones para la mejora continua de los procesos relacionados con los estudiantes | |
| 1.0.5. Se rinde cuentas a los grupos de interés | | 1.2.5. Se aplican procedimientos de toma de decisiones relacionados con los estudiantes | ncm (2) |
| 1.1. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos | No Conf. | 1.2.6. Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje | |
| 1.1.1. Existen órganos y procedimientos para la mejora continua de los títulos | | 1.2.7. Se rinde cuentas sobre los resultados del aprendizaje | |
| 1.1.2. Se dispone de sistemas de información para la mejora de la oferta formativa | | 1.3. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico | No Conf. |
| 1.1.3. Existen mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos | ncm (1) | 1.3.1. Se aplican procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico | |
| 1.1.4. Se dispone de mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión | | 1.3.2. Se recoge información sobre los resultados de su personal académico | |
| 1.1.5. Se rinde cuentas a los grupos de interés | | 1.3.3. Se realizan acciones para la mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico | |
| 1.1.6. Se han definido criterios para la eventual suspensión del título | | 1.3.4. Existen mecanismos de toma de decisiones relativas al acceso, evaluación y promoción | NCM (3) |
| OBSERVACIONES: Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas Por cada subcriterio se podrá asignar más de una no conformidad | | 1.3.5. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal | |
| | | 1.3.6. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal | |

(Sigue)

| Directriz AUDIT | | Directriz AUDIT | |
|--|-----------------|--|----------|
| 1.4. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios | No Conf. | 1.6. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones | No Conf. |
| 1.4.1.Existen mecanismos para la obtención de información sobre requisitos de gestión de los recursos materiales y servicios | | 1.6.1.Se aplican procedimientos para obtener información sobre el desarrollo de titulaciones y programas | |
| 1.4.2.Existen mecanismos para la obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios | | 1.6.2.Se aplican procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc. | |
| 1.4.3. Se realizan acciones para la mejora continua de su política y actuaciones relativas al PAS y servicios | NCM (3) | 1.6.3.Se realizan acciones para la mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés | |
| 1.4.4.Existe mecanismos para el control y mejora continua de los recursos materiales y servicios | | 1.6.4.Se aplican procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de la información sobre programas y títulos | |
| 1.4.5.Se aplican procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios | | | |
| 1.4.6.Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios | | | |
| 1.4.7.Se rinde cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios | | | |
| 1.5. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados | No Conf. | | |
| 1.5.1.Obtención de información sobre necesidades de los grupos de interés sobre calidad de la enseñanza | | | |
| 1.5.2.Recogida de información sobre resultados de aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de grupos de interés | | | |
| 1.5.3.Mejora continua de los resultados y la fiabilidad de los datos utilizados | | | |
| 1.5.4.Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados | | | |
| 1.5.5.Procesos de toma de decisiones relacionados con los resultados | | | |
| 1.5.6.Implicación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados | | | |
| 1.5.7.Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados | | | |

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

| N° No Conf. (1) | Elemento AUDIT | Justificación | Cat. No Conf. (2) |
|-----------------|----------------|--|-------------------|
| 1 | 1.1.3 | No queda claramente evidenciada la participación e implicación (a priori) de la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad en todas aquellas decisiones académicas relativas a las modificaciones de los títulos o a la suspensión o extinción de estos bien para promover, bien para valorar, dichas decisiones (por ejemplo: la modificación del Grado de Biología y la extinción de varios másteres). | ncm |
| 2 | 1.2.5 | En relación al procedimiento PC10 "Gestión y revisión de las prácticas externas", no se evidencia que su aplicación incluya a las prácticas externas que realizan los estudiantes de los másteres oficiales que se imparten en la Facultad de Biología. | ncm |
| 3 | 1.3.4 1.4.3 | 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 |

(1) Se mantendrá la misma correlación numérica utilizada en el apartado anterior

(2) Se contemplan dos categorías de No Conformidades:

- No conformidad Mayor (**NCM**). Requiere en todos los casos un plan de acción de mejoras
- No conformidad menor (**ncm**). Queda a criterio de la organización auditada su inclusión en el plan de acciones de mejora que en su caso deba presentar a la Agencia.

FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SGIC

1. El buen funcionamiento de la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad.
2. La calidad y utilidad de los distintos informes y planes de mejora producidos por la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad como consecuencia de la implantación del Sistema de Garantía Interna de Calidad de la Facultad.
3. El papel del Plan de Acción Tutorial como canal vehicular y herramienta de distintos procesos del Sistema de Garantía Interna de Calidad de la Facultad (orientación, quejas, sugerencias, etc.).
4. El alto grado de participación de los estudiantes en las encuestas de satisfacción como consecuencia de las acciones promovidas por la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad.
5. La utilidad de las guías docentes, completas y actualizadas, consecuencia de la actuación directa sobre ellas de la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad.
6. Lo apropiado y pertinente del reglamento con el que la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad aborda las quejas, sugerencias y reclamaciones.
7. La forma en la que se aborda la publicación de la información relativa a los resultados del funcionamiento de la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad.

DEBILIDADES/OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS EN EL SGIC

1. Como oportunidad de mejora se recomienda a la Facultad que le dé un mayor protagonismo a la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad. Así, se debe tener en cuenta a la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad, a priori y no solo a posteriori, en las decisiones académicas relativas a las modificaciones de los títulos o la suspensión o extinción de estos.
2. Se ha evidenciado que se precisa de un mayor apoyo técnico-administrativo para la total implantación y gestión del Sistema de Garantía Interna de Calidad.
3. Se debe adaptar el Reglamento de Prácticas Externas para considerar también a los estudiantes de los másteres.
4. 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 debiera 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.

DEBILIDADES/OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS EN EL SGIC

5. Se evidencia la necesidad de una mayor implicación institucional en todo lo 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.
6. 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.
7. Se recomienda que se contemple el interés de calibrar los equipos que se van a utilizar en la docencia práctica.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

| NOMBRE | CARGO/ OCUPACIÓN |
|-------------------------------|--|
| D. Jesús M. Míguez Miramontes | Presidente (Decano) |
| Dña. Mercedes Gallardo Medina | Coordinadora de calidad |
| Dña. Carmen Sieiro Vázquez | Máster en Biotecnología Avanzada |
| D. Raúl Iglesias Blanco | Máster Profesorado |
| D. José L. Soengas Fernández | Máster en Acuicultura |
| Dña. Vicenta Martínez Zorzano | Máster en Metodología |
| D. Manuel Megías Pachecho | Máster en Neurociencia |
| D. Rubén González Miguélez | Estudiante de grado |
| Dña. Marta Cobas Roade | Estudiante de máster |
| D. Pelayo Míguez Muiños | Empresa |
| D. José Miguel Dorribo Rivera | Técnico Área de apoyo a la Docencia y Calidad |
| Dña. Raquel Gandón Chapela | Técnico Área de apoyo a la Docencia y Calidad |
| Dña. Maruxa Perez Vazquez | Empresa (acudió sólo a la lectura final del informe) |

EXCUSADOS


| NOMBRE | CARGO/ OCUPACIÓN |
|---------------------------------|--|
| Dña. María Santos González | Egresada |
| D. Yoel Antonio Castro Maqueira | Estudiante de máster |
| Dña. Victoria Alonso Crespo | Personal de Administración y Servicios |

DISPOSICIÓN FINAL

El representante de la institución auditada manifiesta haber recibido copia de este informe, así como una explicación de sus conclusiones.

La organización auditada ha elaborado un plan de acciones correctivas en el que especifica para cada no conformidad el estudio de sus causas, la/s acción/es correctoras o de mejora propuesta/s, el/ los responsables de su implantación y el plazo de tiempo estimado para su ejecución.

En Santiago de Compostela, a 18 de noviembre de 2013

| Por la institución auditada | Por el equipo auditor (1) |
|-----------------------------|--|
| D/a: Cargo: |  D. Laureano González Vega Cargo: Auditor Jefe <i>(1) Auditor de mayor rango del equipo</i> |