



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)

| 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 | Roberto Orlando Bustillo Bolado |
| | Cargo | Decano 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 | | |

VALORACIÓN

La Comisión de Evaluación para la visita nombrada por ACSUG, una vez examinado el SGC del citado centro con objeto de evaluar su grado real de implantación así como el Plan de Mejoras enviado por el centro, emite la siguiente valoración:

FAVORABLE

DESFAVORABLE

La Comisión de Evaluación acepta las Acciones Propuestas para eliminar las no conformidades (nc) detectadas.

Para que el proceso de certificación siga el curso previsto, ACSUG comprobará, en las sucesivas revisiones del Plan de Mejoras derivado del SGC, cómo el centro resuelve aquellas no conformidades o debilidades detectadas en la auditoría; todas las acciones incluidas en dicho plan serán objeto de especial revisión durante el proceso de seguimiento del SGC.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO

El proceso de auditoría externa desarrollado persigue los siguientes objetivos:

- Determinar que el SGC implantado en el Centro cumple las directrices del Programa FIDES-AUDIT (Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad; Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos; Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes; Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico; Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios; Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados; Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones).
- Determinar que se cumplen las directrices establecidas por la institución universitaria incluidas en el SGC establecido por 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.

La documentación del SGC de la Facultad de Derecho está disponible en su página web y cumple con las directrices del Programa FIDES-AUDIT.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO

La Comisión de Evaluación para la visita ha realizado una nueva revisión del SGC del centro como continuación de la auditoría realizada el 6 de mayo de 2014 centrándose en aquellas no conformidades o debilidades detectadas en esa primera visita. El plan de trabajo correspondiente a la visita de auditoría, 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 |
|-------------------------------|-------------|--|
| 2 de junio de 2015 | 09.00-09.30 | Recepción del Equipo Auditor |
| | 9.30-10.15 | Reunión con el Equipo Directivo |
| | 10.15-10.30 | Estudio de la documentación y análisis de las evidencias (Café) |
| | 10.30-13.00 | Reunión con la Comisión de Calidad del Centro |
| | 13.00-13.30 | Reunión del Equipo Auditor |
| | 13.30-14.00 | Informe oral con la Comisión de Calidad del Centro y el Equipo Directivo |

Las audiencias celebradas con el Equipo Directivo y la Comisión de Garantía de Calidad han permitido recabar y contrastar adecuadamente la información previamente revisada por los miembros de la Comisión, a través del gestor documental del SGC de la UVI y de la página web del Centro donde se muestran los documentos del SGC de la Facultad y las evidencias de su implantación.

La Facultad ha conseguido dar un mayor protagonismo a la Comisión de Garantía de la Calidad dentro del organigrama y del funcionamiento del centro, convirtiéndola en un órgano de participación, debate y valoración de las cuestiones más relevantes para los grupos de interés implicados. 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.

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.

Esta valoración positiva es consecuencia de la coordinación del Área de Apoyo a la Docencia y Calidad de la Universidad de Vigo y, especialmente, de la implicación de la Comisión de Garantía de Calidad del Centro (CGC) y del Equipo Directivo de la Facultad y su Decano así como del intenso trabajo desarrollado por los responsables del Vicedecanato de Planificación y Calidad de la Facultad para lograr la implantación del Sistema de Garantía de Calidad y para coordinar a la CGC.

| 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. | 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. | 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) |
| 4 | 4 | PA07 | 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. | 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**).

FORTALEZAS DETECTADAS

1. El compromiso, la implicación, la dedicación y el esfuerzo tanto de la Comisión de Garantía de Calidad como del Equipo Directivo de la Facultad.
2. 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 SGC, todos los resultados del trabajo de la Comisión de Garantía de Calidad y del equipo directivo.
3. La nueva edición del SGC que ha logrado simplificar y aclarar los procesos del SGC facilitando así su despliegue e implantación.
4. La contextualización del SGC a las características del centro.
5. La forma con la que la Comisión de Garantía de Calidad ha abordado todas las cuestiones que afectan al PDI y al PAS, a pesar de no haber podido implementar los procedimientos PE02, PA05 y PA06.
6. La defensa de los derechos de los estudiantes en la extinción de uno de los títulos del centro, siguiendo lo establecido en el procedimiento PA02. *Suspensión de un título.*
7. El panel de indicadores y la forma en la que se presenta que sin duda facilitará su determinación y su utilización para abordar la consecución de los objetivos de calidad de la Facultad.
8. La claridad, calidad y utilidad del informe anual de resultados y del plan anual de mejoras. (especialmente el relativo al año 2014).
9. El incremento en la participación del alumnado y del profesorado en la cumplimentación de las encuestas de satisfacción.
10. La calidad de la información con la que trabaja la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad.

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).

OPORTUNIDADES PARA LA MEJORA

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.
3. Los siguientes procedimientos estructurales, puesto que están en proceso de modificación, no se han desplegado: PEO2. 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.
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.

COLECTIVOS ENTREVISTADOS

EQUIPO DIRECTIVO DE LA FACULTAD:

- **Decano:** Roberto O. Bustillo Bolado
- **Vicedecana de Organización Académica:** Susana Álvarez González
- **Vicedecana de Planificación e Calidad:** Marta Fernández Prieto
- **Secretaria:** M.^a Dolores Fernández Fustes
- **Coordinadora de Relaciones Internacionales:** Belén Sánchez Ramos
- **Coordinadora de Grao en Dereito:** Lourdes Borrajo Diz
- **Enlace de Igualdade:** Roberto O. Bustillo Bolado

COMISIÓN DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

- **Presidenta:** D^a. Marta Fernández Prieto, Vicedecana da Facultad
- **Secretaria:** D^a. María Dolores Fernández Fustes
- **Profesorado Permanente Licenciatura:** D^a. Francisca Fernández Prol
- **Profesorado Permanente Grado:** D^a. Mónica Siota Álvarez
- **Profesorado permanente Máster U. en Abogacía:** D. Roberto Bustillo Bolado
- **Profesorado No Permanente:** D^a. Ángela Coello Pulido
- **Profesorado Permanente M U en Información Técnica del Medicamento:** D. Álvaro de Castro Palomares
- **Alumnado Licenciatura:** D^a. Ángel Rodríguez Escribano
- **Egresados Licenciatura:** D^a. Laura Movilla Pateiro
- **Alumnado Grado:** D^a. Beatriz Pardo Iglesias
- **Egresado Grado:** D. José Luis Castro Fírvida

- **Alumnado Máster universitario en Abogacía:** D^a. Paula Conde Lama
- **Alumnado Egresado Máster universitario en Abogacía:** D^a. Ana María Martín Romero
- **Personal de Administración y Servicios:** D^a. Concepción Martínez Martínez
- **Sector Sociedad:** D. Marcos Vázquez Guzmán (Abogado)
- **Sector Calidad:** D. Raquel Gandón Chapela (designada por el Área de Calidad)

En Santiago de Compostela, a 23 de julio de 2015



José Eduardo López Pereira
Director ACSUG
Secretario CGIACA