



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 CIENCIAS JURÍDICAS
Y DEL TRABAJO
(Campus de Vigo)**

DATOS DEL CENTRO AUDITADO		
Universidad	UNIVERSIDAD DE VIGO	
Centro	Facultad de Ciencias Jurídicas y del Trabajo (Campus de Vigo)	
Alcance de la auditoría <i>(especificar cualquier posible exclusión)</i>	Títulos oficiales de grado y máster	
Representante de la institución auditada	Nombre	Ana María Pita Grandal
	Cargo	Decana de la Facultad

DATOS DE LA COMISIÓN DE EVALUACIÓN			
(Responsables de la Auditoría de Certificación de la Implantación del SGC)			
Presidente	Javier González Benito	Institución	Universidad de Salamanca
Auditora	Marta González Moldes	Institución	Trillium Consultores
Estudiante	Marta López López	Institución	Universidad de Vigo
Técnico ACSUG	María Dolores Castro Pais		
Fecha auditoría externa	9 y 10 de marzo de 2015		
Fecha emisión informe de auditoría	10 de mayo de 2015		
Fecha envío Plan de Propuestas de Mejora	30 de abril de 2015		

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO

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:

<input checked="" type="checkbox"/>	FAVORABLE
<input type="checkbox"/>	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.

El próximo año se procederá a realizar además, una nueva revisión documental de la documentación generada por el SGC del centro a través del gestor documental del SGC. 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 30 de abril de 2015, tras la recepción del informe de auditoría externa inicial.

Independientemente del tipo de no conformidad o debilidad detectada, el centro deberá ir más allá de las propuestas de mejora que sólo planteen declaraciones de intenciones, es decir, deberá presentar sistemáticas, criterios o evidencias concretas que permitan a ACSUG valorar que las propuestas de mejora establecidas eliminan la causa raíz que generó la no conformidad o debilidad.

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
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	
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	3
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	
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	4
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	
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	5
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	

RESUMEN GLOBAL POR CADA DIRECTRIZ	
Directriz FIDES-AUDIT	No Conf.
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	6
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. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad	Manual del SGC	<p>En relación a la estructura y funciones de la Comisión de Calidad:</p> <p>No se puede evidenciar que la composición actual de Comisión de Garantía de Calidad del centro responda a lo establecido en el manual en vigor (MSGIC_03, edición E03, cuya última modificación es del 15.12.2014).</p> <p>No se ha podido evidenciar la aprobación del nuevo manual por la Junta de Centro, aunque sí la constitución de una nueva Comisión de Calidad en base a los criterios de una versión del manual de calidad, sin aprobar, que todavía no ha entrado en vigor.</p> <p>No se evidencia que la Comisión de Calidad esté desarrollando, de forma sistemática, todas las funciones indicadas en el apartado 3.4.3 del MSIGC 03. (Por ejemplo:—análisis de los resultados de las encuestas de satisfacción, realización de una reflexión sobre el avance del sistema de gestión, etc).</p>	ncm
2		PE01	<p>En relación a los objetivos de calidad establecidos por el Centro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se detecta la existencia de objetivos de calidad establecidos por debajo de los ratios previamente alcanzados por el centro (Por ejemplo: El objetivo nº1 del programa de objetivos establecido para el período 2014/2015) - No se puede evidenciar el adecuado “despliegue” de los objetivos de calidad establecidos entre los distintos miembros de la Comisión. 	ncm

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES				
Nº No Conf. (1)	Directriz AUDIT	Procedimientos afectados	Descripción	Cat. No Conf. (2)
3	4. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico	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 (PDI) y al Personal de Administración y Servicios (PAS). No se evidencia que se recoja información sobre necesidades y resultados de la formación ni sobre los resultados de la evaluación, lo que impide que se analicen y se realicen acciones para la mejora continua de las actuaciones relativas al PDI y PAS.	NCM
4	5.- Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios	PA07	No se evidencia una correcta implantación del procedimiento PA07 respecto de la Gestión de los Recursos Materiales. No se evidencia que se analice, por parte de la Comisión de Garantía de Calidad, la información disponible, ni que se establezcan acciones de mejora respecto a la satisfacción de los usuarios con los servicios del centro.	NCM
5	6.- Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados	PA03	No se evidencia que se realicen acciones para la recogida de información, análisis y establecimiento de acciones de mejora respecto a la satisfacción del 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 que requieren en todos los casos un plan de acción de mejoras:
- No conformidad mayor (**NCM**).
 - No conformidad menor (**ncm**).

FORTALEZAS DETECTADAS

- 1.- En las audiencias mantenidas se aprecia un alto compromiso con la gestión de la calidad y la mejora continua de las enseñanzas que se manifiesta en el buen funcionamiento del centro, así como en la participación en este proceso de certificación de la implantación del SGC.
- 2.- Se valora positivamente el esfuerzo realizado por el centro en transformar la Comisión de Calidad en un órgano más activo. Las evidencias demuestran que el número de reuniones realizadas se ha visto incrementado sustancialmente, lo cual es importante para lograr la correcta implantación del SGC y su mejora.
- 3.- En general, se evidencia un ajuste de la documentación del SGC a los criterios y directrices del programa FIDES-AUDIT.

OPORTUNIDADES PARA LA MEJORA

1. La Comisión de Garantía de Calidad del Centro (CGC) debe ser más proactiva a la hora de obtener y analizar los diversos datos que precisa para su funcionamiento. Las actas de sus reuniones deben recoger los debates, análisis y propuestas de sus distintos miembros, con el fin de evidenciar su correcto funcionamiento y garantizar la existencia de información para su análisis futuro. En esta línea, la CGC debe establecer acciones de mejora ante las desviaciones que se detecten y analizarlas con la ayuda de sus miembros.
2. En relación a la composición de la CGC, 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 cuando entre en vigor 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.
3. En relación a los objetivos de calidad establecidos, se debe realizar un esfuerzo por contextualizarlos al centro y a su realidad. Los objetivos establecidos deben buscar la excelencia y la mejora continua del SGC. El hecho de establecer objetivos por debajo de los ratios ya alcanzados no plantea un reto para el centro, cuando esa es la finalidad real del programa de objetivos.
4. Fomentar la participación de los distintos grupos de interés (estudiantes, profesorado...) en las encuestas de satisfacción, y valorar la utilización de otros métodos para recabar información, para contrastarla o detallarla (Plan de Acción Tutorial...).
5. Se recomienda proporcionar a los distintos grupos de interés las conclusiones que surjan tras el análisis de los resultados de las encuestas de satisfacción 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.

OPORTUNIDADES PARA LA MEJORA

6. En varios de los procedimientos, el análisis de la información correspondiente no se realiza en el propio Sistema, sino que se incluye en el Informe Anual de Seguimiento del título. Debe tenerse en cuenta que es el SGC el que debe alimentar los informes de seguimiento y acreditación, en su caso, y no al revés. Por ejemplo, la Comisión de Calidad debe analizar anualmente los datos relativos al rendimiento académico en cada asignatura.
7. Se recomienda revisar y completar la información que se encuentra en la web en relación al SGC del Centro. Es recomendable que se realicen revisiones periódicas de la información pública disponible en la web para asegurar que la información mostrada se encuentra siempre actualizada. Analizar la eficacia de la información que se facilita a todos los grupos de interés a través de la página web del Centro, Universidad u otras fuentes de información. Comprobar que el acceso a la información del sistema esté disponible de forma sencilla desde la Web de los distintos títulos que se imparten en el centro (procedimiento DO-0301 P1).
8. Incorporar en el procedimiento de *PC04. Selección, admisión y matriculación de estudiantes*, un análisis del perfil de ingreso real del alumnado matriculado en cada título y su comparación con el perfil de ingreso recomendado, recogido en las memorias de verificación, detectando posibles desviaciones y observando, en caso de no coincidir dichos perfiles, si esto afecta a los resultados académicos, principalmente en las asignaturas básicas de los títulos.
9. El análisis de los resultados obtenidos es una parte importante de los procesos desarrollados por el centro. En el caso del proceso de orientación a los estudiantes, es importante que se evidencie la realización de un análisis de la situación por parte de la Comisión de Calidad, en especial ante los indicadores obtenidos en relación a la satisfacción de los estudiantes con el citado proceso.
10. Fomentar la cultura de calidad y el conocimiento del SGC del Centro y su utilidad entre todos los grupos de interés, con el objetivo de contribuir a la mejora continua de los títulos que se imparten en el centro.
11. 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.).
12. 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.

COLECTIVOS ENTREVISTADOS

EQUIPO DIRECTIVO DE LA FACULTAD:

- **Decana:** Ana María Pita Grandal
- **Secretaria:** María Cruz Barreiro Carril
- **Vicedecanos:**
 - Pilar Allegue Aguite
 - Jaime Aneiros Pereira
 - Francisco José Torres Pérez
- **Secretaria del Centro:** M^a Cruz Barreiro Carril

COMISIÓN DE GARANTÍA DE CALIDAD:

- **Decana:** Ana María Pita Grandal
- **Coordinador de Calidad:** Francisco José Torres Pérez
- **Coordinador del Grado en Derecho:** Jaime Aneiros Pereira
- **Coordinador del Grado en RRL y RRHH:** Rafael Fernández Acevedo
- **Coordinador del Máster en Derecho de Empresa:** Luis Muleiro Parada
- **Coordinador del Máster en Abogacía:** María Antonia Arias Martínez
- **Coordinador del Máster en Menores:** Esther Pillado González
- **Coordinador del Máster en Xest. e Dir. Laboral:** Emma Rodríguez Rodríguez
- **Representante del Profesorado:** José Carlos Orge Miguez
- **Representante del Alumnado:** Isabel Guerreiro Gesteira
- **Representante del Alumnado Egresado:** Isaac Borja Araujo Figueroa
- **Representante de la Sociedad:** Raúl Gómez Villaverde

Otros asistentes:

- **Responsables de Relaciones Internacionales:**
 - María Cruz Barreiro Carril
 - Regina Ibáñez Paz
- **Representante de la secretaría Administrativa Decanato:**
 - Paula Ramil Vázquez

En Santiago de Compostela, a 3 de junio de 2015



José Eduardo López Pereira
 Director ACSUG
 Secretario CGIACA