



# **PROGRAMA AUDIT**

  

## **INFORME FINAL DE AUDITORÍA EXTERNA**

**UNIVERSIDAD DE A CORUÑA**  
**FACULTAD DE INFORMÁTICA**

**DATOS DEL CENTRO AUDITADO**

<b>Universidad</b>	Universidad de A Coruña
<b>Centro</b>	Facultad de Informática
<b>Alcance de la auditoría</b>	Todas las titulaciones de grado y máster que imparte la Facultad

**TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA**

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

**REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA**

<b>Nombre</b>	Luís María Hervella Nieto
<b>Cargo</b>	Decano
<b>Tfno. y correo</b>	981 167000 ext. 1325, luis.hervella@udc.es

**DATOS DEL EQUIPO AUDITOR**

<b>Auditor Jefe</b>	Antonio López Cabanes	<b>Institución</b>	Universidad de Murcia
<b>Auditor</b>	Cecilia de la Rosa González	<b>Institución</b>	Auditora
<b>Auditor</b>	María Vilas Breijo	<b>Institución</b>	Auditora
<b>Auditor</b>	M <sup>a</sup> Paula Ríos de Deus	<b>Institución</b>	Técnico ACSUG

### VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR

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

La Facultad de Informática (en lo sucesivo la Facultad) tiene una documentación del Sistema de Garantía Interna de Calidad fechado en abril 2008 disponible en la web de la facultad, que ha sido actualizada en abril de 2012 a partir de una documentación marco elaborada para el conjunto de Centros de la Universidad de A Coruña, con importantes revisiones, simplificaciones y mejoras respecto del original.

La documentación del 2008 es la que fue revisada y evaluada positivamente y a la que se hizo la recomendación de que *"Un aspecto importante a tener en cuenta por todos aquellos que participen en la implantación de los SGIC es que son dinámicos y vivos, tanto en la implantación de los contenidos como a lo largo de toda su existencia y deberán ser revisados y mejorados periódicamente ya que sólo así se podrá asegurar la verdadera garantía de la calidad de la enseñanza y la mejora continua"*.

Esta actualización es una muestra del compromiso del Centro, del Vicerrectorado y de la Unidad Técnica de Calidad con la garantía de calidad.

Desde hace dos años todos los centros de la Universidad trabajan con un portal en el que se incorporan los documentos del sistema actual y las evidencias recogidas para el sistema desde su implantación. Este portal es de acceso libre lo que supone un importante mecanismo de comunicación con los grupos de interés de la Facultad.

**JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO**

Se han encontrado evidencias de la aplicación del sistema de garantía de calidad, de sus procedimientos estratégicos, clave, apoyo y medición, que justifican la valoración otorgada y que indican la situación de la Facultad en cuanto a la garantía de la calidad de sus titulaciones oficiales y la mejora de las mismas

**INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA**

No se han producido

**MANIFESTACIÓN DE NO CONFORMIDAD DEL AUDITADO**

El auditado está conforme con el resultado de la auditoría, deseando reseñar no obstante respecto a la única no conformidad menor detectada que, como ya se manifestó durante la auditoría y prueban las evidencias correspondientes a las actas de la Comisión de Garantía de Calidad, en cualquier caso el centro estaba de hecho analizando la gran mayoría de las quejas reclamaciones en dicha comisión, dando lugar dicho análisis en muchas ocasiones a acciones correctivas y planes de mejora. Estamos de acuerdo con la sugerencia de que este proceder se refleje en el PA04, y dado que nuestro PA01 "Gestión de los Documentos y las Evidencias" especifica que el responsable de la elaboración de los procesos de apoyo es la Unidad Técnica de Calidad de nuestra Universidad, hemos iniciado ya los contactos con dicha unidad para modificar de forma coordinada el PA04, de forma que el cambio redunde en la mejora de los sistemas de calidad de todos los centros.

En cuanto a las debilidades y oportunidades de mejora, comentar que el centro ya era consciente de varias de ellas, por lo que o actualmente ya estaban siendo objeto de planes de mejora, siendo este el caso por ejemplo del rediseño de la web o el reparto de trabajo en la gestión del SGIC, o se pensaban iniciar en breve, como se manifestó en el caso de los planes de orientación profesional o la mejora del PAT. El centro se compromete a que las nuevas debilidades o sugerencias presentadas en este informe serán objeto de análisis por el Equipo Directivo y la Comisión de Garantía de Calidad, en coordinación con la Unidad Técnica de Calidad cuando atañan a la misma, a fin de determinar posibles acciones de mejora.

## RESUMEN GLOBAL DE LA AUDITORÍA POR CADA DIRECTRIZ

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	
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		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	
		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	
<b>1.4. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios</b>	<b>No Conf.</b>	<b>1.6. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones</b>	<b>No Conf.</b>
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		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			
<b>1.5. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados</b>	<b>No Conf.</b>		
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	<b>1</b>		
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

Nº No Conf. (1)	Elemento AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
Atendiendo a los documentos del SGIC 2012 se propone una no conformidad menor			
1	1.5.4	En relación al PA04 "Gestión de preguntas, reclamaciones y sugerencias", en la gestión de reclamaciones, el procedimiento no asegura que la Comisión de Titulación o la Comisión de Calidad del Centro sean informadas, para que elabore o conozca tanto la incidencia como su posible solución y las acciones correctivas o de mejora, en caso necesario.	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.- Se ha encontrado un sistema de garantía de la calidad bien gestionado a pesar del poco tiempo de implantación real del mismo
- 2.- Se aprecia un elevado compromiso con la gestión de calidad y el desarrollo de acciones de mejora por parte del Equipo de Dirección, a pesar de su reciente toma de posesión y de que en su configuración se encuentran varios componentes nuevos (entre ellos el propio Decano) y otros que continúan del equipo anterior (entre ellos el Vicedecano de Calidad).
- 3.- Se ha revisado la documentación del SGIC estableciendo una nueva versión 2012 con varias simplificaciones respecto de la anterior del 2008 que, a juicio de la Comisión de Calidad del Centro será más fácil de aplicar.
- 4.- La Universidad de Coruña dispone de un portal informático de uso abierto que utiliza para la gestión de la documentación y de las evidencias de los sistemas de garantía de calidad de sus Centros. Esto, junto a la elaboración de la documentación

**FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SGIC**

marco para la revisión de los sistemas, puede considerarse una muestra del compromiso con la calidad del Vicerrectorado y de la Unidad Técnica de Calidad.

5.- La Facultad posee una clara estructura para la calidad, con una Comisión de Calidad del Centro, un Vicedecano de Calidad, Comisiones de Titulación y Coordinadores de Titulación. Las Comisiones de Titulación, sobre todo de los másteres, realizan la mayoría de las tareas de análisis de lo acontecido en su respectiva titulación.

6.- La información pública queda garantizada en la página web, en la que se encuentra información suficiente sobre las guías de las titulaciones y sus asignaturas.

**DEBILIDADES/ OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS EN EL SGIC**

1.- A pesar de lo comentado sobre el portal informático, la forma de presentación de la aplicación informática con la que se gestiona el SGIC de la Facultad no resulta amigable e intuitiva para un primer acceso. Se presentan además dificultades para abrir los archivos adjuntos, dependiendo del navegador utilizado.

2.- La página web de la Facultad permite el acceso supuestamente al mismo punto por diferentes caminos que no siempre aportan la misma información. Asimismo el acceso a "calidad" es difícil de localizar (decanato / legislación e documentación / SGIC) y debería ser más accesible.

3.- Sería deseable que la Facultad dispusiese de personal de apoyo a la gestión del SGIC que, en la actualidad se muestra como dependiente del Vicedecano de Calidad.

4.- Aunque la documentación del SGIC se ha revisado, se sugiere que se considere alguna cuestión como si son necesarios todos los formatos o la utilidad de todas las evidencias. Asimismo, podría considerarse la necesidad del procedimiento PC14 Objetivos del plan de estudios, cuyo objeto es actualizar los objetivos de las diferentes titulaciones cuando se considere procedente, lo que puede quedar dentro del PC02 Revisión y mejora de las titulaciones o el PC07 que trata de las incidencias ocurridas en



**DEBILIDADES/ OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS EN EL SGIC**

la evaluación del aprendizaje, que podría incluirse en el general de tratamiento de incidencias PA04.

5.- Aunque la CGC cuenta en su composición con alumnos, se evidencia la realidad de su poca participación, por lo que se sugiere que se tomen las medidas que se consideren pertinente (con imaginación y decisión) para potenciar su participación.

6.- Atendiendo a los registros analizados cabe recomendar que:

6.1.- Se elabore el previsto Plan Estratégico de la Facultad para el periodo 2013-2020 (tal como ha manifestado el equipo directivo).

6.2.- Se analicen, lo más cerca posible del inicio del curso, los perfiles reales de ingreso de los estudiantes, para tomar las decisiones que se consideren adecuadas sobre su adaptación.

6.3.- Se elabore un plan de captación de estudiantes en todas las titulaciones que se imparten en la Facultad (sólo se realiza como tal en el Máster en Computación de Altas Prestaciones, en el resto de los títulos se realizan actividades pero no se elabora un plan).

6.4.- Se establezcan planes de orientación profesional en todas las titulaciones oficiales de la Facultad.

6.5.- Se analice la eficacia del Plan de Acción Tutorial y se actúe en consecuencia.

6.6.- Se deberían homogeneizar los estudios de inserción laboral que cada titulación lleva a cabo por propia iniciativa, así como deberían estar disponibles en la información pública.

6.7.- Se establezca un plan de formación del personal académico, o se indique su no necesidad, a partir de los resultados de los informes de seguimiento, evaluaciones de profesorado, etc.

6.8.- Se informe al Decanato de las solicitudes de personal que, tras su análisis de necesidades, realicen los Departamentos.

6.9.- Se reflexione sobre el ajuste de la situación actual a la indicada en la Memoria de cada una de las titulaciones, principalmente en lo que a recursos humanos y a recursos materiales se refiere.

6.10.- Se establezca un plan de recogida de necesidades y expectativas y satisfacción, según indica el proceso PA03.

**DEBILIDADES/ OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS EN EL SGIC**

6.11.- Se revise el diseño del formato F02-PM01 que repasa el cumplimiento del SGIC, cuya aplicación resulta confusa, sobre todo en el mecanismo de establecimiento de objetivos y las actuaciones para alcanzarlos.

6.12.- Reclame la Facultad recibir de quien proceda los resultados del Plan de Calidad de los Servicios de la UDC en lo que refiere a los servicios existentes en el Centro.

7.- Sería aconsejable que se elaborasen actas de todas las reuniones que se celebren (coordinadores de títulos con estudiantes, con profesores, etc).

8.- Se recomienda, recoger en el procedimiento PA05: Gestión de personal académico y de administración y servicios, que se debe informar al decanato de la Facultad, de la petición de profesorado que el departamento, tras realizar un análisis de necesidades, realizará al Vicerrectorado de Profesorado.

9.- Debe quedar muy claro que el objetivo principal del SGIC es que se recoja y analice la información necesaria, se establezcan acciones de mejora a partir de dicho análisis y se indique cómo va a realizarse el seguimiento de las mismas.

10.- La Facultad debe tener el convencimiento, y esto sólo lo da el ir adquiriendo experiencias en su aplicabilidad, de la utilidad del SGIC (de su eficacia), por ejemplo como base para la verificación, seguimiento, modificación y, cuando proceda, acreditación de sus titulaciones (en la actualidad da la impresión que el seguimiento soporta al SGIC y no al revés como debería ser).

11.- Se sugiere agrupar los diferentes informes que se generan teniendo como ideal el "informe único" y, de modo similar, la "memoria única", agrupando por un lado objetivos, propuestas de actuaciones, mejoras, seguimiento de las mismas, etc., y por otro los resultados.

## PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Hervella Nieto, Luís María	Decano
Cabrero Canosa, Mariano Javier	Vicedecano
Dapena Janeiro, Adriana	Vicedecana
Fraguela Rodríguez, Basilio Bernardo	Vicedecano de Calidad
Iglesia Iglesias, Daniel Ismael	Vicedecano
Ladra González, Susana	Vicedecana de Asuntos Académicos Coordinadora Grado en Ingeniería Informática
Arregui Álvarez, Iñigo	Secretario de la Facultad
González Gómez, Patricia	Coordinadora Máster en Computación de Altas Prestaciones
Gestal Pose, Marcos	Coordinador Máster en Ingeniería Informática
Vázquez Cendón, Carlos	Coordinador Máster en Ingeniería Matemática
Aneiros Pérez, Germán	Coordinador Máster en Técnicas Estadísticas

## DISPOSICIÓN FINAL

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

En el supuesto de haberse detectado no conformidades de tipo mayor, la organización auditada se compromete a elaborar un plan de acciones correctivas que será remitido a la Agencia evaluadora en un plazo de veinte días laborables desde la recepción de este informe. En dicho plan se especificará 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 23 de julio de 2013

### Por la institución auditada

D. Luís María Hervella Nieto  
Cargo: Decano de la Facultad de Informática  
de la UDC

### Por el equipo auditor (1)

D. Antonio López Cabanes  
Cargo: Auditor Jefe  
*(1) Auditor de mayor rango del equipo*