



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 EMPRESARIALES
Y TURISMO**

(Campus de Ourense)

DATOS DEL CENTRO AUDITADO		
Universidad	UNIVERSIDAD DE VIGO	
Centro	Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo (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	Elena Rivo López
	Cargo	Decana de la Facultad

DATOS DEL EQUIPO AUDITOR			
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		
Fecha auditoría externa	7 de mayo de 2014 1 de junio de 2015		
Fecha emisión informe de auditoría	26 de junio de 2015		
Fecha envío Plan de Propuestas de Mejora	16 de julio 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, no sólo cómo el centro resuelve aquellas no conformidades detectadas en la auditoría e incluidas en el Plan de Mejoras sino cómo resuelve el resto de debilidades recogidas en el informe de certificación como Oportunidades de Mejora.

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. Estos aspectos 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 Comisión de Evaluación para la visita ha realizado una nueva revisión del SGC del centro como continuación de la auditoría realizada el 7 de mayo de 2014 centrándose en aquellas no conformidades o debilidades detectadas en esa primera visita. El plan de trabajo correspondiente a esta 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
1 de junio de 2015	09.30-09.45	Recepción del Equipo Auditor
	9.45-10.30	Reunión con el Equipo Directivo
	10.30-11.00	Estudio de la documentación y análisis de las evidencias (Café)
	11.00-13.30	Reunión con la Comisión de Calidad del Centro
	13.30-14.00	Reunión con otras audiencias que la Comisión de Evaluación estime oportunas/Reunión del Equipo Auditor
	14.00-15.30	Comida
	15.30-16.30	Reunión del Equipo Auditor
	16.30-17.00	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 Universidad de Vigo 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 del centro, convirtiéndola en un órgano de participación, debate y valoración de las cuestiones más relevantes para los grupos de interés implicados respecto del funcionamiento del centro y de la formación que ofrece a sus estudiantes.

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	
6.2.- Se realizan acciones para la mejora continua de los resultados de aprendizaje, indicadores, inserción	

RESUMEN GLOBAL POR CADA DIRECTRIZ	
Directriz FIDES-AUDIT	No Conf.
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	PE01	No se constata una correcta implantación del procedimiento PE01 respecto de la revisión de la política y objetivos de calidad: <ul style="list-style-type: none"> No se evidencia una adecuada definición de los indicadores vinculados a los objetivos y a la política de calidad del centro ni se precisa la forma con la que van a ser calculados. No se han contextualizado al centro ni la política de calidad ni sus objetivos incluyéndose como objetivos a alcanzar algunos que ya han sido alcanzados por el centro con anterioridad. 	ncm(1)
2	1	MSGC	En relación a la estructura y funciones de la Comisión de Calidad del centro, no se puede evidenciar que la misma responda a lo establecido en el manual de calidad actualmente en vigor (MSGIC_03, edición E03 aprobado en marzo de este año)	ncm(2)
3	3	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.	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. La apuesta por la internacionalización como muestra la implantación bilingüe del Grado en Administración y Dirección de Empresas y la búsqueda permanente de alianzas externas.
2. La generalización de las prácticas externas como muestra de la preocupación constatada de la Facultad por la empleabilidad de sus estudiantes.
3. La apuesta por la transparencia como muestra la visualización del SGC en la página web de la Facultad.
4. La nueva edición del SGC de la Facultad que ha logrado simplificar los procesos del SGC facilitando su despliegue e implantación y el funcionamiento de la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad.
5. La integración de los distintos grupos de interés en la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad: especialmente estudiantes de todos los títulos que se imparten en el centro, empleadores y egresados.

OPORTUNIDADES PARA LA MEJORA

1. En relación a la estructura de la Comisión de Calidad del centro, no se puede evidenciar que la misma responda a lo establecido en el manual de calidad actualmente en vigor (MSGIC_03, edición E03 aprobado en marzo de este año). Se debe abordar la renovación de la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad adecuando su composición a la descrita en el nuevo manual del SGC que se aprobó en marzo de 2015.
2. 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, no se contempla la participación de estudiantes de todos los títulos que se imparten en el centro. Por ello, se recomienda mantener la representación de estudiantes y profesorado de cada uno de los títulos que se imparten en el centro.
3. 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. Si bien se encuentran en proceso de modificación, se debe redefinir la forma con la que el SGC aborda estas cuestiones mediante su adaptación a la situación real de la gestión y toma de decisiones en la Universidad de Vigo respecto del PDI y PAS.
4. No se evidencia una correcta implantación del procedimiento PA07 respecto de la gestión de los recursos materiales: si bien se encuentra en proceso de modificación, la Comisión de Garantía de Calidad del Centro y la Coordinadora de Calidad, con el apoyo del Área de Apoyo a la Docencia y Calidad de la Universidad de Vigo, deben recoger la información oportuna relativa a la gestión de los recursos materiales y analizarla. Tras este análisis, la Comisión, junto con el Equipo Directivo

OPORTUNIDADES PARA LA MEJORA

elaborarán un informe de resultados, proponiendo las mejoras que se consideren oportunas. Asimismo, la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad propondrá las modificaciones al procedimiento cuando así lo considere oportuno.

5. No se han contextualizado al centro ni la política de calidad ni sus objetivos: los objetivos establecidos deben buscar la excelencia y la mejora continua y el hecho de establecer objetivos por debajo de los valores ya alcanzados no plantea ningún reto para el centro, cuando esa es la finalidad real de los objetivos de la política de calidad del centro. Se recomienda redefinir y desarrollar unos objetivos de calidad contextualizados a la realidad del centro, conforme a una estrategia basada en la mejora continua y que se definan las acciones necesarias para poder llevarlos a cabo. Así, todos los objetivos establecidos por la Facultad deberían caracterizarse por los siguientes requisitos: estar definidos, ser medibles de forma que se pueda conocer su grado real de consecución, ser alcanzables y no haber sido ya alcanzados con anterioridad, estar coordinados con los planes de mejora de la Facultad, involucrar a los distintos grupos de interés y poder ser desarrollados a través de planes concretos de actuación.
6. Las actas de las reuniones de la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad deben mostrar una mayor trazabilidad de los temas a tratar y de las evidencias a analizar así como recoger un resumen de los debates, análisis y propuestas de sus distintos miembros, con el fin de demostrar su correcto funcionamiento y garantizar la existencia de información para análisis futuros.
7. 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. En este gestor no se han encontrado evidencias del nuevo manual ni de la política del SGC; esta información sí aparece publicada en la página web de la Facultad. Asimismo, en dicha aplicación informática, aparecen los nuevos procedimientos dentro de una carpeta denominada "registros". Esta situación debe ser subsanada ya que genera errores de interpretación.
8. Se recomienda seguir fomentando la participación de los distintos grupos de interés (estudiantes, profesorado, etc.) en la cumplimentación de las encuestas de satisfacción, y valorar la utilización de otros métodos para recabar información sobre esta cuestión, para contrastarla o detallarla (Plan de Acción Tutorial, etc.).
9. 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 las conclusiones derivadas de dicho análisis como de las acciones de mejora adoptadas.

COLECTIVOS ENTREVISTADOS

EQUIPO DIRECTIVO DE LA FACULTAD:

- **Decana:** Elena Rivo López
- **Secretaria:** María Beatriz González
- **Vicedecana de Calidad:** María de la Cruz del Río Rama
- **Vicedecana de Ordenación Académica:** Mercedes Mareque Álvarez-Santullano
- **Vicedecano de Estudios de Grado y Gestión Informática:** Diego Rodríguez-Toubes Muñiz
- **Vicedecana de Relaciones Internacionales:** Elena Da Prada Creo
- **Comunicación Web y Redes Sociales:** Fidel Picos Sánchez

COMISIÓN DE GARANTÍA DE CALIDAD:

- **Decana:** Elena Rivo López
- **Vicedecana de Calidad:** María de la Cruz del Río Rama
- **PDI:**
 - ADE: Marcos Álvarez Díaz
 - CXI: Jerónimo Docampo Parente
 - Turismo: Fidel Picos Sánchez (Suplente: Miguel Rodríguez Méndez)
 - Máster en Dirección y Planificación del Turismo Interior y de Salud: José Antonio Fraiz Brea
 - Máster en Creación, Dirección e Innovación en la Empresa: Nuria Rodríguez López
 - Máster en Gestión del Deporte: Ángel Barajas Alonso
- **Alumnado:**
 - Luciano Torres Santamaria (Grado Turismo)
 - Tania Paz Novelle (Grado ADE)
 - María Cantanhêde Silva (Máster Turismo)
 - Yinet Bárbara Almeida Vidal (Máster CIDIE)
 - Alberto Rodríguez Rodríguez (Máster Deporte)
- **PAS:** Catalina Álvarez Ogando
- **Egresadas:**
 - Lidia Blanco Cerradelo (Grado en Turismo)
 - Susana Díaz Barreiras (Grado ADE)
 - Fernanda Mirón Parra (Máster Turismo)
 - David Iglesias Zon (Máster CIDIE)
 - Pablo de la Iglesia Jueguen (Máster Deporte)
- **Sociedad-empresas**
 - Jaime Pereira Novoa (Secretario de la CEO)
 - Josefina Martínez Novoa (Técnico de la CEO)
- **Representante del Área de Apoyo a la Docencia y Calidad:** Raquel Gandón Chapela

En Santiago de Compostela, a 23 de julio de 2015


ACSUG
AGENCIA para a CALIDADE do SISTEMA UNIVERSITARIO de GALICIA

José Eduardo López Pereira
 Director ACSUG
 Secretario CGIACA