



AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN
DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN


PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

**UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
CENTRO UNIVERSITARIO DE
PLASENCIA**

Fecha emisión informe: 19/ 05/ 17

V03
(Tras revisión PAM)

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN EL CENTRO UNIVERSITARIO DE PLASENCIA (UNIV. DE EXTREMADURA)		Fecha: 19/ 05/ 17

DATOS DEL CENTRO AUDITADO

Universidad	U. de Extremadura (UEX)
Centro	Centro Universitario de Plasencia (CUP)
Alcance de la auditoría <i>(especificar cualquier posible exclusión)</i>	Todas las titulaciones oficiales que se imparten en el referido Centro y de los que es responsable.
Fecha de la auditoría	14 de marzo de 2017

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

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

Márquese con una "X" lo que proceda

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	Juan Carlos Preciado Rodríguez
Cargo	Vicerrector de Calidad de la Universidad de Extremadura
Tfno. y correo	vicecal@unex.es

Podrá tratarse del representante legal de la institución, o bien de la persona de contacto declarada en la solicitud

DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

Auditor Jefe	José Antonio Pérez de la Calle	Institución	ANECA
Auditor	Belén Floriano Pardal	Institución	U. Pablo Olavide
Aud. Formación	-	Institución	-

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. Declaración pública y por escrito que recoja su política, alcance y objetivos de calidad		1.2.1. Disponer de sistemas de información para valorar las necesidades del Centro	
1.0.2. Grupos de interés implicados	1	1.2.2. Mecanismos para obtener y valorar información sobre los procesos anteriores	
1.0.3. Configuración del sistema para su despliegue	2	1.2.3. Mecanismos que regulen las directrices que afectan a los estudiantes	
1.0.4. Acciones para la mejora continua de la política y objetivos de calidad		1.2.4. Mejora continua de los procesos relacionados con los estudiantes	
1.0.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés		1.2.5. 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	3
1.1.1. Órganos y procedimientos para la mejora continua de los títulos		1.2.7. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.1.2. 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. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos		1.3.1. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico	
1.1.4. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		1.3.2. Recogida de información sobre resultados de su personal académico	
1.1.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés		1.3.3. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	
1.1.6. Criterios para la eventual suspensión del título		1.3.4. Toma de decisiones relativas al acceso, evaluación y promoción	
OBSERVACIONES: Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas Por cada subcriterio se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varios subcriterios		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. Obtención de información sobre requisitos de gestión de los recursos materiales y servicios		1.6.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y programas	
1.4.2. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		1.6.2. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.	5
1.4.3. Mejora continua de su política y actuaciones relativas al PAS y servicios		1.6.3. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	
1.4.4. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		1.6.4. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de la información sobre programas y títulos	
1.4.5. 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. Rendición de 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	4		
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)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	1.0.2	En contra de lo especificado en el requisito 1.0 del modelo AUDIT, no se evidencia un conocimiento suficiente de la Política y Objetivos de Calidad del centro por parte de los diferentes grupos de interés, en particular, estudiantes y PAS.	nc
2	1.0.3	<p>En contra de lo especificado en el Procedimiento de Control de Documentación y registro (PR/SO008_CUP), se evidencia que:</p> <ul style="list-style-type: none"> En diferente documentación de procesos analizada, falta la firma en alguna de las casillas de Elaborado/ Revisado o Aprobado (P.ej. el PR/SO001, el P/SO001, o P/CL001) El documento de normativa específica de TFG/ TFM, carece de código y de las cuatro firmas de revisión y aprobación en su portada en Edición 2ª (otros doc. similares, sí lo llevan). El mismo documento, pero de la UEX, también publicado en la web del Centro, le pasa lo mismo y está en Edición 3ª. En el mapa de procesos del CUP, el documento UEX P/SO001 "Gestión del Servicio de prevención en la UEX", recibe un nombre diferente: "Garantía interna de calidad del servicio de prevención. En la web, el documento UEX PR/CL001 Suspensión de enseñanzas, se le menciona como "Suspensión de enseñanzas", pero el título real es de "Extinción de enseñanzas". Los registros del P/CL009_CUP aparecen codificados como P/ES006_D00X tanto en el texto del proceso como en algunos de los registros en el gestor documental. La Com. de Garantía de Calidad del Centro en el documento citado anteriormente, se abrevia como CGCC y en otros procedimientos como CCC Se afirma en la pág. 12 de PR/SO008_CUP para el Control de Documentación y Registro que "la portada del proceso o procedimiento será similar a la indicada para el manual de calidad" y que la portada del manual (pág. 11) contendrá una Tabla indicativa de responsables y fechas de elaboración, revisión y aprobación". Sin embargo, se han detectado diversos procesos/ procedimientos que no cumplen con ello, p. ej., P/ES005_CUP, P/CL009_CUP, P/CL011_CUP, P/CL012_CUP, ó PR/SO008_CUP, que no tienen casilla de revisión, sino dos de aprobación. Tampoco se cumple en muchos procedimientos que "todas las páginas irán numeradas correlativamente en el formato "Página X de y", p. ej. en P/CL009_CUP, etc. En el documento P/CL012_CUP Reclamaciones en el CUP, el diagrama de flujo del proceso figura como un anexo y no figura en el punto 8 "Diagramas", como en el resto de procedimientos. 	NCM
3	1.2.6	En contra de lo especificado en el Manual de Calidad de la CUP, no se evidencia una participación sistemática de todos los grupos de interés representados en las CGCC /CCT, específicamente en lo referido a los representantes de los estudiantes.	nc
4	1.5.4	En contra de lo especificado en el Procedimiento P/ES005 CUP, de Análisis de resultados, no se ha encontrado evidencia del registro P/ES005_D005 Acta de Junta de Centro que aprueba el informe anual o memoria de calidad de las	nc

 AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN	INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN EL CENTRO UNIVERSITARIO DE PLASENCIA (UNIV. DE EXTREMADURA) Fecha: 19/ 05/ 17
---	---

		titulaciones, para ningún año desde el curso 10-11. Por otra parte, se desconoce cuáles son los mecanismos que se aplican, de acuerdo al procedimiento, para cercionarse de la fiabilidad y suficiencia de los datos que recogen.	
5	1.6.2	En contra de lo especificado en el Procedimiento PR/SO005_CUP, de Elaboración de memorias de calidad de centros y titulaciones de la CUP, en lo relativo al plazo para la publicación de las memorias de calidad de los títulos, enero del año siguiente al curso referido, se evidencia que: <ul style="list-style-type: none"> • La memoria de calidad de Podología del curso 13/14 fue aprobada en Junta de centro el 12 de marzo. • Las memorias de Forestales, Enfermería y ADE del año 12 le pasa lo mismo (aprobada en abril de 2013). • A las memorias de calidad del centro también les sucede lo mismo, p.ej., la del curso 13/14 y la del 14/15, incumplen fechas. 	nc

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

(2) Se contemplan dos categorías de No Conformidades:

- No conformidad Mayor (NCM). Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SGIC, que compromete de forma grave, o puede llegar a hacerlo, el logro de los objetivos de calidad del Centro o de las enseñanzas que imparte.
- No conformidad menor (nc). Aquella que por su naturaleza o singularidad, supone una desviación leve de lo establecido en el SGIC, y no se derivan las mismas consecuencias negativas que en el caso de las NCM.

El tratamiento de las NCM, así como de las nc recogidas en el informe final de auditoría, deberá ser documentado en el Plan de Acciones de Mejora (PAM).

Nota aclaratoria:

Es oportuno destacar que, como norma general, el informe de auditoría debe recoger una imagen lo más fiel posible a la situación del SGIC en el Centro auditado, **en la fecha en la cual se produjo la visita del equipo auditor**. En este sentido, y si bien se acepta que puedan haberse llevado a cabo diversas actividades de mejora en fechas posteriores, éstas no necesariamente tienen que ser incorporadas en la segunda versión del informe.

Será en su tercera y definitiva versión, aquella que se elabora por el equipo auditor tras proceder al análisis del PAM (Plan de Acciones de Mejora), donde sí cabe incorporar (capítulo de "Disposición final") valoraciones no solo basadas en compromisos de acciones futuras, sino también en las evidencias de acciones de mejora ya realizadas, a fecha de remisión del referido Plan.

OPORTUNIDADES DE MEJORA / OBSERVACIONES GENERALES AL SGIC *(excluyendo las no conformidades)*

Con carácter de recomendación y/o elemento de reflexión, se facilitan al Centro Universitario de Plasencia (CUP) de la UEX los siguientes aspectos relativos al propio SGIC y/o a la percepción de los grupos de interés respecto a las enseñanzas impartidas:

- Aún sin resultar un requisito del Modelo AUDIT actual, el órgano central de calidad de la UEX, emisor y gestor de un buen número de documentos y registros vinculados al SGIC, que afecta a los Centros, debería valorar la posibilidad de disponer de un procedimiento propio de control de la documentación y los registros, especialmente teniendo en cuenta que aquellos sí disponen de él.
- Con objeto de facilitar el seguimiento de los cambios en los procesos y procedimientos, se recomienda una descripción más detallada de los mismos en el resumen de ediciones.
- El alumnado manifiesta que, en términos generales, el espacio físico disponible en la sala de lectura y estudio de la biblioteca del Centro resulta, en determinados momentos del año, claramente insuficiente.
- Teniendo en cuenta el gran esfuerzo que supone para la institución llevar a cabo su gestión, se podría valorar el hacer un mayor esfuerzo para dar a conocer al estudiantado la utilidad que supone el cumplimentar periódicamente las encuestas de evaluación/ satisfacción, así como la consulta periódica de los documentos editados por el Centro para dar a conocer sus compromisos de calidad (p.ej. la Carta de Servicios de las Unidades de centros Universitarios del CUP), o los resultados que se alcanzan en cada una de las diferentes titulaciones oficiales impartidas (memorias de calidad de cada una de las titulaciones de Grado)
- En el procedimiento UEX P/SO001 Gestión del Servicio de prevención en la UEX, se cita un Comité de Garantía de Calidad de Posgrado, que en realidad no existe en el CUP. Valorar su permanencia o eliminación.
- El PDI y el PAS del Centro consideran que sus oportunidades de acceder a cursos de formación periódica se ven mermadas, tanto por la poca oferta de cursos que puedan ser de su interés, como por el hecho de que éstos se celebran mayoritariamente en los campus de Cáceres o Badajoz.
- El PDI del Centro considera que sus oportunidades de participar en proyectos de investigación no son las mismas que las de sus homólogos de los campus de Cáceres o Badajoz.
- La información que ofrece la web del Centro sobre el profesorado varía mucho: de algunos se proporcionan bastantes detalles, pero de otros apenas nada más que el nombre. P. ej., M^a Jesús Pérez Sanchez o Raquel Díaz Platero. De igual manera, del PAS sólo se proporciona el nombre (<http://www.unex.es/conoce-la-uex/centros/plasencia/centro/pas>)
- Se recomienda reflexionar sobre la implantación del uso de la firma electrónica en la documentación tanto la propia del SGIC como la generada por el sistema.

FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SGIC *(en su diseño e/o implementación)*

El equipo auditor ha detectado los siguientes puntos fuertes en el SGIC implantado en el CUP de la UEX

- Aún sin ser un requisito del Modelo AUDIT, el Centro aplica un procedimiento corporativo de auditorías internas (PR/SO100_UEx).
- Alta involucración y compromiso de la Dirección del Centro y el equipo del mismo en el trabajo basado en la mejora continua que les ayude en la toma de decisiones y mejoras.
- Existencia efectiva de una Comisión Externa de Calidad del Centro.
- El estudiantado percibe a su profesorado como personas cercanas y accesibles, atentas a sus necesidades y siempre dispuestas a resolver sus dudas u otras inquietudes académicas. Adicionalmente, exhiben un alto grado de satisfacción con las titulaciones que cursan cada uno de ellos.
- Egresados/as y empleadores/as coinciden en realizar un balance positivo tanto de los conocimientos y competencias adquiridas tras su paso por las aulas, en el primer caso, como de la actitud y aptitud que aquellos muestran cuando ingresan en las empresas, ya sea para la realización de prácticas curriculares, ya sea como nuevos empleados de aquellas.

GRADO DE CUMPLIMIENTO GLOBAL DE LOS APARTADOS QUE SERÍAN OBJETO DE RECONOCIMIENTO EN LA REACREDITACIÓN DE TÍTULOS

Las directrices del Modelo de Evaluación de Acredita que serían objeto de reconocimiento en caso de certificación del centro que imparte las titulaciones, así como su interrelación con las directrices AUDIT correspondientes, se encuentran detalladas en el anexo 02 del Documento Marco Evaluación para la renovación de la acreditación de títulos oficiales de Grado, Máster y Doctorado Programa ACREDITA, descargable en la web de ANECA.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Francisco Tirado Altamirano	Decano/ Director del CUP
María Jesús Montero Parejo	Vicedecano/Subdirector Grado Forestales
Ana Vicente Díaz	Vicedecano/Subdirector Grado en ADE
Andrés Moreno Méndez	Vicedecano/Subdirector Grado Enfermería
Beatriz Gómez Martín	Vicedecano/Subdirector Grado Podología
Francisco Javier Romero de Julián	Responsable del Sistema de Garantía de Calidad
Mercedes Jiménez Díaz	Administradora del Centro
Manuel Moya Ignacio	Coordinador del POE
María del Carmen Ledesma Alcázar	Coordinadora de la Comisión de Movilidad
Javier Martín Aragón	PAS asignado a Calidad y web del Centro
Rocío Yuste Tosina	Directora de Calidad de la UEX
Juan Francisco Panduro López	Director de la UTEC de la UEX
Susana Rodríguez Paniagua	Estudiante de ADE
Victor manuel Conejero panero	Estudiante de ADE
María Villa Sánchez	Estudiante de Enfermería
Noelia Pérez Fraga	Estudiante de Enfermería
Rubén González González	Estudiante de Ing. Forestales
Silvia Chueca Pelarda	Estudiante de Ing. Forestales
Paula Cobos	Estudiante de Podología
Alejandro del Real	Estudiante de Podología
Luis A. Encinas Ramírez	Informático
Amor Santos Serrano	Biblioteca
Silvia Rubio Díaz	Laboratorios
José Carlos Cuevas García	Clínica Podológica

Laura Arroyo Villegas	Secretaría
Beatriz Real Real	Conserjería
Sergio López Casares	Gestor de proyectos
Puerto Pascual Maíllo	Secretaría
Roque Alonso Pérez	Conserjería
Leticia Díaz Pascual	Universidad de los Mayores
Yonatan Cáceres Escudero	PAS
Ángela María Gil Sánchez	PAS
Beatriz Rosado Cebrián	PDI de Grado en ADE
José Antonio Folgado Fernández	PDI de Grado en ADE
Leticia Martín Cordero	PDI de Grado en Enfermería
Rodrigo Martínez Quintana	PDI de Grado en Enfermería
Juan Carlos Giménez Fernández	PDI de Grado en Ing. Forestales
Julio Hernández Blanco	PDI de Grado en Ing. Forestales
Elena Escamilla	PDI de Grado en Podología
Alfonso Martínez	PDI de Grado en Podología
Patricio Javier Cerdá Apablaza	Egresado de ADE
Amador Durán Sánchez	Egresado de ADE
Sandra Lorenzo Pérez	Egresado de Enfermería
Paloma López Tejeda	Egresado de Enfermería
Ana Hernández Esteban	Egresado de Ing. Forestales
Guadalupe Arenas Corraliza	Egresado de Ing. Forestales
Álvaro Astasio	Egresado de Podología
Pilar Cardenal	Egresado de Podología
Pedro Javier Díez	SERPLASE Asesoría
María Jesús Rodríguez	Dir. Hotel Palacio Carvajal Girón
Raquel Platero Díaz	Tutora Ext. Prácticas Enfermería

María del Mar Reyero Hernández	Dir. Enfermería, Vicepresidenta Colegio Enfermería de Cáceres
María Luisa Leo	Centro de diálisis
Manuel Pérez Izquierdo	IFMA
Rafael Vázquez	AGROFOREX
Raquel Fragua	Tutora Ext. Prácticas Podología
Roberto Martínez	Tutor Ext. Prácticas Podología

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
---	---

DISPOSICIÓN FINAL

VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)	
<p>El equipo auditor de la Agencia certificadora, una vez examinado el SGIC del citado Centro con objeto de evaluar su grado real de implantación, así como los compromisos recogidos (en su caso) en el plan de acciones de mejora emite la siguiente valoración previa: (2)</p>	
<input checked="" type="checkbox"/>	FAVORABLE
<input type="checkbox"/>	DESFAVORABLE

- (1) Lo indicado en este informe será tenido en cuenta por la Comisión de Certificación de la Agencia para valorar la concesión del certificado de implantación del SGIC, si bien su decisión final **podrá no coincidir con la efectuada por el equipo auditor.**
- (2) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)
<p>En fecha 18/ 05/17 se hace llegar desde el Vicerrectorado de Calidad de la UEX, el Plan de Acciones de Mejora (PAM) elaborado en respuesta al informe de auditoría externa, en su V02, que responde a las alegaciones recibidas en fecha 27/04/17.</p> <p>Analizado dicho PAM, se concluye que se ha efectuado un análisis honesto de las causas que han provocado las no conformidades, o en su caso, las oportunidades de mejora u observaciones generales, y, fruto de aquel, se ha previsto la realización de diferentes acciones que buscan solucionar o mejorar la situación actual, para todas y cada una de las cuestiones expuestas. Así, se ha evidenciado que, de las cinco no conformidades del informe, dos se consideran ya resueltas y otra podría estarlo de manera casi inmediata (julio 2017). La única no conformidad mayor, relativa al control documental de soporte al SGIC, requerirá un tiempo mayor, pero su mecánica resolutoria se considera de fácil ejecución.</p> <p>Respecto a las observaciones de mejora, el PAM también proporciona un detallado desglose de actividades que, si bien prevén fechas de resolución aún lejanas (junio 2018), merecen la confianza del equipo auditor en cuanto a su factibilidad y compromiso de la Dirección del Centro para su ejecución.</p> <p>Finalmente, el hecho de que este documento haya sido analizado y visado por el Vicerrector de Calidad de la UEX, supone un motivo añadido para otorgar credibilidad a las acciones de mejora que se aún quedan pendientes de realización.</p>

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

Valorado en su conjunto, tanto el informe de auditoría como el plan de acciones de mejora, se concluye que el CUP alcanza un nivel de cumplimiento mínimo pero suficiente, del estándar exigible a los centros universitarios que optan por primera vez a la evaluación externa de la implantación de su SGIC, y así, se da una propuesta favorable a su certificación.

- (3) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

Por el equipo auditor (1)



José Antonio Pérez de la Calle
Cargo: Auditor jefe

(1) Auditor de mayor rango del equipo