



PROGRAMA AUDIT INTERNACIONAL
INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad de Oviedo (UO)
Centro	Facultad de Padre Ossó (FPO)
Alcance de la auditoría (especificar cualquier posible exclusión)	Todos los procesos incluidos dentro del alcance de su Sistema de Aseguramiento Interno de Calidad y de los que es responsable.
Fecha de la auditoría	3 de octubre de 2023

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	Alberto Álvarez Suárez
Cargo	Director Unidad Técnica de Calidad
Tfno. y correo	suarez@uniovi.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	Dolores Cejalvo Lapeña	Institución	Universidad Católica de Valencia
Auditor	Amparo Chirivella Ramón	Institución	Universitat de Valencia
Aud. Formación		Institución	

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría (presencial) se desarrolló sin ninguna incidencia, y de acuerdo a la agenda pactada entre el equipo auditor y el centro auditado.



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.

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
1. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad	No Conf.	3. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes	No Conf.
1.1. Mecanismos para la aprobación y actualización periódica de la política y objetivos de calidad		3.1. Sistemas de información para satisfacer las necesidades de apoyo y orientación de los estudiantes	
1.2. Inclusión de aspectos vinculados a valores focales del Centro		3.2. Procedimientos para la toma de decisiones relacionadas con los estudiantes	
1.3. Participación de los grupos de interés		3.3. Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje	
1.4. Difusión y conocimiento por los grupos de interés	1	3.4. Mecanismos que regulen y difundan las normativas que afectan a los estudiantes	
1.5. Configuración del sistema para su despliegue		3.5. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico	No Conf.
2. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos	No Conf.	4.1. Revisión de la política institucional sobre personal académico	3
2.1. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos		4.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal académico	
2.2. Alineación de los planes de estudios con su estrategia y las necesidades sociales		4.3. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico	
2.3. Órganos, grupos y procedimientos para la mejora continua de los títulos durante su ciclo de vida		4.4. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	
2.4. Mecanismos para valorar el mantenimiento y relevancia de su oferta formativa		4.5. Procesos de toma de decisión en las actividades que afectan directamente al personal académico	
2.5. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		4.6. Mecanismos de refuerzo y mejora en el rol docente e investigador del personal académico	
2.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4.7. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	
OBSERVACIONES: <ul style="list-style-type: none">Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadasPor cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices			

(Sigue)

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
5. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos y servicios (PAS)	No Conf.	7. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones y otras actividades	No Conf.
5.1. Revisión de la política institucional y actuaciones de mejora sobre el PAS	3	7.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y otras actividades	



5.2. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios		7.2. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de información sobre los títulos	
5.3. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		7.3. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.	
5.4. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios		7.4. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	
5.5. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		7.5. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos	
5.6. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios		8. Cómo el Centro garantiza el mantenimiento y actualización del SAIC	No Conf.
6. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados	No Conf.	8.1. Procedimiento de control, revisión y mejora continua del SAIC	
6.1. Mecanismos que evalúen los procesos de toma de decisiones sobre los resultados del SAIC		8.2. Participación de los grupos de interés en el diseño, implantación y mantenimiento del SAIC	
6.2. Participación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados		8.3. Procedimiento para el acceso a la documentación del SAIC y su adecuada descripción del Centro	
6.3. Mecanismos válidos de recogida de información sobre resultados del SAIC		8.4. Conocimiento operativo del SAIC por los grupos de interés	
6.4. Revisión y mejora de los indicadores y de los sistemas de análisis utilizados		8.5. Conservación de los registros generados por el SAIC	2
6.5. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados de los procesos del SAIC		8.6. Procedimiento para el desarrollo de auditorías internas periódicas al SAIC	
6.6. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos		8.7. Evaluación externa periódica del SAIC	

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1		En las entrevistas con los grupos de interés (estudiantes y PAS), se evidencia una falta de conocimiento del Sistema de Aseguramiento Interno de Calidad (SAIC): Política y Objetivos	nc
2		En el momento de la revisión de la Documentación del SAIC, se evidencia falta de control de la documentación: <ul style="list-style-type: none"> - Registros sin firma, como por ejemplo Acta de Junta de Facultad (10/03/2023). Otros registros como actas de la Comisión de Calidad también sin firmar (19/06/2020; 10/12/2020). - En el informe de Seguimiento del Centro en el curso 21/22, no se incluye la fecha de aprobación por Junta de Centro 	nc
3		En contra de los criterios 4 y 5 del programa AUDIT, no se dispone de política institucional del PDI y PAS	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 SAIC, 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 SAIC, 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 SAIC 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 SAIC (excluyendo las no conformidades)

OM1. Tras la entrevista con el profesorado, se evidencia que falta una sistematización en la coordinación entre las diferentes asignaturas de las titulaciones del Centro: se afirma que se realizan reuniones de coordinación, pero no hay evidencias de dichas reuniones. Por otra parte, el alumnado manifiesta falta de coordinación entre asignaturas en cuanto a repetición de contenidos y planificación de entregas de trabajos.

OM2. En las Encuestas Generales de la Enseñanza, se detecta que en la publicación de los resultados de la satisfacción del profesorado, al realizarse por asignatura, no se puede garantizar el anonimato del profesorado, en aquellos casos en que la asignatura está impartida por solo un profesor.

OM3. Aunque la información de calidad en la WEB es muy completa, se echa en falta un mayor grado de organización de dicha información para su presentación ante los diferentes grupos de interés (alumnado, familias, sociedad) para su mejor comprensión.

OM4. No se evidencia una evaluación del profesorado, más allá de la encuesta de evaluación de la actividad docente que se pasa al alumnado.

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

1. Alto grado de implicación del equipo de DIRECCIÓN y de la unidad técnica de calidad en la mejora CONTÍNUA de las titulaciones Y EL CENTRO EN GENERAL
2. Alta implicación y disponibilidad del profesorado hacia las necesidades de los estudiantes (p.ej., en cuanto a su disponibilidad para atención de las dudas fuera de horario de tutoría (entrevistas con estudiantes y egresados)
3. Adecuada dotación de recursos e instalaciones. Se Destaca la vivienda adaptada para la titulación de Terapia Ocupacional.
4. Alta interacción y colaboración entre los empleadores y el centro de cara a la adecuación de las competencias y perfil de egreso.
5. Alta valoración de los estudios cursados manifestados por los egresados



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

6. Posibilidad de completar estudios de grado con títulos propios que fomentan una formación integral y profesional.



PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Jose Antonio Prieto Saborit	Dirección (Decano)
David Méndez Alonso	Dirección (Vicedecano Ordenación académica y estudiantes)
Juliana Pérez Suárez	Dirección (Vicedecana Calidad)
Concha del Palacio Duñabeitia	Dirección (Secretaria Académica)
Alberto Alvarez Suárez	Dirección (Responsable de la Unidad Técnica de Calidad)
Mar Fernández	Estudiante
Elisa Ortea Aller	Estudiante
Lucía Menéndez Fernández	Estudiante
Arón Martínez Lafuente	Estudiante
Carmen Rodríguez Rodríguez	Estudiante
Marina Bedia García	Estudiante
Alexia Gaspar Matanza	Estudiante
Lucía Estrada Camino	Estudiante
Samuel Borrás Cernuda	PAS (Gerente)
Manuel Miranda García	PAS
Mª Concepción Alonso Mangas	PAS
Vanessa Neira Sanjurjo	PAS
Elena Martínez Martínez	PAS



Juan Antonio González Fernández	Profesorado
Yasmina Álvarez Menéndez	Profesorado
Loreto Díaz Suárez	Profesorado
Alejandra Barreiro Collazo	Profesorado
Beatriz Oliveros Fernández	Profesorado
Miguel Zaldívar Sancho	Profesorado
Estíbaliz Jiménez Arberas	Profesorado
M ^a Isabel Fernández Méndez	Profesorado
Juliana Pérez Suárez	Comisión de Calidad
Alberto García Alonso	Comisión de Calidad
Paloma Nistal Hernández	Comisión de Calidad
Cristina González Santos	Comisión de Calidad
José Antonio Llosa Fernández	Comisión de Calidad
Xeila González García	Comisión de Calidad
Luis Antonio Segurola	Comisión de Calidad
Carmen Fernández Enríquez	Comisión de Calidad
Pablo Albañil Espasandin	Comisión de Calidad
Lara Gómez Arenas	Egresado/a
Cristina Rea Rodríguez	Egresado/a
María Martínez-Illescas Robles	Egresado/a
María Reina Fernández	Egresado/a
Álvaro Posada Otero	Egresado/a
Paula González Camporro	Egresado/a
Irene Pérez Díaz	Egresado/a
Carmen González Sanz	Tutor/a y empleador/a
María Villanueva	Tutor/a y empleador/a



Héctor Colunga Cabaleiro	Tutor/a y empleador/a
Adolfo Rivas	Tutor/a y empleador/a
Emma Cabeza Valdés	Tutor/a y empleador/a
Mara Rodríguez Parajón	Tutor/a y empleador/a

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN

DISPOSICIÓN FINAL

VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)

El equipo auditor de la Agencia certificadora, una vez examinado el SAIC 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)



FAVORABLE



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 SAIC, 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)

En fecha 15/11/23 se recibe el Plan de Acciones de Mejora (PAM). Para cada no conformidad se incluye la descripción de la misma, un análisis de sus causas, las acciones a desarrollar o ya desarrolladas, los recursos comprometidos, la fecha de ejecución y el responsable de la ejecución y/o seguimiento.

Así mismo, se adjuntan las evidencias documentales del tratamiento y subsanación de la no conformidad con enlaces a los documentos originales para facilitar la labor de revisión del equipo auditor

En los casos en los que no se incluyen evidencias de la subsanación de la no conformidad, el apartado de acciones a desarrollar recoge el compromiso explícito de su cumplimiento en el futuro.

Por otro lado, también se da respuesta a cada una de las OM que aparecen en el informe de auditoría en su versión 01.

Fruto de la revisión del PAM y de los enlaces y evidencias anexas, el equipo auditor considera que:

nc 1:

En las entrevistas con los grupos de interés (estudiantes y PAS), se evidencia una falta de conocimiento del Sistema de Aseguramiento Interno de Calidad (SAIC): Política y Objetivos de Calidad

Se enuncia un compromiso de reforzar la sistemática establecida para la divulgación y difusión por diferentes vías de la Política y Objetivos de Calidad del Centro a los grupos de interés, entre las cuales se encuentran la realización de nuevas líneas de actuación referidas a la difusión del SAIC en el programa de Mentoría dentro del Plan de Acción Tutorial.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

Por otra parte, se ha programado el desarrollo de jornadas específicas de difusión a los grupos de interés, durante el segundo semestre del curso 23-24, así como reuniones específicas entre el Equipo Decanal y el PAS durante este mismo curso. Se adjuntan las evidencias de los compromisos establecidos.

nc 2: En el momento de la revisión muestral de la Documentación del SAIC en el repositorio OneDrive, se evidencia falta de control de la documentación (se dan diferentes ejemplos que figuran en el informe de auditoría externa en su versión 01).

En el PAM, frente a los ejemplos citados, se evidencia que se corrigen las carencias detectadas (falta de firmas en la documentación, identificación fechas de aprobación). Por otra parte, ante la falta de codificación en algunos formatos del SAIC (Gestión del *Practicum*), el Centro se compromete a que durante el presente curso académico (23-24), se va a desarrollar una plataforma de gestión de prácticas, donde se van a incluir los documentos con la codificación correcta.

Sin embargo, se considera que la falta de control detectada durante la auditoría externa debería conllevar a una mayor sistematización de la revisión de los documentos del SAIC

NC 3: En contra de los criterios 4 y 5 del programa AUDIT, no se dispone de política institucional del PDI y PAS y por tanto no se puede garantizar ni su revisión ni la trazabilidad de la mejora continua en cuanto al personal docente e investigador y el personal de administración y servicios.

Se evidencia el compromiso entre la Gerencia y el Equipo Decanal, en el desarrollo de un plan de promoción de desarrollo profesional para ambos colectivos (se adjunta acta de la Junta de Facultad de fecha 10/11/2023). Así mismo, se adjunta el convenio existente entre la Facultad y ANECA para la evaluación de la actividad investigadora del PDI contratado (sexenios). Sin embargo, no se evidencia cómo se va a llevar a cabo la definición de los procedimientos específicos para el desarrollo de la política de personal de PDI y PAS del centro.

OM1: Se evidencia una falta de sistematización en la coordinación entre las diferentes asignaturas de las titulaciones del centro.

En el PAM desde el Centro, se explica cómo se realizan las reuniones de coordinación (Comisión Docente y reuniones de las comisiones técnicas y profesorado) en las titulaciones tanto a nivel horizontal como vertical.

OM2: En las Encuestas Generales de la Enseñanza, se detecta que, en la publicación de los resultados de la satisfacción del profesorado, al realizarse por asignatura, no se puede garantizar el anonimato del profesorado, en aquellos casos en que la asignatura está impartida por solo un/a profesor/a.

El Centro considera que la información valorativa del profesorado, que en este caso si es de carácter público, no es una información sensible, aunque la asignatura sea solo impartida por un/a profesor/a por lo que no necesita particular protección.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

OM3: Aunque la información de calidad en la Web es muy completa, se echa en falta una organización más estructurada de dicha información para su presentación ante los diferentes grupos de interés.

El Centro contempla en su PAM, valorar diferentes propuestas en el diseño de contenidos gráficos e intuitivos como por ejemplo los informes gráficos powerBI.

OM4: No se evidencia una evaluación del profesorado, más allá de la encuesta de evaluación de la actividad docente que se pasa al alumnado

El Centro indica que actualmente está trabajando en el desarrollo de medidas enfocadas a la promoción docente y por otra a la mejora de la calidad en la docencia.

OM5: Tras la revisión de las guías docentes por muestreo, se detecta que en alguna asignatura, la nomenclatura y ponderación de las pruebas de evaluación descritas, no son coincidentes con lo queda reflejado en la memoria verificada del título.

La Facultad Padre Ossó, se compromete a una revisión de las asignaturas que figuran en el informe de auditoría externa en este aspecto de cara al curso próximo, aunque se debería hacer extensivo a todas las asignaturas del Centro.

- (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.

En Madrid, a 21 de noviembre de 2023

POR EL EQUIPO AUDITOR

D/ª.DOLORES CEJALVO LAPEÑA
Cargo: Auditora Jefe