



AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN
DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN


PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

**UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

Fecha emisión informe: 29/ 04/ 16

V Final
(Post evaluación del Plan de Acciones de Mejora)

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE.		Fecha: 29/ 04/ 16

DATOS DEL CENTRO AUDITADO

Universidad	Pablo de Olvide
Centro	Escuela Politécnica Superior
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	25 de febrero de 2016

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

Preauditoría		Inicial	X	Seguimiento		Renovación	
---------------------	--	----------------	----------	--------------------	--	-------------------	--

Márquese con una "X" lo que proceda

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	Belén Floriano Parda
Cargo	DG Seguimiento y Garantía de Calidad Vicerrectorado de TIC, Calidad e Innovación Universidad Pablo de Olavide, Sevilla
Tfno. y correo	+34 95 497 75 24 - dgcalidad@upo.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	Gloria Zaballa Pérez	Institución	U. de Deusto
Auditor	José Antonio Pérez de la Calle	Institución	ANECA
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	4
1.0.2. Grupos de interés implicados		1.2.2. Mecanismos para obtener y valorar información sobre los procesos anteriores	
1.0.3. Configuración del sistema para su despliegue	1,2	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	
1.1.1. Órganos y procedimientos para la mejora continua de los títulos		1.2.7. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	6,7
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	5	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	7
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	3	1.6.2. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.	
1.4.3. Mejora continua de su política y actuaciones relativas al PAS y servicios	7	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			
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	1.0.3	<p>En contra de lo especificado en el criterio 1.0 del Modelo AUDIT, no se evidencia que la Política y objetivos de Calidad de la FCS sean conocidos de manera adecuada tanto entre el colectivo de estudiantes como de PDI y PAS.</p> <p>Por otra parte, y respecto a lo especificado en PE01 TG01 FCS, de Elaboración, revisión y actualización de la Política y los objetivos de calidad de los títulos, en el documento de evidencia del acta de la CGIC del Título de Grado en Educación Social no aparece el año en el que se realizó la reunión, por lo que no se puede identificar a qué año corresponde la Política y objetivos de calidad. En cuanto al Grado en Trabajo Social, no se identifica en el acta para qué año son los compromisos de calidad del título aprobados en dicha acta.</p>	nc
2	1.0.3	<p>En contra de lo especificado en PA01 FCS, Gestión y control de los documentos y registros:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se evidencia que existen procedimientos con un resumen de ediciones que no coincide en fechas, es decir, para una misma modificación del proceso existen dos fechas diferentes en el resumen de ediciones, y además, no coincide en ocasiones tampoco con el de la web. P. ej. : PE01, PA06, PE04... Se evidencia que existen documentos vinculados al SGIC que carecen de la firma correspondiente, como p. ej.: PE01-TG01-GES-E04-03-14, Guías validadas curso 2015-2016 Educación Social. Si bien en PA01 se especifica que "Cada formato se incluirá como anexo con su correspondiente codificación", se evidencia que existen procedimientos del SGIC en vigor donde se citan en su apartado 8 "Relación de formatos asociados", determinados formatos que posteriormente no aparecen como anexo. Por ej., en PE01 FCS, PA07 FCS o PE04 FCS. 	NCM
3	1.4.2	En contra de lo especificado en PA08 FCS Gestión de la Prestación de Servicios, no se ha evidenciado que se realice la planificación anual de servicios externos del Centro a partir de 2012 (PA08-FCS-E01-XX-XX).	nc
4	1.2.1	Respecto al procedimiento PA07 FCS de Gestión de incidencias, reclamaciones y sugerencias, la E01, Libro de incidencias, reclamaciones y sugerencias, aparece para los diferentes cursos académicos, pero no se indica la naturaleza del problema, ni el tipo de acción que se realizó para resolverlo.	nc
5	1.1.3	Respecto a lo especificado en PE02 FCS, de Diseño de la oferta formativa, no se ha podido evidenciar la existencia de la E04 y E06 al no existir enlace en Alfresco ni en el documento "apuntador" a aquellas.	nc

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
6	1.2.7	En contra de lo establecido en el PC09 FCS, de Gestión y revisión de prácticas externas, la E03, Informe de Gestión anual, solo aparece hasta el año 2013.	nc
7	1.3.3 / 1.4.3	En contra de lo especificado en PE03 FCS, Definición de la política de personal académico y de administración y servicios de la universidad, no se ha podido evidenciar la aprobación de la Normativas o instrucciones relacionadas con la política de Personal académico y de administración y servicios en las actas de Consejo de Gobierno.	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).

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

Con carácter de recomendación y/o elemento de reflexión, se facilitan a la Facultad de Ciencias Sociales (FCS) de la UPO los siguientes aspectos relativos al propio SGIC y/o a la percepción de los grupos de interés respecto a las enseñanzas recibidas:

- Si bien el criterio 1.5 de AUDIT especifica que se deben medir, analizar y utilizar los resultados del aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de los grupos de interés, conviene explicitar en el SGIC que esta operativa se aplicará al resto de los procesos, pues se ha evidenciado que los procesos documentados en el SGIC no conducen en todos los casos al PE04 FCS de medición, análisis y mejora continua.
- Aun cuando pueden existir otros mecanismos que permitan la trazabilidad de un proceso de auditoría interna, es muy recomendable que los informes que se generen fruto de aquellas, sean autocontenidos en sus datos, es decir, que se especifique claramente sobre ellos y entre otros, quienes han sido los miembros del equipo auditor, su Unidad o Centro de origen, así como el alcance de la auditoría realizada y las posibles exclusiones.
- Se podría mejorar la trazabilidad del apartado 7. Medidas, análisis y mejora continua, de todos los procedimientos, con el procedimiento PA4 FCS "Medición, análisis y mejora continua", para asegurar la implantación de la mejora continua de todo el SIGC.
- La participación del PDI y estudiantes de la FCS en las encuestas de satisfacción resulta aún baja, por lo que se deberían definir e implantar acciones para aumentar dicha participación. Entre las razones que éstos últimos citan para explicar su baja respuesta, están:
 - Impresión generalizada de la falta de utilidad de aquellas
 - Las encuestas se suelen poner en época de exámenes
 - El formato de las encuestas hace que su cumplimentación resulte un proceso largo y tedioso
- Se debería ajustar el procedimiento PA07 FCS Gestión de incidencias, reclamaciones y sugerencias al reglamento de la gestión del buzón de IRS, de modo que ambos estén alineados.
- El órgano responsable de la FCS debería realizar un mayor seguimiento de las acciones de mejora y de la resolución de incidencias, ya que en el caso de aquellas que tienen su origen fuera de la propia Facultad, son dirigidas a su responsable para su tramitación, momento a partir del cual se pierde la información de detalle sobre su desarrollo.
- En la próxima revisión del SIGC, se deberían revisar todos los procedimientos escritos para adaptarlos a la realidad del Centro y a su manera de funcionar.
- Se deberían utilizar los mismos formatos de los procedimientos por todas las titulaciones de la Facultad.
- En la aplicación Alfresco, respecto al PA01 FCS, Gestión y Control de los documentos y los registros, se recomienda establecer una estructura de documentos que facilite la identificación rápida y directa de las últimas versiones de los procedimientos y de sus registros.

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

El equipo auditor ha considerado que pudiera resultar de interés, trasladar a los gestores de la FCS las preocupaciones y/o sugerencias de mejora expresadas por diferentes grupos de interés que participaron en las entrevistas, a saber:

- Los ítems peor valorados por los alumnos presentes en el grupo entrevistado, respecto a las enseñanzas recibidas, han sido la escasa e inadecuada orientación recibida, tanto sobre las prácticas externas, (manifiestan que sus resultados son, a veces, "decepcionantes") como sobre sus posibilidades laborales, una vez que egresen.
- Entre el grupo de los egresados, los aspectos que han resultado peor considerados, han sido:
 - Existencia de muchos solapes entre los contenidos de diferentes asignaturas
 - Organización y resultados de las prácticas externas realizadas
 - Escasa y/o inadecuada orientación laboral recibida
 - Situación de "abandono" de la universidad hacia ellos
- Finalmente, las sugerencias de mejora expresadas por el grupo de empleadores y tutores externos son:
 - Incrementar el número de horas de prácticas
 - Flexibilizar el campo temático de los TFG, de modo que se adapte mejor a la realidad
 - Que el tutor de prácticas de la universidad visite con más frecuencia el lugar de realización de las prácticas
 - Que los alumnos evalúen también a los tutores externos, de manera que su labor pueda ser también reconocida de algún modo
 - Firma de un acuerdo de confidencialidad por parte de los alumnos (dadas las características del trabajo que realizan en sus prácticas)

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

El equipo auditor ha detectado los siguientes puntos fuertes del SGIC implantado en la FCS de la UPO

- Alto grado de satisfacción mostrada por los estudiantes, por la facilidad de acceso que muestra el PDI de la FCS, y por su sensibilidad hacia las cuestiones que les plantean.
- Alto grado de satisfacción manifestada por los empleadores hacia la disponibilidad que con ellos muestra de forma habitual el PDI de la FCS, y por la preparación que demuestran sus egresados.
- Aun cuando el Modelo AUDIT no obliga a ello, el SGIC dispone de un Procedimiento de Auditoría Interna (PE05-FCS), a partir del cual se ha llevado a cabo una auditoría interna en septiembre de 2015.

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

- La página web del Centro se considera clara, intuitiva y fácilmente navegable, con contenidos que resultan de interés inmediato para el estudiante.
- La página web de la FCS es muy transparente respecto a la difusión de los resultados obtenidos por los estudiantes de los Grados/ dobles Grados que se imparten, llegando al nivel de asignatura.
- Se dispone de un repositorio documental para la documentación y registros del SGIC (Alfresco) muy completo e intuitivo.
- Los informes de seguimiento anual de las titulaciones son completos y transparentes.

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

Este apartado aplica exclusivamente a aquellas universidades donde el proceso de acreditación de titulaciones oficiales corresponde a ANECA.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Rosa María Díaz Jiménez	Decana
Juan Miguel Gómez Espino	Secretario Académico y Atención al Alumnado
Teresa Terrón Caro	Vicedecana de Calidad, Coordinación e Innovación docente
M ^a Rocío Cárdenas Rodríguez	PDI contratada; DG en Trabajo Social y Educación Social
Manuel Jiménez Sánchez	PDI titular; Grado en Sociología
M ^a Guadalupe Cordero Martín	PDI titular; Grado en Trabajo Social
Rafael Gómez del Toro	PDI contratado; Grado en Trabajo Social/DG en Trabajo Social y Educación Social
Rafael Cáceres Feria	PDI contratado; Grado en Sociología
Virginia Martínez Lozano	PDI titular; Grado en Educación Social
David Cobos Sanchiz	PDI contratado; Grado en Educación Social/DG en Trabajo Social y Educación Social
Javier Martínez Carranza	Estudiante. (2º Doble Grado Educación Social y Trabajo Social)
Sofía España Sánchez	Estudiante. (3º Grado Trabajo Social)
Jaime Navarro	Estudiante. (3º Grado Educación Social)
Elena Gañán Sánchez	Estudiante. (2º Grado Sociología)
Álvaro Villén Raya	Estudiante. (3º Grado Sociología)
Patricia Rubio Iglesias	Estudiante. (1º Doble Grado Trabajo Social y Sociología)
Mónica Hernández del Pino	Estudiante. (3º, Doble Grado Trabajo Social y Sociología)
Araceli Benavent León	Estudiante. (Doble Grado Sociología y Ciencias Políticas)
Alba Aragón Moreno	Estudiante. (Doble Grado Sociología y Ciencias Políticas)
Ana León Molina	Egresado (TS, actualmente en búsqueda de empleo)

María de las Mercedes Serrato Calero	Egresado (TS, actualmente cursa Master de Género e Igualdad)
Marina González Barrios	Egresado (TS, EULEN Sociosanitarios)
Carlos Zapata	Egresado (ES, Prestación de servicios en Delegación de Juventud del Ayto. Mairena del Aljarafe a través de DOC 2001)
Guillermo Pérez	Egresado (Conjunta TS-ES, actualmente cursa Master en Intervención Social, Cultura y Diversidad).
Belén Martínez Ferrer	Suplente de la Responsable de Calidad Grado Educación Social
Manuel Tomás González	Suplente del Responsable de Calidad Grado de Sociología
María Rosa Herrera	Responsable de Calidad Grado de Trabajo Social
Elodia Hernández León	Personal Docente
M ^a . Luisa Delgado Niebla	Personal Docente
Cristina Villalba Quesada	Personal Docente
Rosa M ^a . Rodríguez Izquierdo	Personal Docente
Carmen Botía Morillas	Personal Docente
Patricia Rubio Iglesias	Alumnado
Estrella Abolafio	Responsable profesorado
Luisa Torres	Responsable de Calidad del Dpto. de Educación y Psicología Social
Rafael Maqueda Fernández	Colegio Ntra. Sra. De la Paz
Marcela Rodríguez Fernandez	Autismo Sevilla
Mercedes Cordero	Ayto. Dos Hermanas
Mercedes Pérez Verdugo	Sar Fundación Privada
M ^a Isabel Vela	Sar Fundación Privada
Carlos Guerrero	IMC, S.L.
Inmaculada Montero	Taracea, Cooperativa Andaluza

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>El presente informe se ha redactado tanto a partir de la información suministrada por el Centro, como de la disponible en su página Web y en su intranet, así como de la que el equipo auditor ha recogido en su visita al mismo.</p> <p>Se considera que el Centro dispone de un sistema de garantía interno de calidad orientado hacia la identificación de oportunidades de mejora, estando establecidos objetivos de calidad que son asumidos por el conjunto de la institución. Se dispone además de suficientes procedimientos, registros y evidencias que demuestran, (salvando las cuestiones expuestas más adelante), su implantación real.</p> <p>Se destaca que el clima en el que se ha desarrollado la auditoría ha sido muy bueno, así como la predisposición mostrada por todos los interlocutores de la institución hacia las sugerencias realizadas por el equipo auditor, especialmente del equipo de dirección y la unidad de calidad.</p> <p>Se ha valorado el conjunto de criterios que integran las directrices de AUDIT, resultando 7 no conformidades, agrupadas por directrices, una de carácter mayor (NCM) y seis menores (nc), así como 12 observaciones generales de mejora. En el caso de la única NCM, relativa al control documental y de registros del SGIC, aunque trascendente, el equipo auditor entiende que resultará de fácil resolución.</p> <p>En cuanto a las nc menores, en todos los casos se trata de situaciones que, a priori, presentan un grado de dificultad bajo para ser solventadas.</p>

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

En relación al Plan de Acciones de Mejora aportado por el Centro en fecha 26/04/16, se considera que se ha realizado un análisis honesto de las causas y circunstancias origen de las nc y de las oportunidades de mejora. En dicho Plan se recogen toda una batería de acciones que, parecen realistas y de fácil ejecución (para la mayoría de los casos). En otros, como por ejemplo lo relacionado con incrementar el conocimiento sobre el SGIC y la cultura de calidad de los grupos de interés, se entiende que es algo más difícil de conseguir, lo mismo que sucedería en cualquier otra universidad. También se fijan fechas y responsables, que, al menos sobre el papel, pueden ser perfectamente capaces de desarrollar las acciones encomendadas (entre otras razones, porque varias de las nc son transversales a los 3 centros auditados, y por tanto, las acciones de mejora, al ser muy similares, deberían reforzarse mutuamente).

El resto de las acciones de mejora que propone el Centro, relativas a las observaciones incluidas en el informe (de seguimiento voluntario), dan respuesta a las especificadas por el equipo auditor, detallando en todas ellas los recursos comprometidos, las fechas previstas de solución y los responsables de ejecución y/o seguimiento.

Adicionalmente, se considera que el hecho de que el PAM haya pasado por Junta de Centro, refuerza la idea de un compromiso formal hacia su realización y seguimiento.

Consecuencia de lo anteriormente expuesto, de la positiva percepción del funcionamiento del Centro obtenida, así como del alto grado de compromiso hacia la mejora detectado en su personal directivo y docente, el equipo auditor ha consensuado proponer una valoración global **FAVORABLE** del grado de implantación del SGIC en el 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.

Por el equipo auditor (1)



Gloria Zaballa Pérez
Cargo: Auditor jefe

(1) Auditor de mayor rango del equipo