

Informe definitivo de certificación del Sistema de Garantía de Calidad en la Gestión de Centros Asociados de la UNED SGICG-CA (Nivel 1)

Nº de certificación: 069-I-02-C/2018
Emisión del certificado: 25 de junio de 2018
Periodo de vigencia: 4 años

Centro asociado: UNED Motril
Web: www.unedmotril.org
Alcance (sedes auditadas): Motril



Con fecha 22-6-2018 el Comité de Certificación del SGICG-CA (Nivel 1) para el Centro Asociado UNED Motril asignado al efecto por la Cátedra de Calidad de la UNED "Ciudad de Tudela" ha formulado y aprobado su informe definitivo de Certificación.

VALORACIÓN DE LOS MACROPROCESOS

El Comité de Certificación, una vez analizado el informe de auditoría funcional, elaborado por la Comisión de Evaluación y los documentos verificados, así como el escrito de alegaciones al informe provisional de certificación presentado por el Centro (si hubiera), conforme a los criterios descritos en el proceso público de certificación emite una valoración definitiva **Favorable**, otorgando las siguientes valoraciones específicas a cada uno de los macroprocesos del SGICG-CA del Centro (Nivel 1).

Macroprocesos	Valoración
1.-Planificación y liderazgo	Suficiente
2.-Difusión y relación externa	Suficiente
3.-Relación con estudiantes	Suficiente
4.-Enseñanza aprendizaje	Suficiente
5.-Extensión universitaria	Suficiente
6.-Estructura y análisis de la calidad	Suficiente
7.-Tecnología de información y comunicación	Suficiente
8.-Recursos materiales	Suficiente
9.-Personal	Suficiente
10.-Organización docente	Suficiente

JUSTIFICACIÓN

La valoración del sistema de gestión se ha basado en el cumplimiento de las directrices presentadas por el Centro Asociado para cada uno de los procesos que figuran en la Guía del SGICG-CA (Nivel 1) y de los soportes de trabajo vinculados a ellas.

Tras el análisis de la información contrastada se aprecian las siguientes fortalezas, mejoras necesarias y mejoras recomendables.

Puntos fuertes

No se aprecian actualmente puntos fuertes en los procesos auditados de la certificación del SGICG-CA.

No conformidades

No se aprecian actualmente no conformidades en los procesos auditados de la certificación del SGICG-CA.

Áreas de mejora

1.1.1 - Estrategia

El Centro tiene identificados los factores críticos desde el año 2015 y sería recomendable realizar seguimiento periódico de todos los indicadores asociados a los factores críticos ya que estos pueden abarcar más de un indicador. Ello llevaría a un control más completo de dichos factores.

1.1.1 - Estrategia

Aunque el Centro utiliza el Cuadro de Mando Integral intercentros como referencia para su gestión (diversos objetivos y análisis de resultados) sería conveniente que:

- Cuantifique los objetivos y resultados, de forma explícita, en el máximo de indicadores comunes a todos los centros (como mínimo el 50%), incluyendo también anualmente, por ejemplo, los que se mantienen invariables o los que tienen ciclos bienales.
- Retire los indicadores propios que no gestiona de forma habitual (sin datos).
- Puede incluir otros indicadores que considere estratégicos para el Centro y gestione de forma habitual (con datos).
- Ello permitirá obtener una visión global de los principales resultados del Centro, cada año.

1.1.1 - Estrategia

El Centro tiene definidos los grupos de interés y recoge sus expectativas a través de distintos medios. Sería interesante integrar en un mismo documento el análisis de las principales expectativas de dichos grupos de cara a disponer de una información más global que facilite su comprensión, análisis, valoración y comunicación interna.

1.1.2 - Plan de gestión

Aunque el Centro señala y demuestra que el calendario de comunicación del Plan de Actuación Anual se centra en las sesiones del Órgano Rector y reuniones de inicio de curso, sería interesante que quedaran claras también, estas cuestiones, en su directriz del Plan de Gestión, con el fin de que pudiera integrarse dicha decisión en un único lugar, simplificando así la documentación.

1.1.2 - Plan de gestión

El Centro considera el PAG como un documento central para su gestión y el seguimiento del cumplimiento de las acciones y de la evolución de los resultados, antes de finalizar el periodo de planificación es importante para comunicar la evolución a los responsables, decidir los ajustes necesarios y lograr el mayor éxito posible. El plan de gestión 2018 incluye objetivos medibles en su mayoría. No obstante, aunque se lleva a cabo un seguimiento de los objetivos del PAG 2017, sería preciso realizarlo a través de objetivos directamente medibles, como se señala en el punto 1.1.2 de la Guía "*objetivos cuantificables y medibles que permitan un seguimiento continuado en el tiempo*". Al no estar cuantificados en su planteamiento inicial son de difícil seguimiento y la escala de valoración debería ser objetiva y estar apoyada en mediciones cuantificadas en la mayoría de los casos. También es importante diferenciar objetivos de acciones. Todos los planes de gestión futuros deberían cumplir esta característica.

1.2.2 - Alianzas y colaboraciones

Aunque el Centro dispone de convenios de colaboración, gestionados de forma adecuada desde la Dirección, podría ser conveniente estudiar, de forma proactiva, las necesidades y oportunidades de colaboración con otras entidades, con el fin de desarrollar nuevos convenios más allá de propuestas externas, como se señala en su directriz de gestión de colaboraciones "*Estudiar entidades externas que pueden aportar valor, Planificar y organizar las actividades de colaboración*".

1.2.3 - Relaciones institucionales

Aunque la comunicación a los profesores-tutores de los acuerdos adoptados en el Patronato se realiza en la reunión del Claustro y en la

reunión de inicio del curso, y el acta del Pleno, así como la memoria se cuelgan en el portal de transparencia, sería recomendable llevar un control y seguimiento de los acuerdos adoptados.

2.1.4 - Participación de estudiantes

El Centro evalúa los resultados de los indicadores del plan de mejora de atención a estudiantes a través del CMI y muestra una evaluación limitada del cumplimiento de las acciones de mejora tal y como establece su Directriz de Plan de Mejora de Atención a Estudiantes (PMAE) "*REVISAR periódicamente el cumplimiento de las acciones de mejora*". Sería conveniente realizar un seguimiento periódico completo de todas las acciones incluidas en el PMAE, con el fin de conocer su evolución y realizar los ajustes oportunos a tiempo. Así mismo, se recomienda precisar mejor la identificación de los indicadores y que sean más representativos de los objetivos marcados con el fin de conseguir un seguimiento más coherente de las acciones de mejora.

2.2.1 - Realización de tutorías

Aunque en relación con la corrección de las pruebas de evaluación continua (PEC) el Centro conoce las incidencias de incumplimiento a través de la notificación de los Departamentos correspondientes, tomando medidas para su corrección, sería recomendable que el Centro tomara medidas preventivas para garantizar la corrección en plazo y forma de las PEC.

2.2.2 - Realización de prácticas

Aunque no se señala el uso proactivo de indicadores en el proceso de prácticas extracurriculares, en el la memoria del COIE se aprecian indicadores relativos a su gestión sobre consultas atendidas y otros indicadores de prácticas y empleo. Sería recomendable que el Centro, además de completar los datos de la memoria que solicita la UNED, pueda fijar algún objetivo cuantificable y medible al que se realice seguimiento para gestionar el proceso, con el fin de dimensionar la gestión del servicio y sus procesos vinculados.

2.4.1 - Actividades de Extensión Universitaria del Centro Asociado

Aunque el Centro recibe las propuestas de solicitudes de cursos por diferentes vías (ejemplo, delegación de estudiantes, entidades interesadas, departamentos de la UNED, etc), el Director y la Secretaria valoran la idoneidad de las solicitudes atendiendo a criterios económicos y de interés estratégico y posteriormente se aprueban en Pleno, sería recomendable disponer, de una manera más explícita y precisa, los principales criterios aplicados a la hora de valorar las solicitudes iniciales de cursos.

3.1.1 - Organización docente

Aunque el Centro establece objetivos y analiza resultados de Organización Docente (ejemplo, cambios y recuperaciones), podría ser interesante documentar las propuestas de mejora, de cara a una mejora en su gestión y medición.

3.2.1 - Documentación del Sistema de Calidad en la Gestión

Aunque el Centro utiliza modelos de directrices disponibles en la plataforma MVG, ha comenzado a editar algunas directrices adaptadas a su dinámica y tienen un equipo de calidad que anualmente suele revisar los procesos en la autocomprobación del SGICG-CA, sería importante que en las directrices generadas o adaptadas existieran códigos de identificación claros (título, edición, fecha, autor, logo), con el fin de mantener una cierta homogeneidad documental y facilitar su manejo. Así mismo, se debería contar con un sistema útil de distribución de las últimas ediciones documentales ya que los cambios deberían ser conocidos por los responsables de

los procesos.

3.2.2 - Protección de datos personales

Aunque el Centro muestra que no tiene obligación de inscribir los ficheros en el Registro General de Protección de Datos al tratarse de una fundación privada, y así se les ha comunicado desde la UNED mediante la notificación "*C.A. Privado con ficheros*", en dicho informe se recomienda la inscripción de determinados ficheros. En todo caso es importante adaptar la directriz a la situación real del Centro dado que se toma como referencia la directriz del Manual virtual de Gestión de Centros Asociados, la cual no contempla la situación de las fundaciones privadas.

3.2.3 - Revisión y mejora del sistema de calidad

Aunque se ha iniciado la revisión de cumplimiento de compromisos de la Carta de servicios, sería conveniente mostrar, con claridad, los momentos de revisión de cada uno de ellos y continuar con el seguimiento y ajuste de dichos compromisos, lo cual redundará en un cuidado interno de aspectos relevantes de los servicios y una imagen externa que genere confianza e interés en el entorno.

3.2.3 - Revisión y mejora del sistema de calidad

Aunque el Centro dispone de un registro de procesos con mejoras, generado el año 2015, sería importante mantenerlo actualizado anualmente con el fin de tener evidencias de las principales mejoras realizadas y los procesos vinculados a ellas, así como los procesos que no ha tenido evolución durante el año.

3.2.3 - Revisión y mejora del sistema de calidad

Aunque se ha iniciado la dinámica básica de auditoría interna PDCA (programa, auditoría, informe de control, ajustes de mejora) en una área de gestión del Centro Asociado, sería conveniente ampliar y sistematizar dichas actividades de forma sencilla y eficaz, por ejemplo planificando los procesos con más necesidad de revisión, diferenciando los roles de auditor y auditado, detallando en el informe los puntos contrastados, señalando las fechas de seguimiento posteriores. Así mismo se podrían aprovechar actividades que el Centro realiza en su dinámica de evaluación de las directrices para evidenciarlas en los formatos de auditoría, por ejemplo auto comprobaciones de directrices de procesos para mantenimiento de la certificación. Ello permitiría evidenciar la evaluación y revisión interna de las principales directrices de gestión.

4.1.3 - Mantenimiento, equipos e instalaciones

El Centro cuenta con un inventario completo para el material tecnológico (descripción detallada del elemento, nº de registro, ubicación etc.) y para los equipos e instalaciones (mobiliario, equipos de oficina, etc) cuenta con un registro contable. Sería recomendable que contar con un inventario completo para todos los elementos de inmovilizado, con el fin de poder optimizar su gestión.

5.1.1 - Política de Personal

Aunque el Centro dispone de unos criterios de referencia para la gestión de personal y valora su eficacia a través de indicadores del Cuadro de Mando Integral, es recomendable revisar y ajustar algunos indicadores para que estos representen de forma más literal a los criterios de origen, con el fin de poder realizar valoraciones de causa - efecto más significativas.

5.1.4 - Acogida del personal

El Centro ha aplicado correctamente una ficha de acogida. Se recomienda continuar su aplicación tanto para el PAS como para el profesorado tutor, con el fin de sistematizar las acciones de socialización de las nuevas incorporaciones.

5.2.1 - Participación

Aunque se tiene en cuenta la opinión de las personas, en diferentes situaciones, el documento "5.2.1. Gestión de quejas y reclamaciones" está enfocado al estudiante no al personal. Sería recomendable, definir la metodología, documentos y recursos empleados para la gestión de las sugerencias internas del personal, con el fin de sistematizar la gestión de este proceso.

5.2.1 - Participación

El Centro dispone de un Plan de Mejora actualizado del PAS. Se recomienda que se incluyan indicadores de medida más ajustados a los objetivos y, no sólo indicadores de percepción (que se realizan fundamentalmente en función de las encuestas, que son bastante más generales), sino también de rendimiento (resultados medibles directamente).

5.2.1 - Participación

El Centro dispone de un Plan de Mejora actualizado del profesorado tutor. Se recomienda que se incluyan indicadores de medida más ajustados a los objetivos y, no sólo indicadores de percepción (que se realizan fundamentalmente en función de las encuestas, que son bastante más generales), sino también de rendimiento (resultados medibles directamente).

5.3.2 - Desempeño

El Centro dispone de un sistema de evaluación del desempeño y ha iniciado su aplicación de forma correcta. Se recomienda ampliar la evaluación al resto del PAS, de forma sistemática, integrando en ella los objetivos que se consideren oportunos, con el fin de orientar el desarrollo profesional de las personas.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN PRESENTADA

Tras las auditorías realizadas por la Comisión de Evaluación asignada al efecto, se ha observado una aplicación adecuada y acorde con los requisitos del SGICG-CA (Nivel 1), en todos los procesos exigidos por la Guía.

Se aprecia, además, que en 0 áreas de gestión, se han desarrollado algunos procesos más allá de los requisitos exigidos por la Guía del SGICG-CA (Nivel 1).

No se ha identificado ningún incumplimiento de suficiente entidad como para ser calificado de No Conformidad.

Se han identificado, asimismo, 0 Puntos Fuertes y 24 Áreas de Mejora de aplicación recomendable.

PROPUESTA

Como consecuencia de la información anterior la propuesta de certificación es **Favorable**.

El Centro ha llevado a cabo la evaluación y revisión de diversos procesos y adaptado las directrices de gestión a sus características. Ha avanzado de manera significativa hacia la consolidación del SGICG-CA y las mejoras propuestas en este informe están orientadas en ese sentido.

El mantenimiento de la certificación durante el periodo de vigencia conlleva la realización de una auditoría de los procesos dinamizadores del Sistema de Garantía Interna de Calidad en la Gestión (Nivel 1), así como de la valoración de la eficacia de las acciones correctoras, si las hubo, durante el proceso de Certificación, y de las mejoras voluntarias relacionadas con las principales áreas de mejora.

En Tudela, a 25 de junio de 2018

Firmado

Luis Fernández Rodríguez

José Manuel Ortega Muruzábal

Comité - Presidente

Comité - Secretario

Mar Arranz Peña

Ángel Minondo Urzainqui

Comité - Vocal

Comité - Vocal