

COMISIÓN DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA FACULTAD DE CIENCIAS

Acta nº 4

En Córdoba a las 16:15 horas del lunes 15 de octubre de 2018, se reúne la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad de Ciencias en la sala de Juntas Profesor Jacobo Cárdenas, con los miembros que a continuación se relacionan:

María Teresa García Martínez (en calidad de Presidenta de la Comisión), Inés María Santos Dueñas (en calidad de Secretaria de la Comisión); José Antonio Bárcena Ruiz, María Isabel Burón Romero, Manuel Cruz Yusta, Herminia María García Mozo, Marta Jiménez Jiménez, Encarnación Muñoz Serrano, Alba Rincón Castro, Concepción Hera Díaz de Liaño, Feliciano Priego Capote, Manuel Sáez Cano y Concepción Santos Godoy. Estando presente como invitada Sra. Decana María de la Paz Aguilar Ceballos. Se excusa la ausencia de Luis Arias de Reyna Martínez.

Punto 1. Informe de la Presidenta de la Comisión.

La Presidenta de la Comisión cede la palabra a la Sra Decana para que exponga algunos aspectos relacionados con el Informe Provisional de Certificación del SGCC de la Facultad de Ciencias recibido tras la visita de evaluación realizada por los expertos de la DEVA los días 14 y 15 de mayo de 2018.

En el Sistema de Garantía de Calidad sometido a Evaluación se han detectado que existen cinco criterios sin implantar de un total de seis. Ha sido necesario presentar veinte procedimientos nuevos para poder emitir una respuesta a dicho informe y para poder corregir, en la medida de lo posible, los errores detectados inicialmente en los procedimientos heredados de un sistema de seguimiento y de acreditación de título a título evaluados. Según los diferentes criterios se había establecido un reparto para la supervisión de los mismos.

Al recibir el informe Provisional de Evaluación el Responsable de Calidad de la Facultad de Ciencias, Prof. Dr. José Manuel Sevilla Suárez de Urbina, ha presentado su dimisión y se ha nombrado como sucesor al Prof. Dr. Carlos Pérez Vicente, con bastante experiencia en estos asuntos, pero ha estado de baja hasta el pasado martes.

Desde un punto de vista general, las valoraciones susceptibles de contemplar aspectos que deban ser subsanados son correctas, entre otros, los procedimientos del Sistema de Garantía de Calidad no están divulgados convenientemente y deberían estar expuestos públicamente. Dicha información no se presenta en la página web y toda la documentación sometida a la evaluación se encuentra en la versión 1, hecho que evidencia que el Sistema de Garantía de Calidad no ha tenido ninguna revisión hasta la fecha de la evaluación.

Como carencias a la documentación sometida a la evaluación se destacan que los procedimientos no tienen establecidos las personas encargadas de su realización y los responsables, la periodicidad de éstos y, tampoco, la relación entre procedimientos y evidencias.

Se presentan algunas evidencias del Plan de Mejora en el que no se establece la prioridad de los Sistemas de Mejora ni se recogen los procedimientos de revisión de las

Acciones de Mejora ni la revisión de la Política de Mejora de Calidad, todos estos factores indican que el sistema se ha implantado hace menos de un año.

También, se ha constatado que la FCC no presentó un Cuadro de Mandos, que los procedimientos no pueden estar directamente ligados a los indicadores. Es necesario detallar en un mapa de procesos los distintos procedimientos y que se establezcan procedimientos sobre los Planes de Mejora. Se indica también la carencia de integración entre objetivos, indicadores y resultados y, por otro lado, entre las evidencias y las acciones de mejora.

Se desvincula el hecho de que por no existir evidencias no implica que no haya procedimientos para las acciones de mejora. Se encuentran disponibles datos de los títulos, alumnos, etc., pero no se encuentran relacionados con los procedimientos de análisis de ingreso de estudiantes. Si bien, no existen objetivos anuales que sean revisables se puede corregir haciendo referencia a los Planes de Mejora de los Títulos.

Por otro lado, aunque las Acciones de Mejora incluidas en el Plan de Mejora están detalladas, no están vinculados con los procedimientos definitivos. Se necesita que la información disponible en la plataforma sea coincidente con los procedimientos revisados. Desde el inicio de la elaboración del Sistema se ha carecido de un respaldo institucional adecuado que ha implicado que se deban de elaborar desde cero los diferentes procedimientos.

Punto 2. Estudio y aprobación, si procede, de la respuesta al informe provisional de la DEVA sobre el Plan Piloto IMPLANTA y de los documentos revisados del Sistema de Garantía de Calidad de la Facultad de Ciencias.

Siguiendo con la palabra la Sra Decana informa que se dispone de un plazo de 20 días hábiles desde el día siguiente de la notificación del informe para realizar las alegaciones que se consideren oportunas por lo que se está haciendo una revisión detallada de todo el proceso para poder responder a la evaluación recibida. Y que dicho informe debe de ser aprobado por la Comisión de Garantía de Calidad y, a continuación, por Junta de Facultad.

Se ha establecido un procedimiento para corregir que no hay un procedimiento de Análisis y Mejora del Plan de Calidad del Centro. Se dispone de un Gestor Documental que no permite relacionar los datos con los indicadores, por lo que realmente son datos inconexos. Se ha solicitado que se realice una modificación del Gestor Documental. Y tampoco se ha facilitado el informe previo del repositorio por parte de los responsables del Gestor Documental.

La Profesora Dra. María Isabel Burón Romero comenta que el Sistema de Gestión Documental es el establecido en el Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad de Córdoba. Se ha contrastado la información con otros centros que están acreditados por el sistema AUDIT y se observa que prácticamente los procesos son muy parecidos entre los diferentes centros.

Se ha realizado una profunda y puntual renovación de las acreditaciones y evidencias que no existen en el mapa de procesos de los Planes de Mejora y la involucración de todos los grupos de interés. Tampoco se muestran evidencias de que el Plan de Mejora de un curso se ponga en marcha para el siguiente curso académico.

Por ejemplo, el “Criterio 4. Personal docente e investigador” evidencia que la gestión del PDI no está vinculada por el centro y, por otro lado, va a impedir la posibilidad de gestionar

los PDI junto a los sistemas de Garantía de Calidad. En este caso, para poder establecer esta vinculación ha asumido dos nuevos procedimientos.

No existen procedimientos de identificar las necesidades de personal y tampoco las necesidades de formación del profesorado, pues están delegadas en el Rectorado. Se evidencia que los Estudios de los perfiles de profesorado no se relacionan con ningún procedimiento para la revisión de estos datos. También se evidencia que no existen objetivos y resultados de los Planes de Buenas Prácticas. Y que no están disponibles a las herramientas necesarias para acceder a las encuestas individuales de la labor del PDI, lo cual está justificado por la implementación de la reglamentación de protección de datos.

Es preferible que de cada observación se recomiende que si no existe un procedimiento que se establezca. No hay establecidos indicadores para el Plan de Acción de Mejora para el alumnado. El procedimiento (C5P2) evidencia cómo se recoge la información de evidencia y recursos, pero el análisis de la revisión de acreditación no tiene detallada la definición o no de recursos y materiales con los identificados de los procedimientos llevados a cabo.

El Centro tiene la Junta de Facultad como organismo para tomar decisiones pero el Sistema de Garantía de Calidad no tiene procedimientos para la gestión de los procedimientos de Prácticas Externas, TFG, Programa de Trabajo Fin de Grado, Programas de Movilidad...

La gestión de procesos Enseñanza-Aprendizaje indica que hay información pero que no se encuentra vinculada con los indicadores de los procedimientos del Sistema de Garantía de Calidad. Tampoco existen procedimientos de apoyo en cómo se realiza la gestión, el grado de satisfacción con los alumnos con estos procesos y los indicadores de procedimientos.

Existen dos flujogramas que coinciden y esto debe ser corregido pues su origen se establece por el empleo de usar flujogramas estándar de toma de información. Tampoco hay responsables, procedimientos, indicadores asignados... Tampoco se ha realizado ningún Plan Anual de Mejora del Centro desde que se realizó la acreditación de los títulos actuales.

Se reparte entre los presentes algunos ejemplos de la documentación que pretende presentarse como respuesta del informe, por ejemplo, en el "Procedimiento para la publicación de información actualizada de interés para todos los colectivos" con Código: PC01 se destaca que se ha establecido un nuevo formato que es bastante similar al empleado en los diferentes documentos de Gestión de Calidad con su encabezado y pie de página, responsables de elaboración, revisión y aprobación del procedimiento, historial de revisión del procedimiento y se define una estructura que va a ser común para todos los procedimientos con los siguientes apartados:

- Objeto
- Alcance
- Normativa y Referencias
- Definiciones
- Desarrollo del procedimiento
- Seguimiento, Medición y Mejora
- Asignación de Responsabilidades
- Archivo
- Rendición de Cuentas
- Diagrama de Flujo
- Formulario y Documentos Anexos

La Profesora Dra. María Isabel Burón Romero pregunta por qué se establece este formato de procedimientos y la Sra. Decana explica que es el formato habitual en todos los Sistemas de Gestión de Calidad de otros sectores y el no emplearlo inicialmente podría estar causado por un desconocimiento previo de estos y, además, al emplearlos se permite una nueva sistematización de la documentación.

La representante del PAS Dña. Concepción Santos Godoy indica que en la Unidad de Calidad del PAS el Manual de Procesos tiene la misma estructura que la propuesta en la documentación entregada pero que no se había establecido inicialmente en el Sistema de Calidad del Centro.

Vuelve a tomar la palabra la Sra. Decana para indicar que para poder contestar adecuadamente el Informe Provisional de Evaluación recibido es necesario realizar una revisión profunda del Sistema de Calidad del Centro.

La Profesora Dra. María Isabel Burón Romero pregunta si dicha respuesta al Informe es emitida desde el Centro o por la Institución. Se indica que dicha respuesta es sólo del Centro.

En el Informe recibido se puede destacar que todos los procedimientos están no implantados excepto el primero. Los manuales eran muy genéricos, es complicada la relación con los indicadores, responsables, criterios..., no se establece como se revisa ni se detalla el procedimiento de matrícula, acceso, PATU... los procedimientos y la asignación de responsabilidades en asignar los indicadores no están claramente establecidos con los procedimientos... No es sólo escribir los procedimientos, sino que también hay que indicar que se hace todo lo posible para que se aplique y gestionen adecuadamente.

La Profesora Dña. María Isabel Burón Romero añade que el Gestor Documental está mal estructurado, en un Manual recibido por Rafael Infantes se indicaba que dicho Gestor era un esqueleto pero desde entonces no se ha modificado desde un punto de vista Institucional o Corporativo.

Además, se añade que ha sido la Institución quien ha establecido que la Facultad de Ciencias sea la primera en someterse a la Evaluación del Programa Implanta aunque no se haya recibido ni suficiente información ni respaldo desde el Rectorado.

Se aprueba la respuesta al Informe Provisional de la DEVA sobre el Plan Piloto IMPLANTA y de los documentos revisados del Sistema de Garantía de Calidad por unanimidad.

Punto 3. Ruegos y Preguntas.

No hay ningún ruego o pregunta adicional.

Y sin más asuntos que tratar, se levanta la sesión a las 17:10 horas del 15 de octubre de 2018, de todo lo cual como Secretaria doy fe.

Vº Bº

Inés María Santos Dueñas
Secretaria de la Comisión de Garantía de Calidad

María Teresa García Martínez
Presidenta de la Comisión de Garantía de Calidad