MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CALIDAD

PROCEDIMIENTO

Seguimiento y medición

CÓDIGO DE-02 P1 ÍNDICE 04

REDACCIÓN	VALIDACIÓN	APROBACIÓN
Área de Apoyo a la Docencia y Calidad	Comisión de Garantía de Calidad	Junta de Centro
Fecha y firma	Fecha y firma	Fecha y firma
Raquel Gandón Chapela José Miguel Dorribo Técnicos Superiores de Calidad	María Paz Diéguez Montes	Miguel Á. Piñón Cimadevila

UNIVERSIDADE DE VIGO 1990 ÁREA DE APOIO Á DOCENCIA E CALIDADE

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA Pontevedra

Proceso

Dirección estratégica.

Histórico de evoluciones

ÍNDICE	FECHA	REDACCIÓN	MOTIVO DE LAS PRINCIPALES MODIFICACIONES
00	15/05/2008	Área de Calidad	Creación del procedimiento PC-12 (documentación marco) « Análisis y medición de resultados académicos » del SGIC de los centros
01-03	2008-2011	Comisiones de Garantía de Calidad de los Centros	Intervalo de modificaciones realizadas por los centros, en el ámbito de sus SGIC, en base fundamentalmente a las recomendaciones establecidas en los informes de evaluación de los sistemas de calidad, remitidos desde ACSUG.
04	03/11/2014	Raquel Gandón y José Miguel Dorribo (Área de Apoyo a la Docencia y Calidad)	Evolución completa del procedimiento: nueva codificación, trama de redacción y estructura; nuevos contenidos en relación al seguimiento y medición de los procesos y de la estrategia. Integra actividades relacionadas con el seguimiento y medición de resultados de los procesos y programas del sistema de gestión de calidad en el ámbito de gestión. Modificación del título y código: pasa de PC-12 a DE-02 P1 «Seguimiento y medición». Consideración de los informes finales de auditoría de certificación de la implantación del Sistema de Garantía de Calidad de la convocatoria 2013/14 en lo relativo a la definición y seguimiento de los objetivos de calidad de los centros.

Índice

I OBJETO 3
II ALCANCE 3
III REFERENCIAS 3
IV DESARROLLO 5
V ANEXOS 15

I OBJETO

Definir la metodología para recopilar, analizar y utilizar la información relativa a

- la implantación de la estrategia,
- los objetivos de calidad y
- los procesos y programas de calidad,

de forma que permita realizar su seguimiento y medición para conocer sus prestaciones, realizar su análisis y, si ha lugar, definir las acciones de mejora necesarias para la consecución de los objetivos fijados.

II ALCANCE

El alcance del presente procedimiento se extiende a los resultados de:

- los centros y titulaciones, en el marco de su sistema de garantía interna de calidad, y
- el ámbito de gestión, en el marco de su sistema de gestión de la calidad

de la Universidade de Vigo.

Nota: En el ámbito de gestión, la estrategia se desarrolla específicamente a través de un plan operativo, que desarrolla el Plan Estratégico de la Universidade de Vigo en este ámbito.

III REFERENCIAS

III.1. Normas

Legislación

- Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades.

- RD 861/2010, de 2 de julio, por el que se modifica el RD 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.

-Decreto 222/2011, de 2 de diciembre, por el que se regulan las enseñanzas universitarias oficiales en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia.

-Orden do 20 de marzo de 2012 por el que se desarrolla el Decreto 222/2011, del 2 de diciembre.

- Estatutos de la Universidade de Vigo.

- Resolución Rectoral de la Universidade de Vigo, de 21 de mayo de 2014 por la que se modifica la Resolución del 7 de mayo de 2014, de delegación de competencias.

Normas y estándares de calidad

- ENQA: Criterios y directrices para la garantía de calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior.
  - 1.1 Política y procedimientos para la garantía de calidad.

- ACSUG, ANECA y AQU: Programa FIDES-AUDIT. Documento 02: Directrices, definición y documentación de los Sistemas de garantía interna de la calidad de la formación universitaria.
  - Directriz 1. Política y objetivos de calidad.

- ACSUG: Programa de Seguimiento de títulos oficiales.

- Norma UNE-EN ISO 9000: Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario.

- Norma UNE-EN ISO 9001: Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.

- Norma UNE-EN ISO 9004: Gestión para el éxito sostenido de una organización. Enfoque de gestión de calidad.

- Norma UNE 66175: Sistemas de gestión de la calidad. Guía para la implantación de sistemas de indicadores.

Otros documentos de referencia

- Plan Estratégico de la Universidade de Vigo.

- Plan Operativo de Gestión de la Universidade de Vigo.

- Plan de Financiación del Sistema Universitario de Galicia 2011-15.

- Plan de Calidad Docente de la Universidad de Vigo (2004).

- Diseño de un sistema de indicadores de resultados y calidad para el Sistema Universitario Español – Guía metodológica 2011 (CRUE).

- Universidade de Vigo: *Manual de linguaxe inclusiva no ámbito universitario.*

III.2. Definiciones

- Estrategia : plan estructurado para lograr los objetivos.
  (Norma UNE-EN ISO 9000)

- Comisiones de titulación : comisiones con responsabilidad en el desarrollo de la titulación (comisiones académicas de título, de docencia, de coordinación de títulos impartidos en varios centros,…)
  (Directrices xerais para o Seguimento de títulos oficiais de grao e máster da Universidade de Vigo).

- Cuadro de mando (integral) : herramienta de gestión que facilita la toma de decisiones, y que recoge un conjunto coherente de indicadores que proporcionan a la alta dirección y a las funciones responsables una visión comprensible de la organización o de su área de responsabilidad.
  La información aportada por el cuadro de mando permite enfocar y alinear los equipos directivos, las unidades (…), los recursos y los procesos con las estrategias de la organización
  (Norma UNE 66175)

- Indicador : datos o conjunto de datos que ayudan a medir objetivamente la evolución de un proceso o de una actividad.
  (Norma UNE 66175)

- Metas : resultados deseados o previstos que deben alcanzar los indicadores.
  Nota: Son un valor objetivo y programado temporalmente que, en la implantación de la estrategia, mediante su comparación con su resultado real, nos indican el grado de cumplimiento de los objetivos operativos y estratégicos.
  (Plan Operativo de Gestión de la Universidad de Vigo)

- Objetivo : algo ambicionado o pretendido.
  (Norma UNE 66175)

- Objetivos de calidad : algo ambicionado o pretendido, relacionado con la calidad.

Nota: los objetivos de la calidad generalmente se basan en la política de calidad de la organización.
(Norma UNE-EN ISO 9000)
Nota: En esta línea, también se puede hablar de objetivos del proceso como algo ambicionado o pretendido, relacionado con los resultados del proceso.

- Objetivos estratégicos : finalidades que tienen que conseguirse para poder alcanzar la visión de futuro de la organización. Son declaraciones amplias, poco específicas y sin fecha.
(Plan Operativo de Gestión de la Universidad de Vigo)

- Objetivos operativos : aquellos orientados a conseguir cada uno de los objetivos estratégicos. Son un desarrollo de los objetivos estratégicos, en la búsqueda de una mayor operatividad de la estrategia que se formula.

Nota: características de esta operatividad que los objetivos operativos han de cumplir son: específicos, medibles, factibles, realistas y delimitados en el tiempo.
(Plan Operativo de Gestión de la Universidad de Vigo)

III.3. Abreviaturas y siglas

- ACSUG : Axencia para a Calidade do Sistema Universitario de Galicia
- ANECA : Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación
- AQU : Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya
- CGIC : Comisión de Garantía Interna de Calidad
- CMI : Cuadro de Mando Integral
- ENQA : European Association for Quality Assurance in Higher Education (Red Europea para la Garantía de la Calidad en la Educación Superior)
- PAS : personal de administración y servicios
- PDI : personal docente e investigador
- POG : Plan Operativo de Gestión
- SGIC : Sistema de garantía interna de calidad
- SID : Sistema de Información a la Dirección
- SIIU : Sistema Integrado de Información Universitaria
- UEP : Unidad de Estudios y Programas

IV DESARROLLO

IV.1. Finalidad del proceso

Poner a disposición herramientas de seguimiento y medición que permitan
- garantizar la calidad de los resultados de medida (precisión, fiabilidad, respeto de los plazos),
- estructurar las reuniones de seguimiento de los resultados y
- tener la información disponible para la definición y puesta en marcha de acciones de mejora y/o acciones para tratar las derivas en caso de desviación de los objetivos

de tal forma que se pueda conocer
- si la estrategia se está implantando como fue planificada
- si los resultados obtenidos y los objetivos de calidad son los esperados.

IV.2. Responsable del proceso

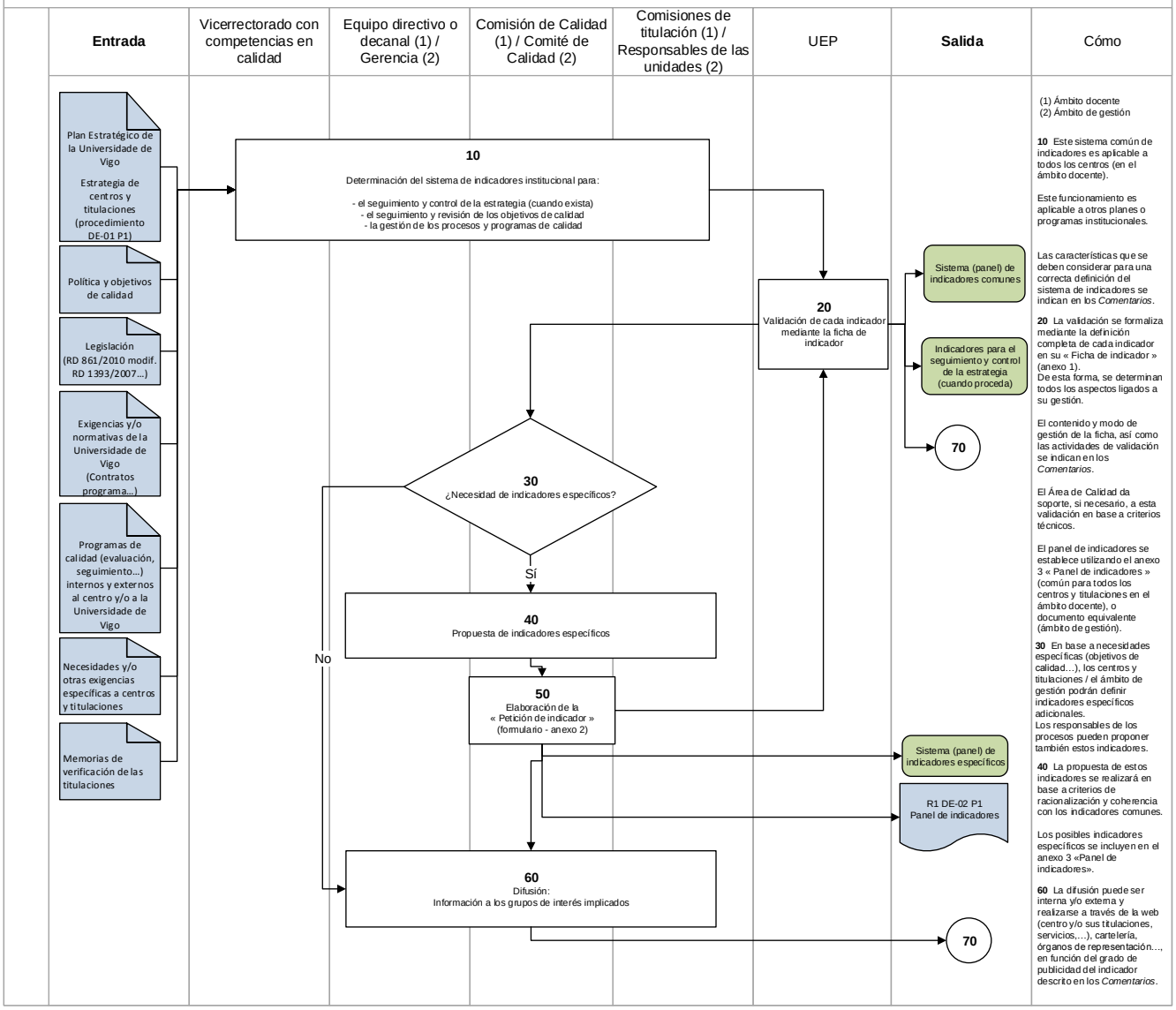
- Gerencia (ámbito de gestión)
- Decanato o Dirección (ámbito docente)

IV.3. Indicadores

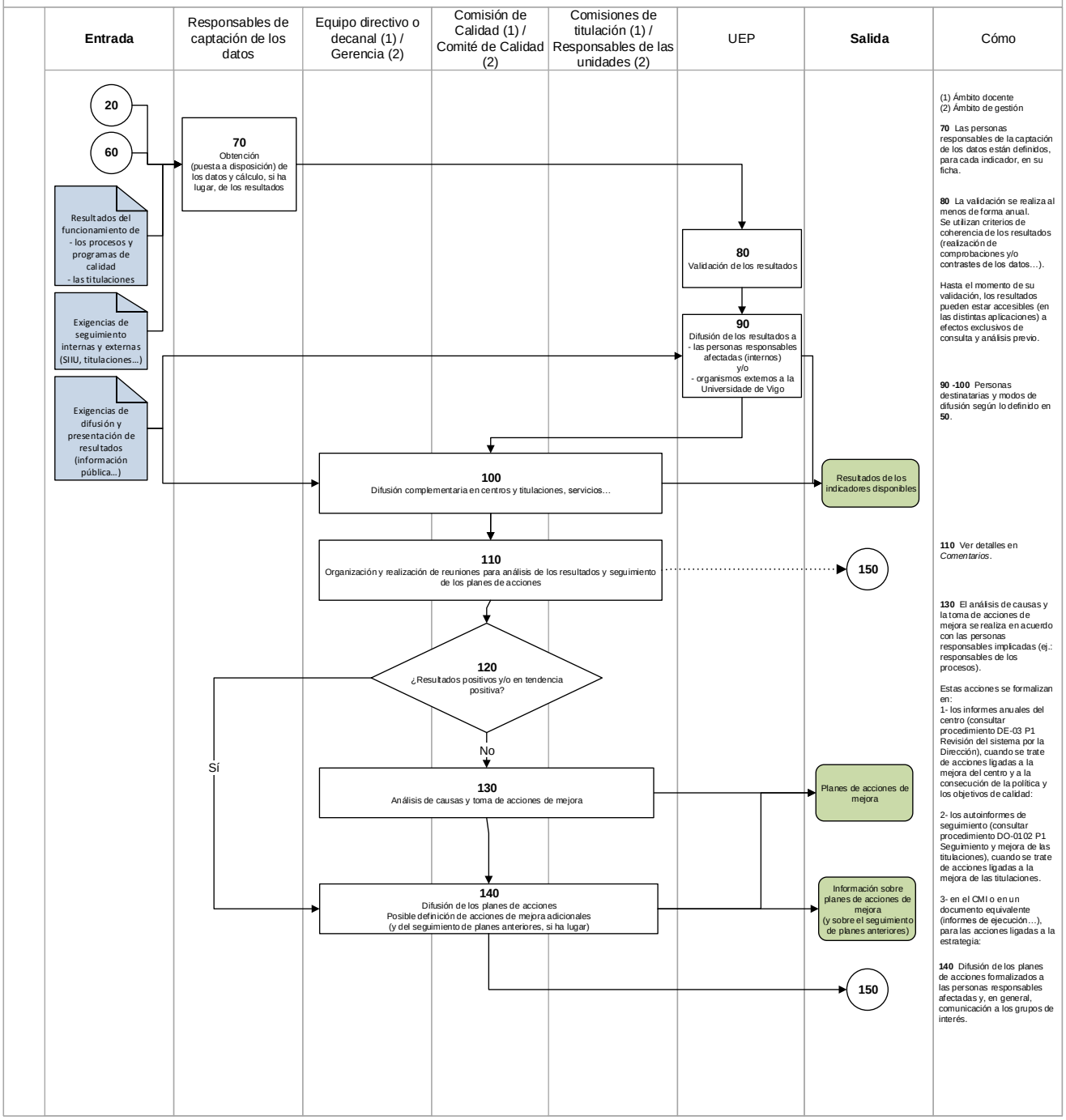
Los indicadores asociados a este proceso están identificados y definidos en el anexo a este procedimiento.

IV.4. Diagrama de flujo

A) DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES

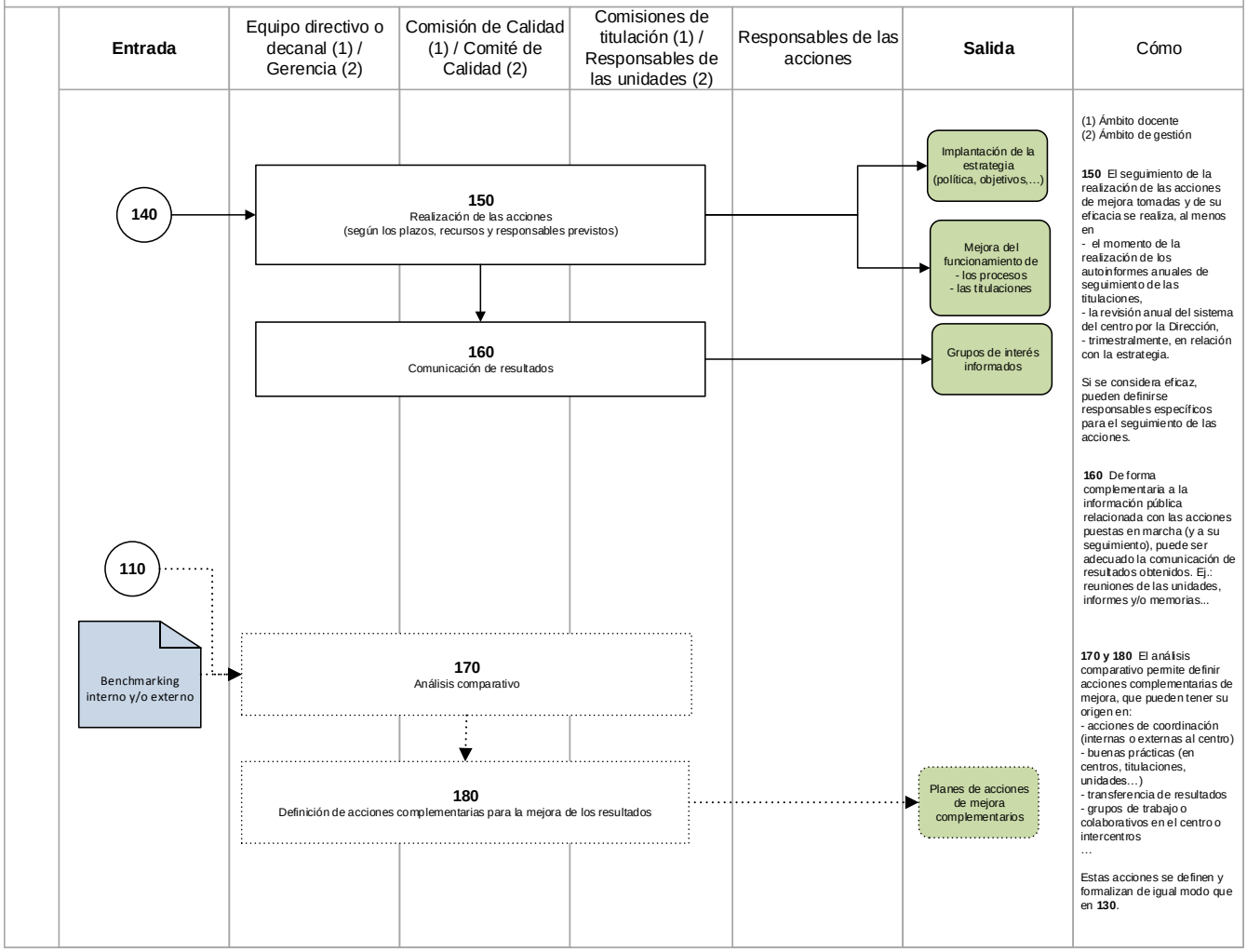


B) SEGUIMIENTO DE LOS RESULTADOS



C) MEJORA

Entrada	Equipo directivo o decanal (1) / Gerencia (2)	Comisión de Calidad (1) / Comité de Calidad (2)	Comisiones de titulación (1) / Responsables de las unidades (2)	Responsables de las acciones	Salida	Cómo



(1) Ámbito docente
(2) Ámbito de gestión

150 El seguimiento de la realización de las acciones de mejora tomadas y de su eficacia se realiza, al menos en
- el momento de la realización de los autoinformes anuales de seguimiento de las titulaciones,
- la revisión anual del sistema del centro por la Dirección,
- trimestralmente, en relación con la estrategia.

Si se considera eficaz, pueden definirse responsables específicos para el seguimiento de las acciones.

160 De forma complementaria a la información pública relacionada con las acciones puestas en marcha (y a su seguimiento), puede ser adecuado la comunicación de resultados obtenidos. Ej.: reuniones de las unidades, informes y/o memorias...

170 y 180 El análisis comparativo permite definir acciones complementarias de mejora, que pueden tener su origen en:
- acciones de coordinación (internas o externas al centro)
- buenas prácticas (en centros, titulaciones, unidades…)
- transferencia de resultados
- grupos de trabajo o colaborativos en el centro o intercentros
…

Estas acciones se definen y formalizan de igual modo que en **130**.

Comentarios:

- **Etapa 10:** determinación del sistema de indicadores institucional.

  Los indicadores tienen por objeto proporcionar información sobre los parámetros ligados a las actividades o los procesos implantados.

  Las características que definen a los indicadores de un sistema de gestión son las siguientes:

Características de los indicadores (Norma UNE 66175)
a) Simbolizan una actividad importante o crítica;
b) Tienen una relación lo más directa posible sobre el concepto valorado con objeto de ser fieles y representativos del criterio a medir;
c) Sus resultados son cuantificables o, en todo caso, medibles, y sus valores se expresan normalmente a través de un dato numérico o de un valor de clasificación;
d) El beneficio que se obtiene de su uso supera la inversión de capturar y tratar los datos necesarios para su desarrollo;
e) Son comparables en el tiempo, y por tanto pueden representar la evolución del concepto valorado. De hecho, su utilidad se puede valorar por su capacidad para marcar tendencias;
f) Ser fiables, es decir, proporcionan confianza a las personas usuarias sobre la validez de las sucesivas medidas;
g) Ser fáciles de establecer, mantener y utilizar;
h) Ser compatibles con los otros indicadores del sistema implantados y, por tanto, permitir la comparación y el análisis.

- **Etapa 20:** validación de cada indicador mediante la ficha de indicador.

  Las **actividades de validación** que realiza la UEP ante la petición de un nuevo indicador son:

  - Análisis de la petición, y definición de criterios y glosario de términos afectados, así como de las relaciones con otros indicadores.
  - Estudio de la viabilidad, en función de los recursos necesarios para su obtención.
  - Estudio de la fuente de información más viable y coherente.
  - Validación de los datos obtenidos, garantizando su calidad (la información es correcta y no existen discrepancias).
  - Definición de los mecanismos de publicación y/o remisión, en función de los criterios de transparencia, accesibilidad y utilidad.

  La « **Ficha de indicador** » es el documento donde se formaliza y especifica toda la información relativa a la gestión del indicador.

Contiene, al menos, la siguiente información:

- Denominación del indicador: definición del concepto a valorar (descripción, interpretación).

- Código del indicador
  - La codificación es significativa del proceso de referencia, y contiene además un número secuencial, según la estructura siguiente:

Código del indicador	
Indicador – n° secuencial	Proceso
I XX	YY

Nota: La codificación de los procesos está definida en el Manual de Calidad.

Ejemplo:
I03-DO: Indicador (I) nº 03 asociado al proceso DO (Docencia).

El anexo 3 « Panel de indicadores » incluye codificaciones equivalentes utilizadas para el indicador, según los casos, para otros programas o por otros organismos o instituciones (ACSUG, CRUE,…).

Ejemplo:
I03-DO (Tasa de …) = ISUG 04 [Contratos programa] = CRUE 08

- Forma de cálculo: especificación de la fórmula de cálculo (para evitar interpretaciones erróneas), incluyendo posibles aspectos particulares a considerar, así como el método o fuente de información empleado para la obtención de los datos y su frecuencia.

- Forma de representación: para seguir su evolución y eventual consecución del objetivo (a efectos comparativos y de reactividad)
  - Utilización de gráficos, tablas, símbolos,…

- Definición de responsabilidades para
  - La recogida de los datos: responsable de captación de los datos.
  - La comunicación de los resultados a los responsables y personas autorizadas o involucradas
  - El análisis y explotación de los resultados (cuadro de mando o documento equivalente)

- Disponibilidad y accesibilidad de la información
  - Fecha y modo de disponibilidad de los resultados
  - Tipo de publicidad: grado de accesibilidad (publicidad) a los resultados, incluyendo la confidencialidad de la información (si ha lugar), según la tabla siguiente

Disponibilidad y accesibilidad de la información
<u>Grado 1:</u>

Los resultados están disponibles y accesibles, al menos, en una página web institucional (Universidad, centro, unidad…), de forma totalmente **pública**.
Grado 2:
Los resultados están disponibles en una zona restringida (página web de Secretaría virtual de la Universidad…), con acceso limitado para toda la **comunidad universitaria**.
Grado 3:
Los resultados están disponibles en una zona restringida (página web institucional, en la Secretaría virtual de la Universidad…), con acceso limitado para **colectivos específicos**.

- Definición de umbrales y objetivos, si ha lugar.
  - Mínimo y/o máximo a respetar sin modificar el proceso
  - Valor a conseguir
  - Consecución sucesiva de valores en el tiempo (metas)

Toda cuestión específica o particular, aclaración, observación… que afecte a la definición del indicador ha de incluirse en la ficha (por ejemplo, planes o programas en los que se utiliza, referentes de cálculo…).

Además, la relevancia del indicador se indica mediante el nivel del indicador, según la tabla adjunta:

Nivel del indicador
Nivel 1:
Indicador **común** para todos los centros (o unidades) con **impacto directo** en, al menos: • Los mecanismos de financiación de la Universidad, • La medición general del nivel de calidad de la Universidad (se incluyen los indicadores exigidos por la legislación), • La satisfacción de los grupos de interés o • Estrategia de la Universidad.
Nivel 2:
Indicador **común** para todos los centros (o unidades) con **impacto indirecto** en los aspectos mencionados anteriormente.
Nivel 3:
Indicador **específico** del centro, establecido en función de su situación particular.

La ficha de indicador se gestiona mediante la versión y la fecha de puesta al día.

- **Etapa 50:** elaboración de la « Petición de indicador » (formulario - anexo 2)

  Quien realiza la petición del indicador debe
  - Solicitar los datos con antelación suficiente, y
  - Definir de forma clara los datos solicitados y los fines para los que se necesitan.

- **Etapa 110:** organización de reuniones para el análisis de resultados y seguimiento de los planes de mejora

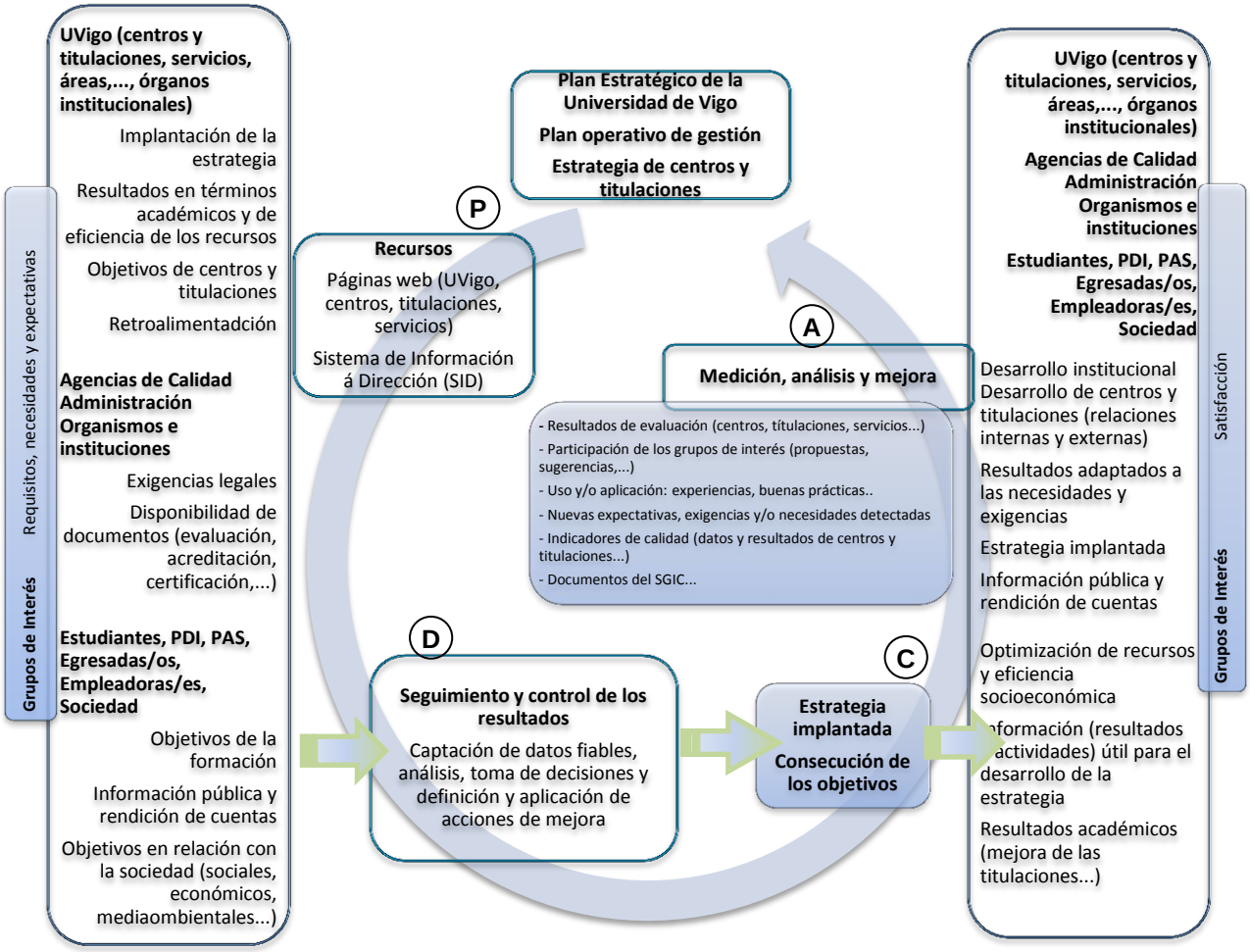
  La tabla siguiente indica las condiciones mínimas para realizar el seguimiento de los resultados:

Nivel	Participantes	Periodicidad	Instrumentos de control
Ámbito de gestión:			
• Procesos de calidad	Gerencia, Responsables de los procesos, jefaturas de servicio y administradores/as (cuando proceda)	Anual (al menos en el marco de la Revisión por la Dirección)	CMI (resultados de los indicadores disponibles) Resultados de seguimiento anteriores
• Implantación de la estrategia	Gerencia, vicegerencias, jefaturas de servicio y administradores/as	Trimestral	CMI Informe anual ejecutivo del Plan Operativo (en la 1ª reunión de cada año)
Ámbito docente (centros y titulaciones):			
• Implantación de la estrategia (cuando proceda)	Equipo directivo o decanal Coordinador/a de calidad	Anual (al menos en el marco de la Revisión por la Dirección)	Panel de indicadores (resultados de los indicadores disponibles) Resultados de seguimiento de acciones anteriores
• Política y objetivos de calidad • Resultados de los procesos de calidad (SGIC del centro)	Equipo directivo o decanal Responsables de los procesos Coordinador/a de calidad	Anual (al menos en el marco de la Revisión por la Dirección)	Panel de indicadores (resultados de los indicadores disponibles) Resultados de seguimiento de acciones anteriores

• Resultados de los indicadores de las titulaciones (seguimiento, acreditación...)	Comisiones de titulación	Anual (en el marco de la elaboración del autoinforme de seguimiento de las titulaciones)	Panel de indicadores (resultados de los indicadores disponibles) Resultados de seguimiento de acciones anteriores

Las personas responsables de la gestión de los indicadores (Gerencia, equipos directivos o decanales, responsables de procesos, comisiones de titulación…) pueden organizar reuniones complementarias para conocer, analizar y/o tomar acciones respecto de los resultados que se producen en el transcurso del curso académico o del año natural (por ejemplo: trimestralmente, semestralmente,…) en función de sus necesidades y de las características de cada indicador.

IV.5. Ciclo de mejora continua del proceso (PDCA)



(P) Planificar: establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos, necesidades y expectativas de los grupos de interés y las políticas de la organización.

(D) Desarrollar (hacer): implantar los procesos.

(C)

Controlar (verificar): realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos y servicios respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos, necesidades y expectativas, e informar de los resultados.

A Actuar (aprender): tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.

(UNE-EN ISO 9001)

V ANEXOS

Anexo 1 : Ficha de indicador.
Anexo 2 : Petición de indicador.
Anexo 3 : Panel de indicadores.

Registros

Identificación del registro		Soporte original	¿Disponible en aplicación SGIC-STO?	Responsable de custodia (órgano / puesto)	Duración	Clasificación (*)
Código	**Denominación**					
R1-DE02 P1	Panel de indicadores	Electrónico	Sí	Decanato o dirección (ámbito docente)	3 años	-
				Gerencia (ámbito de gestión)	3 años	

(*) A cubrir solo en caso de que el registro esté sujeto a condiciones de permanencia adicionales al período de archivo de gestión (es decir, cuando es necesaria su transferencia posterior al archivo general).