



**PROGRAMA FIDES-AUDIT  
INFORME FINAL DE EVALUACIÓN  
DEL DISEÑO DEL SISTEMA DE  
GARANTÍA DE CALIDAD**

**ESCUELA INTERNACIONAL DE  
DOCTORADO DE LA  
UNIVERSIDADE DA CORUÑA  
(EIDUDC)**

## ÍNDICE

1. Datos del centro evaluado ..... pg.3
2. Comisión de Evaluación del Diseño ..... pg.3
3. Valoración de la documentación del SGC de la EIDUDC ..... pg.4

<b>1. DATOS DEL CENTRO EVALUADO</b>		
<b>UNIVERSIDAD</b>	UNIVERSIDADE DA CORUÑA	
<b>CENTRO</b>	ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO DE LA UNIVERSIDADE DA CORUÑA (EIDUDC)	
<b>ALCANCE</b>	Todas las titulaciones oficiales de doctorado que se imparten en la UDC.	
<b>REPRESENTANTE</b>	<b>NOMBRE</b>	Rodolfo Barreiro Lozano
	<b>CARGO</b>	Presidente del Comité de Dirección de la EIDUDC

<b>2. COMISIÓN DE EVALUACIÓN DEL DISEÑO</b>			
<b>PRESIDENTE</b>	Laureano González Vega	<b>Institución</b>	Universidad de Cantabria
<b>VOCALES ACADÉMICOS</b>	Jesús Félez Mindán Luis María Merino Jerez	<b>Institución</b>	Universidad Politécnica de Madrid Universidad de Extremadura
<b>PROFESIONALES</b>	Marta González Moldes María Vilas Breijo	<b>Institución</b>	Trillium Consultores Auditora Externa
<b>ESTUDIANTES</b>	Luis Manuel Ibáñez Beltrán	<b>Institución</b>	Universidad de Santiago de Compostela
<b>SECRETARIA</b>	María Dolores Castro Pais	<b>Institución</b>	ACSUG

### 3. VALORACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SGC DE LA EIDUDC

La Comisión de Evaluación, tras el análisis del documento de alegaciones y de la nueva versión de la documentación del diseño del Sistema de Garantía de Calidad (SGC) de la Escuela Internacional de Doctorado (EIDUDC), enviada por la Universidad de A Coruña, y tomando como referencia las directrices recogidas en la *Guía para el diseño de los Sistemas de Garantía de Calidad de ACSUG*, realiza la siguiente valoración:

**FAVORABLE**

**DESFAVORABLE**

La Comisión de Evaluación incluye a continuación algunas recomendaciones para la mejora de la documentación del diseño del Sistema de Garantía de Calidad (SGC) de la Escuela Internacional de Doctorado (EIDUDC):

#### JUSTIFICACIÓN Y RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

##### ASPECTOS GENERALES

- No se evidencia el método seguido para la Revisión del SGC por la dirección.
- Debe revisarse el método operativo de los procedimientos. Sigue siendo confuso, especialmente en lo relacionado con la definición de funciones y responsabilidades (esto ocurre en varios procedimientos documentados).
- Los procesos deben culminar con el análisis para la mejora.
- El control de la documentación debe dejar claro el método para el control de los registros y evidencias generadas.

##### DIRECTRIZ 1. POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD

###### ***D01-P01. Política y objetivos estratégicos de calidad***

El proceso D01-P01 especifica cómo se define, aprueba, revisa y publica la política de calidad y los objetivos estratégicos. En la página web del centro está publicada la política de calidad y los objetivos estratégicos ([https://www.udc.es/export/sites/udc/eid/galeria\\_down/Politica-de-Calidad-de-la-EIDUDC-23-07-2020-cast.pdf](https://www.udc.es/export/sites/udc/eid/galeria_down/Politica-de-Calidad-de-la-EIDUDC-23-07-2020-cast.pdf) 2063069294.pdf). Además, indica que anualmente la CP revisa y analiza el cumplimiento de los objetivos específicos (evidencia D01-P01-E03). El D01-P01 muestra el objeto del proceso.

## JUSTIFICACIÓN Y RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

### Recomendaciones:

- En la definición de este proceso se indica que el objetivo específico son metas o retos y no queda claro en el documento publicado de política y objetivos que los objetivos específicos tengan metas. Son objetivos cualitativos.
- Los objetivos de calidad específicos deben ser cuantitativos, específicos y alcanzables. Revisar y subsanar este aspecto, teniendo en cuenta además que dichos objetivos deberán ser revisados anualmente (Revisión anual SGC).

### ***D01-P02. Gestión del SGC***

El proceso D01-P02 refleja en su objeto los siguientes aspectos: definición, aprobación, revisión, análisis, modificación y mantenimiento de la documentación del sistema de calidad. Sin embargo, el proceso no muestra cómo el centro lleva a cabo el seguimiento del sistema de calidad. Esto es clave en el proceso de certificación de un sistema de calidad y no se ha encontrado un procedimiento o información sobre cómo se lleva a cabo ese seguimiento y revisión. El seguimiento del sistema de garantía de calidad va más allá del seguimiento del título, reflejado en D02-P01. En el manual de calidad se incluye en su anexo I un listado de evidencias e indicadores por procesos que puede ayudar a la Escuela a realizar ese seguimiento y revisión del SGC.

### Recomendaciones:

- Definir cómo se va a realizar la revisión del SGC.
- Incluir en el procedimiento cómo se llevará a cabo el control de la documentación y los registros del sistema. No se definen documentos relacionados con la revisión del SGC.

## DIRECTRIZ 2. DISEÑO, REVISIÓN PERIÓDICA Y MEJORA DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS

### ***D02-P01. Diseño, seguimiento, modificación, acreditación y extinción de los programas oficiales de doctorado***

El D02-P01. Diseño, seguimiento, modificación, acreditación y extinción de los programas oficiales de doctorado define tanto el método para diseñar y verificar nuevos programas como la extinción/supresión de un POD, garantizando la continuación de estudios del alumnado.

Con relación al seguimiento, el proceso muestra que se lleva a cabo un seguimiento anual. Para ello, el/la coordinador/a del POD, con el apoyo de la UADI, revisa que las evidencias e indicadores del SGC están disponibles en la aplicación informática y que la información pública relativa al título está completa y actualizada en la página web del Programa. A partir de aquí, la CAPD elabora el informe de seguimiento anual/renovación de la acreditación. La evidencia que muestra este seguimiento es la evidencia D02-P01-E18. Informe de seguimiento anual/renovación de la acreditación. Esto indica que se ha diseñado un seguimiento anual cuya salida es la evidencia E18. Aunque la información es general, se puede considerar suficiente para reflejar el seguimiento. Es importante que en el proceso de implantación se demuestre este seguimiento, entendiéndose la evidencia E18 como una evidencia clave para ello.

## JUSTIFICACIÓN Y RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

### Recomendaciones:

- Se recomienda definir claramente las responsabilidades asociadas a los procedimientos. En el apartado de "responsables" (esta recomendación aplica a todos los procesos) solo aparece un listado pero no se definen las responsabilidades de cada miembro, que se deducen de la lectura del desarrollo del proceso. Valorar si realmente cada responsable tiene claras sus funciones, incluidas en la descripción del proceso.
- Se recomienda reflexionar sobre todas las evidencias codificadas y comprobar en la implantación del sistema que esas evidencias son las que realmente se utilizan (esta recomendación aplica a todos los procesos).

### DIRECTRIZ 3. GARANTÍA DEL APRENDIZAJE, ENSEÑANZA Y EVALUACIÓN CENTRADOS EN EL ESTUDIANTE

#### ***D03-P01. Perfil de ingreso, captación, selección y admisión***

El nuevo proceso D03-P01 incluye información sobre la definición del perfil de ingreso y la captación.

#### ***D03-P02. Planificación y desarrollo de las enseñanzas***

El nuevo proceso D03-P02 define el proceso para desarrollar la enseñanza y no especifica cómo se lleva a cabo el seguimiento. Con relación a la suspensión y extinción de los títulos, se ha incluido en el proceso D02-P01.

#### ***D03-P03. Atención a estudiantes***

El proceso D03-P03 muestra el proceso para realizar la atención al estudiante.

### Recomendaciones:

- Revisar la descripción del método operativo, resulta confuso en cuanto al seguimiento realizado. No quedan claras las funciones y responsabilidades en relación al tutor.

#### ***D03-P04. Movilidad e internacionalización***

El proceso D03-P04 muestra de manera general algunos aspectos de la movilidad (convenios, movilidad de estudiantes).

#### ***D04-P01. Análisis de resultados académicos***

El proceso D04-P01 indica que, en el último trimestre del año, el/la coordinador/a tiene disponibles en la aplicación informática los resultados académicos del curso académico anterior para su revisión. Una vez revisados, se los remite a la CAPD quien los analiza, compara con los recogidos en la memoria vigente del título y establece las acciones de mejora oportunas.

### Recomendaciones:

- Revisar la descripción del método operativo, resulta confuso en cuanto al seguimiento realizado. Definir las funciones de los coordinadores y de la CAPD en el proceso, para que queden claras las funciones y responsabilidades.

## JUSTIFICACIÓN Y RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

### **D04-P02. Gestión de preguntas, felicitaciones, sugerencias y quejas**

El proceso D04-P02 refleja de manera general cómo se gestiona una queja, sugerencia o felicitación e indica que *"en el último trimestre del año, la CP o la CAPD, según corresponda, analiza las preguntas, felicitaciones, sugerencias y quejas recibidas y sus resoluciones, y establece las acciones de mejora oportunas, de ser el caso"*.

### **D04-P03. Satisfacción**

El proceso D04-P03 define el proceso para medir la satisfacción de los grupos de interés. Además, indica que *"anualmente, el/la coordinador/a remite a la CAPD los resultados de participación y satisfacción de los grupos de interés para su análisis y el establecimiento de las acciones de mejora"*. Se entiende que este análisis anual es el seguimiento anual de los resultados de los títulos. No queda claro en el proceso dónde se deja constancia del análisis de estos resultados y si se mide la satisfacción de todos los grupos de interés. En la web del centro ([https://www.udc.es/export/sites/udc/eid/\\_galeria\\_down/ENCUESTAS-DE-SATISFACCION-CAST.pdf\\_2063069294.pdf](https://www.udc.es/export/sites/udc/eid/_galeria_down/ENCUESTAS-DE-SATISFACCION-CAST.pdf_2063069294.pdf)) se encuentra el modelo de encuesta para estudiantes, PDI, PAS y titulados.

#### **Recomendaciones:**

- Revisar la descripción del método operativo, resulta confuso en cuanto al seguimiento realizado. No se identifican claramente las evidencias relacionadas, es decir, cual es el documento que resulta del análisis de la satisfacción.
- Reflexionar sobre la necesidad de obtener retroalimentación de otros grupos de interés (por ejemplo, empleadores). En el protocolo publicado en la web sobre realización de las encuestas ([https://www.udc.es/export/sites/udc/eid/\\_galeria\\_down/PROTOCOLO-APLICACION-ENCUESTAS-CAST.pdf\\_2063069294.pdf](https://www.udc.es/export/sites/udc/eid/_galeria_down/PROTOCOLO-APLICACION-ENCUESTAS-CAST.pdf_2063069294.pdf)) se indica cuando se realizan las encuestas y por qué medios. En este documento publicado en la web se indica que se recoge información de empleadores. Se recomienda al centro recoger información de empleados como muestra este protocolo.

## DIRECTRIZ 4. GARANTÍA Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS

### **D03-P05. Gestión de los recursos humanos**

El proceso D03-P05 establece la sistemática para garantizar la adecuación y suficiencia del PDI y del PAS. En este sentido, con relación a la revisión, análisis y mejora de la gestión de los recursos humanos, el proceso indica lo siguiente (por ejemplo con relación al PDI, para el PAS es igual): *"Anualmente, la CAPD con el fin de garantizar que dispone del PDI necesario para el correcto desarrollo del POD, compara lo recogido en la memoria vigente del título con la relación de PDI, la composición de los grupos de investigación, los proyectos de investigación competitivos activos de cada grupo de investigación y el porcentaje de PDI con sexenios u otros indicadores equivalentes de la calidad de la investigación, analiza las necesidades de PDI y establece las acciones de mejora oportunas, de ser el caso."* Esta información podría ser suficiente para analizar el funcionamiento del proceso pero no la eficiencia/resultados del proceso. Entre los indicadores y evidencias no hay indicadores ni evidencias de satisfacción o de resultados. Una parte del seguimiento es comparar con la memoria y otra parte es analizar si los resultados de este proceso son los esperados.

## JUSTIFICACIÓN Y RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

No queda claro cómo se hace el seguimiento del proceso y si se hace o no un estudio de la evolución y tendencia de los indicadores.

### Recomendación:

- Revisar los indicadores asociados al proceso y a los resultados. (Los procesos deben finalizar siempre con el análisis para la mejora continua, esto no se observa en todos los casos).

## DIRECTRIZ 5. GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS

### **D03-P06. Gestión de los recursos materiales y de la prestación de servicios**

El proceso D03-P06 tiene por objeto "establecer la sistemática para garantizar la adecuada gestión de los recursos materiales utilizados en los Programas Oficiales de Doctorado (POD) y la adecuada prestación de los servicios existentes". En este objeto no se menciona la revisión y mejora de los recursos y servicios. Esto ocurre en todos los procesos y el centro debería considerar que si no lo incluye en cada proceso es porque está incluido en D02-P01 y debe entender que siguiendo este procedimiento (D02-P01) debe realmente analizar y mejorar cada uno de los procesos.

El proceso solo indica que se identifican necesidades y se introducen mejoras, pero no especifica cómo se hace. Esto podría ser suficiente si realmente en la implantación del sistema de calidad hay evidencias de la detección de las necesidades (en el proceso se indica que "si la CP o el personal de la Oficina de Doctorado detectan una necesidad de recursos materiales y servicios de la EIDUDC, se la comunican al ED, que se la remite al VCMT para que se proceda a su gestión"). Además, deberían existir evidencias de la revisión, análisis y mejora del proceso. En el proceso se enumeran evidencias del funcionamiento del proceso, pero no de los resultados del mismo (por ejemplo, satisfacción). Además, no se enumeran indicadores.

### Recomendaciones:

- Revisar la descripción del método operativo, resulta confuso en cuanto al seguimiento realizado. Se debe mejorar el método para el análisis de la suficiencia de los recursos.

## DIRECTRIZ 6. INFORMACIÓN PÚBLICA

### **D05-P01. Información pública**

El proceso D05-P01 refleja de manera general que el centro publica y actualiza anualmente la información relativa a los programas formativos. Además, como en los procesos anteriores, se indica que anualmente se revisan los resultados, aunque no se especifica en detalle el cómo; por ello, se recomienda prestar especial atención al análisis de los resultados de la información pública.

Santiago de Compostela, 15 de diciembre de 2020



Dr. D. José Eduardo López Pereira  
Director ACSUG