

# UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Administración y Servicios  
Sistema de Gestión de Calidad

**ÁREA**  
**Servicio de Biblioteca Universitaria**

iCS Informe-Acta de Resultados de la Carta de Servicios

Año

**2022**

Periodo del INFORME

**Anual**

Elaborado y aprobado

**Comité Interno de Calidad del Área**

Fecha del Informe

martes, 31 de enero de 2023

### 1. Introducción

El **Plan Anual de Calidad** del Sistema de Gestión de Calidad (PAC del **SGC**) es un instrumento operativo donde la Universidad despliega sus estrategias en la segmentación de periodos que se establezcan.

En nuestro caso el periodo establecido es el **año natural**, y es dentro del mismo donde se planifican y determinan cuantas acciones y operaciones sean necesarias para alcanzar los objetivos estratégicos de la UAL.

El **ámbito**, en nuestro caso, queda circunscrito al **ÁREA**. En todo el documento el concepto **ÁREA** determina la **unidad en la que se segmenta el SGC** y que, con carácter general, puede ser un Servicio o Unidad.

### 2. Alcance en los PROCESOS

El alcance determinado por el conjunto de PROCESOS controlados del **ÁREA**.

CódPro	Procesos CONTROLADOS
Pr-01	Obtención de recursos de información
Pr-02	Tratamiento y mantenimiento de recursos de información
Pr-03	Préstamo
Pr-04	Información
Pr-05	Formación
Pr-06	Gestión de espacios y equipos
Pr-07	Gestión de Recursos Humanos
Pr-08	Planificación de la colección
Pr-09	Comunicación
Pr-10	Gestión de la tecnología

### 3. Método de control y análisis de datos

Cualquier **estrategia** tiene que dotarse de mecanismos de despliegue para hacerla efectiva dentro de la organización, ya que su visión a varios años debe sustentarse en planes operativos de menor temporalidad y alcance (en nuestro caso **año natural** en cuanto temporalidad, y el **Servicio/Área** en lo referido al alcance).

En el Sistema de Gestión de Calidad, partiendo del Plan Estratégico de la UAL vigente, se despliega en cascada los distintos **Planes Operativos** de las áreas y que forman el Plan Anual de Calidad (PAC). Una vez elaborado es elevado por el SPEC al **Comité de Calidad del SGC de Administración y Servicios** para su definitiva aprobación.

Éste PAC será guía de todas las actuaciones planificadas. En un segundo referente para el despliegue lo encontramos en la declaración de la **Política de Calidad** que es, dentro del Sistema de Gestión de Calidad, base de legitimación de los distintos Planes operativos que se describen en el Servicio/Área (**ÁREA en adelante**).

La Política de Calidad queda concretada, y en su caso **revisada**, en el **Manual de Calidad** del SGC.

A partir de aquí, teniendo como referentes al **Plan Estratégico y la Política de Calidad** del SGC, el Área reunirá el conjunto de entradas necesarias para el correcto análisis de los resultados y propuestas de mejora.

Estos **ENTRADAS**, con carácter general, son las siguientes:

- **Resultados de IARS del año anterior**  
Resultados en los distintos Planes Operativos en el año anterior (para analizar tendencias)
- **Informe de Quejas y Sugerencias de Servicio/Área**  
Detalle de las Q/S en distintas agrupaciones del Área
- **Resultados en el Plan Estratégico**  
Conjunto de resultados derivados del Plan de Mejora según los distintos Objetivos del Plan Estratégico.
- **Resultados en el Plan Anual de Calidad vigente**  
Grados de cumplimientos y ejecución de los distintos Planes Operativos del PAC
- **Auditoría**  
**Conjunto de hallazgos** encontrados en el proceso de Auditoría, tanto interna como externa, susceptibles de ser mejorados. Hay que poner en valor las **propuestas de mejora que hacen los Auditores**
- **Retroalimentación de los usuarios**  
Nuestro SGC dispone de vías de retroalimentación estandarizadas para nuestros usuarios. Los resultados que se ofrecen tienen que ser de manera obligatoria analizados y reflejados en los IARS del **ÁREA**:
  - **Encuestas de Satisfacción**
    - **Valoración** de los ítems de la encuesta (resultados de la encuesta)
    - **Texto libre** de observaciones (en Informe de Resultados)
  - **Quejas y Sugerencias**  
Vía de comunicación estandarizada donde nuestros usuarios expresan su disconformidad o sugerencia de mejora en algún aspecto de la prestación de servicio
  - Otra vía **opcional** de retroalimentación, y muy interesante, es mediante el establecimiento de **Grupos de Discusión** de entre los grupos de interés del **ÁREA**



- **Producto No Conforme**  
Conjunto de acciones preventivas/correctivas aplicadas a los procesos
- **CAU: Centro de Atención al Usuario**  
Conjunto de datos referidos a notas externas y tiempos de gestión de CAU.

Por otro lado se generan **OUTPUT's** fruto de análisis realizado sobre la información anterior:

- **Oportunidades de Mejora**  
Mejoras como consecuencia del análisis de datos para ser implementadas en el próximo PAC
- **Necesidad de cambios en el SGC**  
Propuestas de modificaciones en el SGC; por ejemplo, cambios en el repositorio documental, modificación de alcance, procesos, ...
- **Necesidad de recursos**  
Necesidad de recursos ya sean humanos, materiales o de infraestructura para el óptimo desempeño

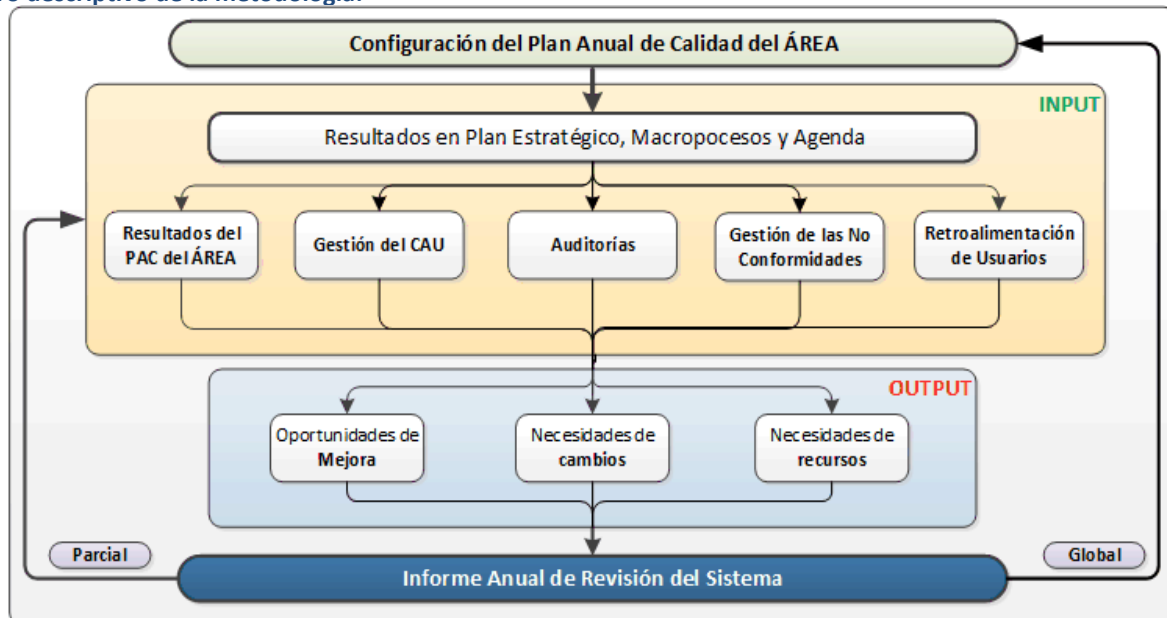
### Cuestiones, entre otras, a tener en cuenta al proceder al análisis de cada uno de las ENTRADAS según el momento

- **Parcial**
  - **Capacidad de gestión del Riesgo:** según número de mediciones parciales (tanto de indicadores como, en su caso, de acciones) y, en su caso, acciones preventivas asociadas
  - **Motivos** de bajos niveles de cumplimiento y, en su caso, de ejecución (dentro del 1er semestre)
- **Final**
  - **Previamente** tienen que estar efectuadas **TODAS las mediciones** de acciones e indicadores
  - **Motivos** del hallazgo, en su caso, de acciones correctivas (No Conformidades)
  - **Motivos** de bajos niveles de cumplimiento y, en su caso, de ejecución
  - **Motivos** por posibles cambios de **tendencia** a nivel de cumplimiento y, en su caso, de ejecución
  - **Mejoras:** Una vez analizados los resultados **FINALES**, se procederá según bloque a **realizar propuestas de MEJORA** para que, en su caso, sean incluidas en el **siguiente PAC**

Como consecuencia de lo anterior, la propuesta de necesidades, tanto materiales como humanos, necesarios para la adecuada implementación de mejoras o mantenimiento de los estándares establecidos vienen descritas en cada uno de los apartados bloques de análisis.

- **Nota:** Los OUTPUT's estarán descritos en cada análisis de las entradas del IARS.

#### Cuadro descriptivo de la metodología:



### Puntos de control del Sistema de Gestión de Calidad

- **1er Check:** toma de conciencia de resultados generales: NC, QS, CAU y Satisfacción (**mes de abr-may**)
- **Semestral:** análisis de resultados, tanto generales como particulares del ÁREA, en el primer semestre. Se tiene que haber realizado las mediciones **anuales** según planificación (acciones/indicadores) previstas en este periodo, así como aquellas otras **parciales** en el Plan de Control (**mes de julio**)
- **2do Check:** toma de conciencia de resultados generales: NC, QS, CAU y Satisfacción (**mes de oct-nov**)
- **Final:** análisis de resultados, tanto generales como particulares del ÁREA, **de todo el año**. Para este propósito, hay que haber realizado **TODAS las mediciones** según planificación (acciones/indicadores) previstas en el año (**meses de enero-febrero del siguiente año**)

Como consecuencia de lo anterior, el ÁREA evidencia, en su caso, las **acciones preventivas/correctivas** según se deduzca de los resultados. Se procede de la siguiente forma a la hora de gestionar la **No Conformidad**:



- **Acción preventiva (potencial):** de manera **voluntaria** en caso de incumplimientos en mediciones **parciales** de indicadores **ÁREA**, así como desviaciones de **ejecución** de los Planes de Acción previstos en el PAC.
- **Acción correctiva (real):** de manera **obligatoria** en caso de incumplimientos en mediciones **anuales** de indicadores propios del Área en el **Plan de Control y Carta de Servicios**. Voluntariamente en el resto. En ambos casos, es la **propia ÁREA** quien **procede a la detección y tratamineto** de la pertinente No Conformidad. La fuente de detección sería:
  - **Acción preventiva:** por **OBSERVACIÓN DIRECTA**
  - **Acción correctiva:** por **REVISIÓN DEL SISTEMA**

Solamente cuando se trate de mediciones **anuales** de **INDICADORES GENERALES** del SGC será el **Administrador del SGC (SPEC)** quien levante la pertinente **NC (correctiva)**. Esta circunstancia, en su caso, será comunicada al **ÁREA** debidamente. Por otro lado, cuando se trate de **mediciones parciales** de estos mismos indicadores será el **ÁREA** quien interponga una **acción preventiva** (no es obligatorio).

\* **Nota:** esta metodología esta basada en el ciclo **PDCA** de mejora continua.

#### 4. Comité Interno de Calidad del ÁREA

La participación de los Grupos de Interés en la toma de decisiones es elemento fundamental de un adecuado Sistema de Gestión de Calidad. Dentro de estos grupos, significamos a los "**trabajadores**" del **ÁREA**.

##### Asistentes a CONVOCATORIA de SEGUIMIENTO del Comité Interno de Calidad del ÁREA

Arsenio Gutiérrez, Jose Juan Moreno, Antonio Salmerón, Juan Luis Sánchez, Jose Ignacio López-Gay, Belén Fornovi, Luisa Cervantes, Toñi Expósito, Carmen Loli Diaz e Isabel Marco

##### Asistentes a CONVOCATORIA de CONTROL FINAL del Comité Interno de Calidad del ÁREA

Arsenio Gutiérrez, José Juan Moreno, Juan Luis Sánchez, Maina Jiménez, Luisa Cervantes Belen Fornovi, Rosa Escobar, Javi Pozo, Jose Ignacio López-Gay, e Isabel Marco

#### 5. Resultados en la Agenda de Calidad, Plan Estratégico, Política de Calidad y MacroProcesos

No es casualidad que comencemos el análisis de resultados con estos cuatro elementos. Entendemos que son los impulsores del despliegue de acciones y consecución de los resultados esperados en el Plan Anual de Calidad. A continuación se detalla resultados y análisis de cada uno de ellos.

##### 5.1 Ejecución de la planificación de la Agenda de Calidad

La Agenda de Calidad refleja el conjunto de operaciones mínimas obligatorias a realizar que dan evidencia de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el **ÁREA**. El resultado es el siguiente:

Operación de agenda	Desde	Hasta	
Elaborar el Manual de Calidad	1/mar	18/mar	✓
Elaborar Plan Anual de Calidad	1/mar	18/mar	✓
Elaborar o revisar la Carta de Servicios	1/mar	18/mar	✓
Enterado con resultados de AUDITORÍA EXTERNA	1/abr	17/may	✓
1er Check Resultados Parciales	16/may	31/may	✓
Medición PARCIAL de Indicadores y Acciones	1/jul	18/jul	✓
Elaborar Informe SEMESTRAL de Resultados	1/jul	18/jul	✓
2do Check Resultados Parciales	1/nov	15/nov	✓
Medición ANUAL de Indicadores y Acciones	9/ene	31/ene	✓
Elaborar Informe ANUAL de Resultados	9/ene	31/ene	✗
Enterado de resultados de AUDITORÍA INTERNA	1/feb	20/feb	✓

Las posibles causas que hayan generado incidencia en su ejecución es objeto de análisis en este apartado.

##### Análisis de causas de posibles incidencias en ejecución de AGENDA







Ninguna

##### 5.2 Plan Estratégico

Según queda reflejado en el **apartado 3 del presente IARS**, el Plan Estratégico de la UAL es el **máximo** referente para el despliegue de la mejora en el PAC. Su despliegue, con carácter general, puede quedar evidenciado en cualquiera de los Planes que segmentan el PAC y, con carácter particular en el **Plan de Mejora (Objetivos)**.

Objetivos Estratégicos	Objetivos	% Ejecución	% Cumplimiento
OE1.1 Mejorar la satisfacción integral del estudiante	7	77%	52%
OE1.2 Aumentar la empleabilidad de los estudiantes y fomentar su desar			
OE1.3 Incrementar el grado de internacionalización de la comunidad univ			



OE1.4 Incrementar el compromiso de la comunidad universitaria con la d					
OE1.5 Apoyar el desarrollo personal y profesional de los RRHH	1		100%		100%
OE1.6 Atraer, reclutar y retener personas con talento					
OE1.7 Incrementar las prácticas saludables y deportivas en la comunidad					
OE1.8 Digitalizar los procesos administrativos y de gestión más importan					
OE1.9 Mejorar la comunicación interna	1		100%		100%
OE2.1 Actualizar y mejorar el mapa de titulaciones en términos de atracc					
OE2.2 Promover la internacionalización del currículum y del proceso ens					
OE2.3 Integrar la cultura como elemento transversal de la formación					
OE2.4 Fomentar la igualdad de oportunidades, la diversidad y la inclusión					
OE2.5 Mejorar la digitalización de la formación y transferencia de conoci					
OE3.1 Mejorar los procesos de gestión de la investigación	3		67%		50%
OE3.2 Mejorar los resultados de investigación en los ámbitos estratégico					
OE3.3 Incrementar la oferta de actividades y la cultura científica en la co					
OE3.4 Incrementar la captación de recursos financieros externos, particu					
OE4.1 Mejorar el posicionamiento internacional en docencia, investigaci					
OE4.2 Mejorar la comunicación y aumentar la colaboración con el tejido					
OE4.3 Aumentar la implicación del colectivo ALUMNI con la universidad					
OE4.4 Mejorar la contribución de la Universidad de Almería a los objetiv					
OE4.5 Enriquecer la vida cultural de los ciudadanos de nuestro entorno					
OE4.6 Incrementar el número y la participación en alianzas y redes interr					
OE5.1 Aumentar la presencia de la sociedad y la comunidad universitaria					
OE5.2 Mejorar los espacios físicos y entornos virtuales para la vida unive					
OE5.3 Potenciar la conexión digital con la sociedad					
OE5.4 Alcanzar un campus sostenible y mejorar el compromiso de la com					

En la zona de análisis siguiente se describirá los motivos del despliegue de la mejora en los objetivos estratégicos seleccionados, ya que se analizarán en el apartado siguiente del Plan de Mejora.

#### Análisis de los motivos de despliegue en Objetivos Estratégicos así como su estado

Como servicio de apoyo al estudio, la docencia y la investigación de la UAL, la mayoría de nuestros objetivos se enmarcan en objetivos estratégicos relacionados con el estudiante (OE1.1): de los 7 objetivos, se han conseguido 3, y otros 3 se incluirán en el PAC 2023, ya que las acciones no están

completamente ejecutadas. Detectamos que el Ob-11 Mejorar trabajo en equipo y la comunicación interna transversal (no conseguido) debería haberse enmarcado en el OE1.5

Consideramos que la satisfacción del personal y la comunicación interna favorecen los logros del servicio que prestamos; Los objetivos relacionados con el OE1.5 y OE1.9 se han conseguido

De los 3 objetivos enmarcados en el OE3.1 solo se han conseguido 2 de ellos.

### 5.3 Política de Calidad

Aunque la Política de Calidad es definida por la **Dirección de SGC de Administración y Servicios**, es necesario que el ÁREA, en base a la declaración de la misma efectuada en el Manual de Calidad del SGC, **manifieste posibles mejoras** a tener en cuenta en la siguiente revisión.

#### Propuesta de mejoras a incluir en la revisión de la POLÍTICA de CALIDAD

Ninguna

### 5.4 MacroProcesos

Los Procesos son las unidades descriptivas de un conjunto de operaciones afines dentro del ÁREA. No obstante, el SGC dispone de agrupaciones de ámbito superior que describen el alcance del SGC. Aunque el análisis de los resultados en los Procesos se realiza en el Plan de Control, es interesante detallar **las causas que determinaron dicha agrupación** en el ÁREA.

Proceso	Tipo	MacPro
Pr-01 Obtención de recursos de información	Clave	MP-04
Pr-02 Tratamiento y mantenimiento de recursos de información	Clave	MP-04
Pr-03 Préstamo	Clave	MP-04
Pr-04 Información	Clave	MP-04
Pr-05 Formación	Clave	MP-04
Pr-06 Gestión de espacios y equipos	Clave	MP-02
Pr-07 Gestión de Recursos Humanos	Apoyo	MP-03
Pr-08 Planificación de la colección	Apoyo	MP-04
Pr-09 Comunicación	Apoyo	MP-04
Pr-10 Gestión de la tecnología	Apoyo	MP-04

También, puede ser objeto de análisis la distribución de elementos del **Mapa de Registros** en MacroProcesos.



MacroProceso		Traza	Entrada	Interno	Salida
MP-01	Gestión económica, de la contratación, del patrimonio e inventario	0	0	0	0
MP-02	Gestión de las infraestructuras, espacios, instalaciones y equipamientos	3	1	1	3
MP-03	Gestión de los procesos selectivos, del desarrollo y seguimiento de la actividad profesoral	2	1	1	4
MP-04	Gestión de los recursos documentales, de la información y del conocimiento, y el asesoramiento	11	35	20	41
MP-05	Gestión del apoyo administrativo para el ejercicio de la actividad docente e investigadora	0	0	0	0
MP-06	Gestión del apoyo técnico para el ejercicio de la actividad docente e investigadora	0	0	0	0
MP-07	Gestión administrativa y de prestación de servicios de apoyo para el desarrollo de la actividad académica	0	0	0	0
MP-08	Gestión del apoyo administrativo a cargos académicos y órganos de gobierno, organigramas	0	0	0	0
MP-09	Gestión administrativa de actividades universitarias extra-académicas y servicios con usuarios	0	0	0	0
<b>Totales (123 registros)</b>		<b>16</b>	<b>37</b>	<b>22</b>	<b>48</b>

MacroProcesos de ENTRADA (trazabilidad)										
MacPro	MP-01	MP-02	MP-03	MP-04	MP-05	MP-06	MP-07	MP-08	MP-09	Total
MP-01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MP-02	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
MP-03	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
MP-04	0	0	0	8	0	0	0	0	0	8
MP-05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MP-06	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MP-07	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MP-08	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MP-09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	2	9	0	0	0	0	0	11

### Análisis del despliegue de los MacroProcesos según los Procesos y Registros (trazabilidad)

Hemos llevado a cabo una Revisión del proceso de Comunicación (PM\_Obj08\_Acc.8) lo que supone una modificación en el número de registros del proceso de Comunicación y posiblemente en el de Formación para el PAC 2023

### 5.5 Análisis del Contexto: DAFO

El análisis de organización realizado a inicio de año esta sujeto al devenir del Área, y como consecuencia puede quedar afectado en su contexto a lo largo del año. En este sentido, se refleja en síntesis posibles cuestiones que hayan afectado de manera sobrevenida al citado análisis y que deberán ser tenidas en cuenta para el siguiente año.

#### Análisis de cuestiones que afectan a la próxima revisión del Análisis del Contexto

El análisis de contexto se hace cada dos años, para 2023 seguirán vigente el de 2022. Mantendremos aquellas fortalezas y oportunidades con objetivos de mejora por conseguir. Igualmente mantendremos debilidades y amenazas que sigan ocasionando riesgos para el servicio de Biblioteca

### 5.6 Partes Interesadas

Igualmente, la declaración de las Partes Interesadas ha podido quedar desfasada a lo largo del año. En siguiente apartado se analizará causas de dicho desfase y posibles propuestas de modificación para el próximo año.

#### Análisis de cuestiones que afectan a la declaración de las Partes Interesadas

Consideramos que los grupos de interés declarados siguen vigentes

## 6. Resultados en el Plan Anual de Calidad

Es el objeto principal de nuestro análisis, que en nuestro caso está segmentado por 5 Planes. Uno a uno serán mostrados y analizados, deduciéndose, en su caso, cuantas propuestas de mejora sean necesarias.

### 6.3 Carta de SERVICIOS

El control de los COMPROMISOS es piedra angular de nuestra manifestación pública efectuada a través de la Carta de Servicios. El análisis que aquí se realice formará parte del Informe de Resultados Finales de la Carta de Servicios que también hay que publicar.

Carta de SERVICIOS	Valor	Umbral	Meta	%Cump
Cp-01 Avisamos por correo electrónico 2 días antes del vencimiento de los préstamos				100%
2141 PRE-S-41 Avisos próximos vencimientos	100	95	100	100%
Cp-02 Avisamos por e-mail cuando esté disponible un libro anteriormente reserva				100%
2142 PRE-S-42 Avisos sobre reservas	100	95	100	100%
Cp-03 Tramitamos el 95% de las solicitudes de Préstamo Interbibliotecario en un plazo de 15 días				100%
2147 PRE-S-47 Tiempo De Tramitación Préstamo Interbibliotecario	0,17	1	0	100%



Cp-04 Garantizamos una media del 90 % de los equipos informáticos operativos	100%	
<b>2195 GTE-S-95 Equipos informáticos operativos</b>	<b>95    95    100</b>	<b>100%</b>
Cp-05 Ofertamos un calendario de actividades formativas (mínimo 30 al mes en p	100%	
<b>2121 FOR-S-21 Oferta formativa del calendario de Formación</b>	<b>1,52    1    100</b>	<b>100%</b>
Cp-06 Ofertamos cursos de formación a demanda para grupos de un mínimo de d	100%	
<b>2122 FOR-S-22 Cursos de formación a demanda</b>	<b>100    95    100</b>	<b>100%</b>
Cp-07 Abrimos 2 fines de semana en cada periodo de exámenes	100%	
<b>2164 GEE-S-64 Apertura en fines de semana (s/n)</b>	<b>1    1    1</b>	<b>100%</b>
Cp-08 Respondemos a peticiones de adquisición de recursos de información en nc	100%	
<b>2127 OBT-S-03 Tiempo medio de respuesta a peticiones de adquisición por CAU</b>	<b>3,72    24    0</b>	<b>100%</b>

Cód	Cumplimiento PARCIAL INDICADORES					Cumplimiento FINAL INDICADORES					
	Total	Mdos	%Cum	Incident	Total	Mbles	Mdos	%Cum	nc		
Cp-01	1	1		100%	0	1	0	1		100%	0
Cp-02	1	1		100%	0	1	0	1		100%	0
Cp-03	1	1		100%	0	1	0	1		100%	0
Cp-04	1	1		100%	0	1	0	1		100%	0
Cp-05	1	1		100%	0	1	0	1		100%	0
Cp-06	1	1		100%	0	1	0	1		100%	0
Cp-07	1	1		100%	0	1	0	1		100%	0
Cp-08	1	1		100%	0	1	0	1		100%	0
<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>		<b>100%</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>8</b>		<b>100%</b>	<b>0</b>

Tendencias		
	2022	2021
Cumplimiento	100%	100%
	100%	100%

Análisis de resultados 1er SEMESTRE

100% de cumplimiento

Análisis de resultados FINALES

100% de cumplimiento.

Propuestas de mejora para el próximo Plan Anual de Calidad (Introducir solo 1 por línea)

Mantenemos todos los compromisos  
 Modificación de U para la mejora continua en indicadores que lo admitan

Fecha aprobación de los resultados SEMESTRALES (seguimiento)

**lunes, 18 de julio de 2022**

Una vez terminados TODOS los informes semestrales se procede a elaborar el del SGC (enlace):

Informe de **Semestral** de Resultados del **Sistema**

Fecha aprobación de los resultados FINALES

**martes, 31 de enero de 2023**

Una vez terminados TODOS los informes anuales se procede a elaborar el del SGC (enlace):

Informe de **Anual** de Resultados del **Sistema**