



AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN
DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN

Guía Certificación AUDIT. Doc. 05. Anexo III

PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Versión 02

Octubre, 2013

DATOS DEL CENTRO AUDITADO

Universidad	UNIVERSIDAD DE JAÉN
Centro	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Alcance de la auditoría (especificar cualquier posible exclusión)	Todas las titulaciones oficiales que se imparten en el referido Centro y de los que es responsable.

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

Preauditoría	<input type="checkbox"/>	Inicial	<input checked="" type="checkbox"/>	Seguimiento	<input type="checkbox"/>	Renovación	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	----------------	-------------------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------

Márquese con una "X" lo que proceda

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	D. Jorge Delgado García
Cargo	Vicerrector de Planificación, Calidad, Responsabilidad Social y Comunicación
Tfno. y correo	vicplan@ujaen.es (953212596)

Podrá tratarse del representante legal de la institución, o bien de la persona de contacto declarada en la solicitud

DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

Auditor Jefe	José Luís Martínez Rubio	Institución	UEM
Auditor	José Antonio Pérez de la Calle	Institución	ANECA
Aud. Formación	-	Institución	-

VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)

El equipo auditor de la Agencia certificadora, una vez examinado el SGIC del citado Centro con objeto de evaluar su grado real de implantación, emite la siguiente valoración previa: (2)

FAVORABLE

FAVORABLE CON CONDICIONES

DESFAVORABLE

- (1) Lo indicado en este informe será tenido en cuenta por la Comisión de Certificación de la Agencia para valorar la concesión del certificado de implantación del SGIC, si bien su decisión final **podrá no coincidir con la efectuada por el equipo auditor.**
- (2) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones correctoras** que en su caso haya de presentar la organización auditada. Esta información será de **uso restringido para la Agencia.**

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

- (3) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones correctoras** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría se desarrolló según la planificación prevista, sin ninguna incidencia que entorpeciera su normal desarrollo. Para la planificación y desarrollo de la auditoría se mantuvo una estrecha comunicación con D. Jacinto Fernández Lombardo (Jefe del Servicio de Planificación y Evaluación). Asimismo, se facilitaron las evidencias que se demandaron durante la auditoría por parte de los asesores técnicos de calidad y de algunos miembros de la Comisión de Garantía de Calidad.

Es necesario hacer constar la total colaboración y disponibilidad de todo el personal de la Universidad de Jaén en general y de la Facultad Ciencias de la Salud en particular y, en especial, de D. Jorge Delgado García (Vicerrector de Planificación, Calidad, Responsabilidad Social y Comunicación), de D. Alfonso Jesús Cruz Lendínez (Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud) y de D^a. M^a Luisa Fernández de Córdoba (Directora del Secretariado de Gestión de la Calidad).

Cabe señalar que, debido a las fechas en las que se desarrolló la visita externa de auditoría, en la entrevista con el Personal de Administración y Servicios únicamente asistió el personal de Calidad de la Universidad de Jaén. No obstante, su aportación fue suficiente para verificar los aspectos relacionados con el Personal de Administración y Servicios.

MANIFESTACIÓN DE NO CONFORMIDAD DEL AUDITADO

El informe recogerá, cuando proceda, posibles manifestaciones de no conformidad con cualquiera de los aspectos del proceso por parte del representante de la organización auditada. En su caso, por favor, explique de forma breve y clara el motivo de su no conformidad. Posteriormente, remita una copia a la agencia remitente. Los números asociados a las Nc se refieren a la versión anterior del informe.

Alegación 1. Nc 1

La Política de Calidad del Centro fue aprobada por la Junta de Centro el 10/10/2008, habiendo sido firmada por su Director D. Manuel Linares Abad en esa fecha (se adjunta como evidencia nº 1 copia de la política de calidad original en la que aparece la fecha y rúbrica).

Del mismo modo, el SGIC (manual y procedimientos) se aprobó por la Junta de Centro el 09/03/2009 (evidencia nº 2), habiéndose revisado la política y objetivos de calidad en varias ocasiones (evidencias nº 3, nº 4 y nº 5), si bien la política de calidad no ha sufrido modificaciones, aunque sí los objetivos.

Alegación 2. Nc2

Los grupos de interés están representados en las Comisiones de Grado, en la Junta de Centro y en la Comisión de Garantía de Calidad. Ejemplos en actas de 15/07/2008 (evidencia nº 6), de 12/09/2008 (evidencia nº 7), de 11/04/2012 (evidencia nº 8).

Asimismo, las necesidades y expectativas de los grupos de interés, además de las encuestas anuales, se recogen en multitud de encuentros conjuntos que realiza el Centro habitualmente con colegios profesionales, empleadores públicos y privados, asociaciones profesionales, asociaciones de enfermos, colectivos de profesores a nivel nacional, convenios con empresas y con el Servicio Andaluz de Salud, etc. (un ejemplo de esta intensa actividad puede verse en la Memoria anual del Centro, evidencia nº 9).

Alegación 3. Nc3

Tanto en la web como en distintas reuniones del Centro, se distinguen perfectamente el SGIC y el Plan Estratégico del Centro. El personal docente tiene acceso libre a esta información, ya sea mediante la web o a través de las actas de las reuniones a las que pueden asistir o están representados, por lo que entendemos que el Equipo Auditor sólo ha podido constatar el juicio de valor de la persona entrevistada, y no que exista confusión en estos ejes fundamentales de la operativa del Centro, como son el SGIC y el Plan Estratégico

Alegación 4. Nc4

Trimestralmente se mantienen reuniones de la Comisión de Garantía de Calidad (CGC) con algunos ajustes en las fechas de las convocatorias determinadas por el propio calendario académico de cada curso. Cabe destacar que en diciembre de 2011 se inició el proceso electoral del nuevo equipo decanal de la Facultad, por lo que no procedía llevar a cabo reuniones de la Comisión de Garantía de Calidad hasta su completa renovación y constitución de la misma con los nuevos miembros en abril de 2012 [véase acta de la Junta de Facultad de fecha 11/04/2012 (evidencia nº 8), así como las actas de reunión de la CGC (evidencias nº 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20)].

MANIFESTACIÓN DE NO CONFORMIDAD DEL AUDITADO

Alegación 5. Nc7

El SGIC, incluida de forma específica la Política y Objetivos de Calidad del Centro, se ha dado a conocer a todos los grupos de interés en reuniones de la Comisión de Garantía de Calidad y de la Junta de Centro, además de encontrarse publicado en la web de forma accesible para todos y haberse realizado otras actuaciones de difusión y conocimiento. Ejemplos: aprobación del SGIC (evidencia nº 2), actualizaciones de la política y objetivos de calidad (evidencias nº 3, 4, 5), acto público de la UJA de entrega de la certificación del diseño SGIC de todos los Centros (evidencia nº 21), cursos anuales de la UJA dirigidos a los docentes en los que se incluye el funcionamiento de los SGIC (evidencia nº 22 – pág. 4 y evidencia nº 23- pág. 1).

Alegación 6. Nc8

En el Informe de Seguimiento del Grado en Enfermería correspondiente al curso académico 2009/2010 (realizado en noviembre de 2011) se incluyen por primera vez posibles problemas de coordinación en el título. En este caso, la Comisión de Garantía de Calidad (CGC) lo puso en conocimiento del Equipo de Dirección del Centro (el proceso de cambio del Equipo Decanal fue en el periodo de diciembre 2011 y abril 2012). Es la Comisión de Docencia (CD) la encargada de abordar estas incidencias y analizar las modificaciones en las Memorias de Grado verificadas a fin de garantizar una formación coherente y coordinada del título (últimas revisiones en reuniones de CD, evidencias nº 35 y 36).

Las modificaciones acordadas son analizadas por la CGC y aprobadas por la Junta de Centro y por el Consejo de Gobierno de la Universidad de Jaén (últimas modificaciones aprobadas: 12/12/2012, evidencia nº 37). Estas modificaciones se incorporan en los Informes de Seguimiento de los Títulos de Grado que anualmente realiza la Facultad de Ciencias de la Salud (últimas modificaciones incluidas en el Informe de Seguimiento de los Títulos de Grado correspondientes al curso académico 2011/2012 (evidencias nº 24 y nº 25).

Alegación 7. Nc9

Los Grupos de Mejora a que se refiere el SGIC se constituyen ad hoc, esto es, cuando un área de mejora específica así lo requiera, a propuesta de la Comisión de Garantía de calidad o el Equipo de Dirección.

Hasta el momento, sólo se ha constituido la Comisión de Prácticum a tal efecto, con objeto de atender la prioridad identificada en el Informe de Seguimiento del Título de Grado en Enfermería del curso 2010/2011, y que trata de dar respuesta a la "Baja satisfacción global del alumnado con la planificación y desarrollo de la asignatura Prácticum I".

La Junta de Centro, en su sesión de 11/04/2012, aprueba la creación de dicha Comisión de Prácticum, en la que participan profesorado, estudiantes y coordinadores de Atención Primaria y Especializada, con objeto de contribuir en el diseño, coordinación, revisión, análisis y planificación de las prácticas clínicas (evidencia nº 30).

MANIFESTACIÓN DE NO CONFORMIDAD DEL AUDITADO

Alegación 8. Nc10

El procedimiento de Información Pública (PC12) establece que el Equipo de Dirección informa sistemáticamente a los miembros de la Junta de Centro (JC) en las diferentes sesiones, ordinarias y extraordinarias. Anualmente, la Facultad de Ciencias de la Salud, a través de la Comisión de Garantía de Calidad (CGC), elabora el Informe de Seguimiento de las titulaciones de Grado en Enfermería y Grado en Fisioterapia en el que se recoge un análisis de los resultados de la enseñanza. Este Informe se somete a aprobación de la JC y del Consejo de Gobierno de la Universidad de Jaén, en los que están representados todos los grupos de interés, y se publica en la web del Centro. (Evidencias nº 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 38).

Alegación 9. Nc12

Conforme al procedimiento PM02 de Análisis de satisfacción, expectativas y necesidades, la Facultad de Ciencias de la Salud, a través del Vicerrectorado de Calidad, Planificación, Responsabilidad Social y Comunicación, realiza las encuestas de satisfacción de estudiantes, en las que se valoran, entre otros aspectos, los perfiles de ingreso/egreso del alumnado. Asimismo, el Vicerrectorado de Estudiantes e Inserción Laboral informa anualmente del grado de cobertura de las plazas ofertadas. Dicha oferta es aprobada en Junta de Centro y se encuentra publicada en la web de cada Título de Grado y en las correspondientes Memorias de Grado.

Además, conforme al procedimiento PM01 de Medición, análisis y mejora, el análisis de los resultados obtenidos en relación a los perfiles de ingreso de las titulaciones se incluyen según se especifica en el procedimiento PC03 (Perfiles de ingreso y captación de estudiantes) en el Informe de Seguimiento de cada título de Grado que anualmente realiza la Facultad de Ciencias de la Salud, incluyéndose información relativa a la demanda de plazas y los datos que se recogen de alumnos de la titulación, y planteando planes de mejora en caso de que sea necesario. (Evidencias nº 24, 25, 26, 27, 28, 29).

Debido a los buenos resultados obtenidos, hasta la fecha no ha sido necesaria modificación alguna de los perfiles de ingreso de las titulaciones ofertadas por la Facultad

Alegación 10. Nc13

No han existido reclamaciones que hayan motivado realizar el seguimiento de los indicadores citados. Puede evidenciarse en los Informes de seguimiento de los títulos de Grado en Enfermería y Grado en Fisioterapia y en el acta de la Junta de Centro de fecha 12/02/2013 (evidencias nº 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31).

Alegación 11. Nc14

El Vicerrectorado de Docencia y Profesorado envía anualmente a los Centros los datos del Plan de Ordenación Docente (POD) que permiten conocer las necesidades de personal académico y de apoyo a la docencia en cada curso académico. Estos datos son analizados por la Comisión de Garantía de Calidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, indicando las necesidades de personal académico y de apoyo a la docencia detectados. Los resultados son incluidos en los Informes de Seguimiento de cada Título de Grado que anualmente realiza la Facultad. (Evidencias nº 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 34).

MANIFESTACIÓN DE NO CONFORMIDAD DEL AUDITADO

Alegación 12. Nc16

En los Informes de Seguimiento de los Títulos de Grado se incluye un análisis de los procedimientos incluidos en el SGIC, incluido el de prácticas externas, y en caso de que sea necesario se planifican acciones de mejora. (Evidencias nº 24, 25, 26, 27, 28, 29).

Alegación 13. Nc19

La Comisión de Garantía de Calidad (CGC) revisa anualmente los distintos modelos de encuestas de satisfacción antes del proceso de encuestación (evidencias nº 33, 11, 14, 20). Además, analiza los resultados obtenidos de los distintos grupos de interés (evidencias nº 20, 10, 5, 19).

Anualmente, la CGC elabora Informes de Seguimiento de los Títulos de Grado en Enfermería y Grado en Fisioterapia en los que se recoge un análisis sobre el desarrollo del proceso y los resultados de la satisfacción, expectativas y necesidades de los distintos grupos de interés. Estos Informes son analizados y aprobados en Junta de Centro, en la que están representados todos los grupos de interés, y se publican en la Web de la Facultad (evidencias nº 24, 25, 26, 27, 28, 29, 35).

Alegación 14

En el apartado "Grado de cumplimiento de las mejoras planteadas en evaluaciones / auditorías anteriores" (página 13) se hace referencia a las 2 recomendaciones efectuadas en el Informe de Evaluación del Diseño del SGC de la Facultad de Ciencias de la Salud, en el que se dice que "Dado que no se han introducido modificaciones en la documentación que describe los procesos del SGIC, se deduce que no se han efectuado los cambios sugeridos en el informe de evaluación del diseño, de octubre de 2009." Dicha deducción que hace el equipo auditor no es adecuada, puesto que las recomendaciones fueron analizadas por el Centro tras recibir el informe siendo el resultado de no estimación de las mismas, puesto que el punto 1 atiende a la estructura organizativa de la Universidad de Jaén, la cual se encuentra regulada normativamente, y así se hace ver tanto en los procedimientos PE02 y PA05 del SGIC, como en la legislación y normativa vigente en materia de PAS que se refiere en el apartado 3 de dichos procedimientos.

En cuanto al punto 2, la Facultad de Ciencias de la Salud sólo imparte titulaciones de grado, por lo que no procede hacer mención a estudios de máster o doctorado, que corresponden a otros Centros específicos de la Universidad de Jaén (Centro de Estudios de Postgrado y Escuela de Doctorado).

Alegación 15

En el apartado "Grado de cumplimiento de las mejoras planteadas en evaluaciones / auditorías anteriores" (página 12) se hace referencia al borrador del Documento Marco - Programa ACREDITA para señalar los apartados que serían objeto de reconocimiento de cara a la re-acreditación de titulaciones oficiales ofertadas por el Centro. Desde la Universidad de Jaén manifestamos que la Agencia de Evaluación que tenemos vinculada es la andaluza (AAC) y no la ANECA, por lo que consideramos que no proceden las consideraciones indicadas hasta tanto no exista un documento aprobado definitivamente que sea aplicable a la Universidad de Jaén.

RESUMEN GLOBAL DE LA AUDITORÍA POR CADA DIRECTRIZ

Esta auditoría se ha realizado de manera muestral. Por este motivo, podrían existir otras No Conformidades además de las indicadas en el presente informe.

Directriz AUDIT		Directriz AUDIT	
1.0. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad	No Conf.	1.2. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes	No Conf.
1.0.1. Declaración pública y por escrito que recoja su política, alcance y objetivos de calidad	1	<i>1.2.1. Disponer de sistemas de información para valorar las necesidades del Centro</i>	9,10, 11
1.0.2. Grupos de interés implicados	2	1.2.2. Mecanismos para obtener y valorar información sobre los procesos anteriores	
1.0.3. Configuración del sistema para su despliegue	3,4,5	1.2.3. Mecanismos que regulen las directrices que afectan a los estudiantes	
1.0.4. Acciones para la mejora continua de la política y objetivos de calidad		1.2.4. Mejora continua de los procesos relacionados con los estudiantes	
1.0.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés	6	1.2.5. Procedimientos de toma de decisiones relacionados con los estudiantes	
1.1. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos	No Conf.	1.2.6. Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje	
<i>1.1.1. Órganos y procedimientos para la mejora continua de los títulos</i>	7	1.2.7. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.1.2. Sistemas de información para la mejora de la oferta formativa		1.3. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico	No Conf.
1.1.3. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos		1.3.1. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico	
<i>1.1.4. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión</i>	8	1.3.2. Recogida de información sobre resultados de su personal académico	
1.1.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés		<i>1.3.3. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico</i>	12
1.1.6. Criterios para la eventual suspensión del título		1.3.4. Toma de decisiones relativas al acceso, evaluación y promoción	
OBSERVACIONES: Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas Por cada subcriterio se podrá asignar más de una no conformidad. Asimismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varios subcriterios.		1.3.5. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal	
		1.3.6. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	

(Sigue)

Directriz AUDIT		Directriz AUDIT	
1.4. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios	No Conf.	1.6. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones	No Conf.
1.4.1. Obtención de información sobre requisitos de gestión de los recursos materiales y servicios		<i>1.6.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y programas</i>	15,16
1.4.2. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		<i>1.6.2. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.</i>	17
1.4.3. Mejora continua de su política y actuaciones relativas al PAS y servicios		1.6.3. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	
1.4.4. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		1.6.4. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de la información sobre programas y títulos	
1.4.5. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios		<p>OBSERVACIONES:</p> <p>Por su vinculación con el proceso de reacreditación de titulaciones, los subapartados resaltados en color rojo deberán ser siempre auditados, y los resultados, documentados en el apartado que corresponda de este informe.</p>	
1.4.6. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios			
1.4.7. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios			
1.5. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados	No Conf.		
1.5.1. Obtención de información sobre necesidades de los grupos de interés sobre calidad de la enseñanza			
<i>1.5.2. Recogida de información sobre resultados de aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de grupos de interés</i>			
<i>1.5.3. Mejora continua de los resultados y la fiabilidad de los datos utilizados</i>	13		
1.5.4. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados			
1.5.5. Procesos de toma de decisiones relacionados con los resultados	14		
<i>1.5.6. Implicación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados</i>			
1.5.7. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados			

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	1.0.1	La Política de Calidad del Centro aparece como anexo 1 del Procedimiento para el Establecimiento, Revisión y Actualización de la Política y los Objetivos de calidad (<i>Anexo 1 PEO1</i>), sin fecha ni firma, por lo que no puede evidenciarse su aprobación, ni la persona y cargo que asume ese compromiso (<i>la fecha de la Edición 01 es del 10 de octubre de 2008</i>).	nc
2	1.0.2	No se ha evidenciado el modo en el que se recogen las necesidades y expectativas de algunos grupos de interés como punto de partida para el establecimiento y revisión del SGIC tal y como aparece en el MC (<i>Capítulo 4. Política y objetivos de calidad</i>). En especial a Empleadores, egresados, Administraciones públicas y Sociedad en general.	nc
3	1.0.3	En las entrevistas realizadas entre el personal docente se ha constatado que existe cierta confusión entre el SGIC y el Plan estratégico del centro.	nc
4	1.0.3	Se han encontrado evidencias de la falta de actualización en determinadas denominaciones: <ul style="list-style-type: none"> - En el MC (en los órganos de Gobierno Colegiados) aparece la denominación de "Comisión de calidad" y en algunas ocasiones se utiliza la expresión "Comisión de Garantía de Calidad". - En el MC, y en varios procedimientos como el de medición, Análisis y Mejora (PM01) se hace referencia a la figura del Tutor de Calidad, cuando esta figura ha sido reemplazada por el Vicedecano de Calidad, movilidad y relaciones. - En el procedimiento de movilidad de estudiantes (PC08) se hace referencia a la figura del Tutor de Movilidad, cuando esta figura ha sido reemplazada por el Vicedecano de Calidad, movilidad y relaciones. - En el MC, se hacen referencia a la Junta de Escuela, cuando el nombre del centro es Facultad de Ciencias de la Salud. 	NCM

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
5	1.0.3	<p>No se han evidenciado las revisiones que deberían realizarse ni en la Política de Calidad, ni del Manual de Calidad, ni de los procedimientos del SGIC (<i>El manual se revisará, al menos, una vez cada tres años, y en todo caso siempre que se produzcan cambios en la organización y/o actividades del Centro, o en las normas aplicables que le afecten, o como consecuencia de resultados de evaluaciones o revisiones del SGIC</i>).</p> <p>A continuación, se muestran algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El Manual de Calidad (MC), lleva fecha de Elaboración/Revisión y Aprobación de 13 de febrero de 2009. (Aparece sin firmar). - El Procedimiento para el establecimiento, revisión y actualización de la Política y los Objetivos de calidad (PE01) lleva fecha de Elaboración/Revisión y Aprobación de 10 de octubre de 2008. Además, aparece sin firmar. - El procedimiento de Prácticas Clínicas (PC16), lleva fecha de octubre de 2008, y se indica que está pendiente de actualizar en función del acuerdo en la Comisión Paritaria. - En contra de lo indicado en el MC, en el pie de página se incluye el número de edición y no de revisión. 	NCM
6	1.0.5	No se evidencia que el propio SGIC (incluida la política de calidad recogida en el MC) sea conocido por todos los grupos de interés, y en particular, por los estudiantes.	nc
7	1.1.1	Se han evidenciado ciertos solapamientos entre los contenidos de diferentes materias de un mismo Grado. Este aspecto está recogido en el procedimiento (PE03) para el diseño de la oferta formativa (<i>Cada proyecto de título deberá constituir una propuesta de formación coherente y diseñada de forma coordinada, con el objetivo de garantizar la adquisición de competencias generales y específicas por los estudiantes</i>).	nc
8	1.1.4	No se ha podido evidenciar la creación de grupos de mejora, tal y como se menciona en el capítulo 3 del MC (<i>Estructura de la Facultad de Ciencias de la Salud para el desarrollo del SGIC</i>). Parece que todas sus funciones las asume la Comisión de Calidad.	nc
9	1.2.1	Aunque para la gestión de Sugerencias, Quejas, Reclamaciones y Felicitaciones se ha establecido un procedimiento para la gestión de Incidencias (S-Q-R-F) (PA04), parece que el cauce habitual de transmisión de incidencias es verbal, y por tanto, no se documentan en los formatos definidos en el procedimiento: Hoja de incidencia, reclamación/queja o sugerencia/felicitación (F01-PA04) e informe del análisis (F02-PA04).	nc
10	1.2.1	No se ha podido evidenciar que la Comisión de Calidad revise anualmente el perfil de ingreso de las titulaciones, de acuerdo con la metodología especificada en el procedimiento de Perfiles de ingreso y captación de estudiantes (PC03).	nc

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
11	1.2.1	No se ha podido evidenciar el seguimiento, por parte de la Comisión de calidad, de los indicadores propuestos en el SGIC. Por ejemplo, en el Procedimiento de Evaluación del aprendizaje (PC07): <i>Nº de reclamaciones no resueltas por el profesor (IN01-PC07), Nº de asignaturas que no cumplen criterios (IN04-PC07), Nº de actuaciones desencadenadas por aplicación normativa (reclamaciones procedentes) (IN02-PC07) y Nº de asignaturas diferentes implicadas (IN03-PC07).</i>	NCM
12	1.3.3	No se ha podido evidenciar que, tal y como aparece en el procedimiento de Política de Personal Académico y de Administración y Servicios, se elabore un informe anual que incluya los cambios de categoría del profesorado.	nc
13	1.5.3	Se han encontrado divergencias entre las escalas de evaluación definidas en el procedimiento PM02 para el análisis de la satisfacción, expectativas y necesidades (escala de 1 a 4) y las escalas presentadas en sus resultados (escala de 1 a 5)	nc
14	1.5.5	No hay evidencia de la elaboración de informes realizados por la Comisión de Calidad del centro para su análisis y aportación de mejoras de todos los procedimientos. Por ejemplo, en el procedimiento de Prácticas Externas (PC09).	nc
15	1.6.1	No hay evidencias de que toda la información de los indicadores relativos al Centro se utilice para la mejora continua de sus titulaciones y programas. Por ejemplo, en la entrevista con la Comisión de Calidad del centro se mencionó que la información relativa a los metros cuadrados en biblioteca no se proporciona por considerarse un indicador obsoleto.	nc
16	1.6.1	No hay evidencia de que los informes de análisis de los resultados del SGIC se realicen con los formatos establecidos en el mismo. Por ejemplo, el informe de análisis de resultados del SGIC definido en el procedimiento de Análisis y mejora (PM01) no sigue el formato establecido (F01-PM01)	nc
17	1.6.2	No hay evidencias del modo en el que el centro analiza y utilizan los resultados de los grupos de interés tal y como se señala en el Procedimiento para el análisis de la satisfacción, expectativas y necesidades (PM02). Por ejemplo, no se ha podido evidenciar que se informe a los grupos de interés (estudiantes y profesores) sobre de los resultados de las encuestas de satisfacción en las que participan ni de las posibles acciones de mejora que se derivan de ellas.	NCM

(1) Se mantendrá la misma correlación numérica utilizada en el apartado anterior

(2) Se contemplan dos categorías de No Conformidades:

- No conformidad Mayor (**NCM**). Requiere en todos los casos un plan de acción de mejoras
- No conformidad menor (**nc**). Queda a criterio de la organización auditada su inclusión en el plan de acciones de mejora que en su caso deba presentar a la Agencia.

RESULTADO DE LA REVISIÓN GLOBAL DE LAS MODIFICACIONES INTRODUCIDAS EN LA DOCUMENTACIÓN DEL SGIC (de acuerdo al Anexo VI)

El Centro remite a ANECA el Anexo VI cumplimentado de acuerdo a las indicaciones pertinentes sobre posibles cambios introducidos en la documentación de su SGIC. En dicho formato se afirma que:

"Desde la certificación por ANECA del diseño del AUDIT de este Centro, NO ha habido modificaciones sustanciales en la documentación del manual o procedimientos del Sistema de Garantía Interno de Calidad."

FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SGIC (DISEÑO Y/O IMPLEMENTACIÓN)

Se consideran fortalezas del SGIC de la facultad de Ciencias de la Salud auditado las siguientes:

- El equipo de personas vinculadas con el SGIC demuestra desarrollar su trabajo bajo la cultura de calidad.
- Alta involucración y compromiso de la Dirección del Centro y del equipo del mismo, en el trabajo basado en la mejora continua para la toma de decisiones y la implantación de mejoras.
- Cabe destacar que desde la Universidad de Jaén se está trabajando en un Plan de Optimización del SGIC en el que, además de hacer una revisión exhaustiva de todos sus procedimientos y Manual de calidad, se pretende vincular al Sistema Integrado de Gestión de la Calidad de los Servicios y Unidades Administrativas de la Universidad de Jaén (SIGC-SUA)
- Los contenidos generales en el diseño de los procedimientos de partida, contemplan todas las directrices de AUDIT y muestran un alto número de documentos que apoyan el seguimiento y mejora de los mismos.
- Alto grado de satisfacción mostrado en las entrevistas por el colectivo de estudiantes con las enseñanzas recibidas y con los medios materiales e instalaciones puestos a su disposición para dar soporte al proceso de enseñanza y aprendizaje.
- Incorporación de una herramienta para la gestión de indicadores que permite el establecimiento de objetivos.
- Página WEB con una página específica para Calidad-AUDIT donde aparecen todos los procedimientos (Estratégicos, Clave, de Apoyo y de Medición).

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEJORAS PLANTEADAS EN EVALUACIONES / AUDITORÍAS ANTERIORES

En relación a los apartados que, en su caso, serían objeto de reconocimiento por ANECA de cara a la reacreditación de titulaciones oficiales ofertadas por el Centro: (Según Documento Marco - Evaluación para la renovación de la acreditación de títulos oficiales de Grado, Máster y Doctorado - Programa ACREDITA), se pone de manifiesto que:

DIRECTRIZ 1.1. CALIDAD DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS

1.1.1. Determinar los órganos, grupos de interés, y procedimientos implicados en el diseño, control, planificación, desarrollo y revisión periódica de los títulos, sus objetivos y competencias asociadas.

Ver cuadro detalle de no conformidades

1.1.4. Asegurar que se desarrollan los mecanismos necesarios para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión periódica de las titulaciones.

La revisión de las titulaciones se realiza de acuerdo al procedimiento PC02. Tanto las actividades de seguimiento como de revisión, son atendidas por la Comisión del Título, que valora la incorporación en aquel de las recomendaciones realizadas por la Comisión de Coordinación. Finalmente, llega a Junta de Centro, donde en su caso se aprueban y los acuerdos quedan documentados en acta.

Ver cuadro detalle de no conformidades

DIRECTRIZ 1.2. ORIENTACIÓN DE LA ENSEÑANZA A LOS ESTUDIANTES

1.2.1. Disponer de sistemas de información que le permitan conocer y valorar las necesidades del Centro en materia de definición de perfiles de ingreso/ egreso.

Ver cuadro detalle de no conformidades

DIRECTRIZ 1.3. PERSONAL ACADÉMICO

1.3.3. Definir la sistemática que le permite controlar, revisar periódicamente y mejorar de forma continua su política y actuaciones relacionadas con su personal académico.

Ver cuadro detalle de no conformidades

DIRECTRIZ 1.5. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

1.5.2. Contar con sistemas de recogida de información que faciliten datos relativos a los resultados del aprendizaje, de la inserción laboral y de la satisfacción de los grupos de interés.

1.5.3. Definir cómo se realiza el control, revisión periódica y mejora continua tanto de

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEJORAS PLANTEADAS EN EVALUACIONES / AUDITORÍAS ANTERIORES

los resultados, como de la fiabilidad de los datos utilizados.

- 1.5.6. Identificar en qué forma los grupos de interés se implican en la medición, análisis y mejora de los resultados.

Ver cuadro detalle de no conformidades

DIRECTRIZ 1.6. PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LAS TITULACIONES

- 1.6.1. Se aplican procedimientos para obtener información sobre el desarrollo de titulaciones y programas.

Ver cuadro detalle de no conformidades

Se evidencia que existen diferentes canales establecidos para recoger información en relación al desarrollo de los procesos relacionados con las titulaciones y programas, y que esta información se utiliza para retroalimentar dichos procesos.

- 1.6.2. Se aplican procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos y planificación de las titulaciones, resultados de la enseñanza, etc.

Ver cuadro detalle de no conformidades

DEBILIDADES/ OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS EN EL SGIC

Se invita a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén a elaborar un plan de acciones correctoras para dar respuesta a las no conformidades expuestas en el apartado de "Detalle de las no conformidades".

Adicionalmente, se sugiere atender a las recomendaciones recogidas en evaluaciones previas, detalladas en el apartado anterior de este informe.

Asimismo, y como oportunidades generales de mejora, se citan:

- Se observa la necesidad de que el personal implicado en la Comisión de Calidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén determine cómo, quién y cuándo se debe revisar y adaptar los procedimientos para asegurar que el sistema documental evolucione en paralelo a los cambios y necesidades de las actividades que desarrolla la universidad y el Centro.
- Revisar la documentación publicada en la web (incluyendo los registros generados durante aquellas actividades ligadas al cumplimiento de lo establecido en el SGIC) de manera que pueda asegurarse, de acuerdo a la directriz 1.6 de AUDIT que existe transparencia en la publicación de la información sobre las titulaciones de las que en Centro es responsable.
- Revisar los mecanismos de rendición de cuentas a los grupos de interés (requisito transversal a todas las directrices de AUDIT) de modo que se pueda consolidar una cultura de calidad entre los diferentes grupos representados en la Facultad de Ciencias de la Salud.
- Integrar las recomendaciones tanto para requisitos *Audit* como *Verifica* como en su caso *Docentia*. La integración de las recomendaciones facilitará la puesta en marcha de acciones de mejora que aborden a varias de las recomendaciones, y no multipliquen los procesos cuando afecten a un mismo alcance.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
D. Alberto de la Rubia Sánchez	Estudiante del Grado en Enfermería y Miembro de la Comisión de calidad
D. Alberto Menor Ramos	Estudiante del Grado en Enfermería
D. Alfonso Jesús Cruz Lendínez	Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
D ^a . Ángeles Díaz Fernández	Profesor del Grado en Fisioterapia, Miembro de la Comisión de Prácticum y TFG del Grado en Fisioterapia
D. Antonio Luis Sancho Rueda	Personal de Administración y Servicios del Departamento de Enfermería, Miembro de la Comisión de Calidad y de la Comisión de Docencia
D. Antonio Martínez Olea	Asesor Técnico de Calidad
D ^a . Carmen Álvarez Nieto	Secretaria de la Facultad de Ciencias de la Salud, Miembro de la Comisión de Calidad y de la Comisión de Docencia
D. Daniel Sánchez Arriaza	Estudiante del Grado en Fisioterapia
D. Francisco Javier Molina Ortega	Vicedecano de Fisioterapia , Miembro de la Comisión de calidad, de la Comisión de Prácticum y TFG del Grado en Fisioterapia
D. Gustavo M. Contreras Martos	Estudiante egresado del Grado en Fisioterapia y Miembro de la Comisión de calidad
D ^a . Isabel M ^a López Medina	Profesora del Grado en Enfermería
D. Jacinto Fernández Lombardo	Jefe del Servicio de Planificación y Evaluación
D. Jesús Alberto Jara Arias	Profesor del Grado en Enfermería
D. Jesús Díaz Ortiz	Asesor Técnico de Calidad
D. Jesús López Ortega	Profesor del Grado en Enfermería
D. Jorge Delgado García	Vicerrector de Planificación, Calidad, Responsabilidad Social y Comunicación
D. José Miguel Barreda Pitarch	Vicedecano General y Miembro de la Comisión de calidad, de la Comisión de Prácticum y TFG del Grado en Fisioterapia
D ^a . Josefina Arboledas Bellón	Coordinadora de Ciencias de la Salud Jaén Nordeste
D ^a . M ^a Carmen Carrascosa García	Miembro de la Comisión de Prácticum y TFG del Grado en Fisioterapia
D ^a . M ^a Catalina Osuna Pérez	Profesora del Grado en Fisioterapia

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
D ^a . M ^a José Calero García	Vicedecana de Enfermería y Miembro de la Comisión de calidad, de la Comisión de Docencia, Prácticum y TFG del Grado en Enfermería
D ^a . M ^a Luisa Fernández de Córdoba	Directora del Secretariado de Gestión de la Calidad
D. Manuel Linares Abad	Profesor del Grado en Enfermería
D. Manuel Gámiz Porcuna	Estudiante del Grado en Enfermería
D ^a . María Soledad Jaén García	Estudiante del Grado en Fisioterapia
D. Óscar del Saz Rodríguez	Responsable de Gestión del Negociado de Dirección de Centro
D. Pablo Soria Vílchez	Estudiante del Grado en Enfermería
D. Pedro L. Pancorbo Hidalgo	Director del departamento de Enfermería, Miembro de la Comisión de Prácticum y TFG del Grado en Enfermería
D. Rafael Lomas Vega	Profesor del Grado en Fisioterapia y Miembro de la Comisión de calidad
D. Rafael Manzano Arrando	Estudiante del Grado en Enfermería
D ^a . Rosa M ^a Fernández Alcalá	Vicedecana de Calidad y Relaciones Internacionales

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
_____	_____

DISPOSICIÓN FINAL

El representante de la institución auditada manifiesta haber recibido copia de este informe, así como una explicación de sus conclusiones.

En el supuesto de haberse detectado no conformidades de tipo mayor, la organización auditada se compromete a elaborar un plan de acciones correctivas que será remitido a la Agencia evaluadora en un plazo de veinte días laborables desde la recepción de este informe. En dicho plan se especificará para cada no conformidad el estudio de sus causas, la/s acción/es correctoras o de mejora propuesta/s, el/ los responsables de su implantación y el plazo de tiempo estimado para su ejecución.

En Madrid, a 15 de octubre de 2013

Por la institución auditada

D/a:
Cargo:

Por el equipo auditor (1)



D.: José Luis Martínez Rubio
Cargo: Auditor Jefe

(1) Auditor de mayor rango del equipo