

**INFORME  
DE AUDITORÍA INTERNA  
DEL SISTEMA DE  
GARANTÍA DE CALIDAD  
DEL CENTRO  
(Nov. 2023)**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD DE JAÉN**

Fecha de emisión de informe: 09/11/2023

V01

**RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA**

El objetivo principal de la auditoría interna ha sido revisar el grado de implantación y detectar desviaciones del Sistema de Garantía de Calidad (SGC) del Centro con respecto a los requisitos del Programa IMPLANTA-SGCC y a los requisitos establecidos por el propio sistema.

El propósito fundamental es aplicar un plan de acciones correctivas a tales desviaciones detectadas (no conformidades) y permitir obtener una situación de partida más favorable ante la futura auditoría de certificación de la implantación del SGC del Centro por parte de la DEVA. En este sentido, las observaciones generales al SGC y las oportunidades de mejora identificadas en este informe deberían tratarse como recomendaciones a evaluar y, en su caso, a tener en cuenta por los responsables del SGC, con objeto de eliminar las causas de una posible no conformidad futura.

En términos generales, se considera que el SGC diseñado e implementado es un sistema exhaustivo, bien estructurado y completo. No obstante, en este informe de auditoría se indican 3 Observaciones Generales al SGC y 10 Oportunidades de Mejora. No se han detectado No-conformidades.

Se ha podido constatar durante la visita de auditoría que el Equipo de Dirección de la Facultad está compuesto por personas muy implicadas y claramente orientadas a la mejora continua del Centro, por lo que se espera que impulsarán las acciones correctivas necesarias para mejorar el sistema de garantía de calidad y, por ende, la mejora del propio Centro.

Se anima a los responsables del SGC que valoren y tengan en cuenta las observaciones generales detalladas en la página 7 de este informe, ya que se tratan de recomendaciones de especial seguimiento que podrían eliminar las causas de posibles no conformidades futuras.

Asimismo, las oportunidades de mejora (a partir de la página 7) deben tratarse como recomendaciones que podrían mejorar aspectos del SGC implantado en la Facultad de Ciencias de la Salud.

Por último, se hace constar que se han cumplido los objetivos de la auditoría sin incidencias.

**Datos del Centro auditado**

Universidad	UNIVERSIDAD DE JAÉN
Centro	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (FCS)
Representante de la Institución auditada	Pedro L. Pancorbo Hidalgo Decano de la FCS 953212507 – pancorbo@ujaen.es
Norma de aplicación de referencia	<a href="#">Guía para la Certificación de Sistemas de Garantía de la Calidad implantados en los centros de las universidades andaluzas. Programa IMPLANTA-SGCC</a> (Aprobada en Comité Técnico de Evaluación y Acreditación el 08/02/2023 – V04).
Fecha de la auditoría	3 de noviembre de 2023

**Equipo auditor**

- Auditor Jefe: Jacinto Fernández Lombardo. Universidad de Jaén.
- Auditora: María Belén Blázquez Vilaplana. Universidad de Jaén.
- Auditor: José Hidalgo Navarrete. Centro Universitario Sagrada Familia de Úbeda.
- Auditor: Alfonso Miguel Chico Medina. Universidad de Jaén.

**Criterios de auditoría**

El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría:

- Requisitos de la norma de aplicación de referencia (criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC).
- Documentación e información generada por el Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro (SGCC).

**Objetivos de la auditoría interna**

Los objetivos de la auditoría son:

- Determinar la conformidad del SGCC con los criterios de auditoría.
- Valorar el grado de implantación en el Centro de cada uno de los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC (cumplimiento con los requisitos de la norma de aplicación de referencia).
- Evaluar la conformidad de la documentación del SGCC (procesos, procedimientos, manual de calidad) con los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC, así como la documentación generada por el SGCC en cada ciclo de gestión.
- Detectar las desviaciones respecto a lo recogido en los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC y respecto a lo contemplado en el propio diseño e implantación del SGCC.
- Favorecer y fortalecer el desarrollo e implantación del SGCC.

**Alcance de la auditoría interna**

El alcance de la auditoría interna abarca los procesos, procedimientos y documentación definidos en el Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro.

**Desarrollo de la auditoría**

El Plan de Auditoría Interna del Sistema de Garantía de Calidad de los Centros de la Universidad de Jaén (año 2023), de fecha 20/03/2023, establece la realización de la presente auditoría interna.

El equipo auditor ha sido nombrado por la Universidad de Jaén.

La visita de auditoría interna ha tenido lugar en el día 3 de noviembre de 2023, mediante reunión celebrada presencialmente en la sala de reuniones del Edificio B-3 del Campus de Las Lagunillas.

Cumpliendo el Programa de Auditoría Interna (anexo I), el equipo auditor ha realizado la entrevista programada. Previamente, el equipo auditor había revisado la documentación que había sido aportada por el Centro al equipo auditor.

Dado que el Centro se encuentra acreditado institucionalmente y cuenta ya con la experiencia de haber cerrado ya algunos ciclos de gestión, esta auditoría interna se ha centrado principalmente en los registros/evidencias generados por el Sistema de Garantía de Calidad (SGC) en el ciclo de gestión anterior y en el actual ciclo de gestión hasta el día de la fecha.

La visita de auditoría ha consistido en mantener una entrevista con la Comisión de Garantía de Calidad del Centro, en el que el equipo auditor les ha realizado una serie de preguntas con objeto de comprobar, completar o aclarar dudas sobre la información disponible en relación con el grado de implantación del SGC de la Facultad de Ciencias de la Salud.

La auditoría está basada en un proceso de muestreo de la información disponible y las técnicas de auditoría han sido: entrevista, observación, muestreo de actividades y revisión de documentos y registros.

Cabe destacar la participación activa de las personas que han asistido a la entrevista programada, así como las facilidades que el Centro ha proporcionado a este equipo auditor para la realización de la auditoría.

En la parte final de este Informe se incluye la lista de participantes en la entrevista realizada durante el día de visita de auditoría.

Durante la entrevista programada, el equipo auditor pudo obtener evidencias de auditoría, principalmente por observación de los registros mostrados en pantalla y también a través de declaraciones verbales de las personas presentes.

Los resultados de la evaluación de las evidencias de auditoría recopiladas frente a los criterios de auditoría (hallazgos de auditoría) se describen a continuación en forma de No Conformidad Mayor

(NCM), No Conformidad Menor (nc), Observaciones Generales al SGC, Oportunidades de Mejora y Fortalezas detectadas en el SGC.

Se contemplan dos categorías de No Conformidades:

- No Conformidad Mayor (NCM): Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SGC o de la norma de referencia (IMPLANTA-SGCC).
- No Conformidad Menor (nc): Aquella que, por su naturaleza o singularidad, supone una desviación leve de lo establecido en el SGC.

El tratamiento de las No Conformidades (NCM y nc) recogidas en el informe final de auditoría deberá ser documentado en un Plan de Acciones Correctivas.

Cuando ocurra una No Conformidad, la organización debe:

- a) Reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable, tomar acciones para controlarla y corregirla, hacer frente a las consecuencias.
- b) Evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante la revisión y el análisis de la no conformidad; la determinación de las causas de la no conformidad; la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir.
- c) Implementar cualquier acción necesaria.
- d) Revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.
- e) Si fuera necesario, hacer los cambios en el sistema de garantía de calidad.

Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

Las Observaciones Generales al SGC identificadas en este informe deben tratarse como recomendaciones de especial seguimiento que deberían ser evaluadas y, en su caso, atendidas por los responsables del SGC, con objeto de eliminar las causas de una posible no conformidad futura.

Las Oportunidades de Mejora identificadas en este informe deben tratarse como recomendaciones que deberían ser evaluadas y, en su caso, atendidas por los responsables del SGC, con objeto de mejorar aspectos del SGC implantado en el Centro.

El equipo auditor informa que esta auditoría se ha realizado a través de un muestreo, por lo que pueden existir otras no conformidades no identificadas en este informe.

Por último, se hace constar que se han cumplido los objetivos de la auditoría sin incidencias y que no han quedado cuestiones por resolver a la finalización de esta auditoría.

**Resumen global de la auditoría por cada Criterio/Dimensión IMPLANTA-SGCC**

Criterio / Dimensión IMPLANTA-SGCC		Criterio / Dimensión IMPLANTA-SGCC	
<b>1. Información pública.</b>	<b>No Conf.</b>	<b>2. Política de aseguramiento de la calidad.</b>	<b>No Conf.</b>
1.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la publicación de información actualizada de sus actividades y resultados de los programas formativos.		2.1 El Centro tiene una política de calidad y objetivos estratégicos públicos vinculados con su sistema de garantía de calidad.	
		2.2. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la recogida continua, el análisis y la utilización de información (resultados, datos e indicadores) para la toma de decisiones y la mejora de la calidad de las enseñanzas.	
		2.3. El Centro tiene implantados procesos para asegurar la mejora continua de sus programas formativos.	
<b>3. Personal docente e investigador.</b>	<b>No Conf.</b>	<b>4. Gestión de recursos materiales y servicios.</b>	<b>No Conf.</b>
3.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la capacitación, competencia y cualificación del personal con actividad docente.		4.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la disponibilidad de recursos materiales y servicios suficientes para la oferta de actividades de aprendizaje del alumnado.	
<b>5. Gestión y resultados de los procesos de enseñanza-aprendizaje.</b>	<b>No Conf.</b>		
5.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan que las acciones que emprende contribuye a favorecer el aprendizaje del alumnado.			

**DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES**

Nº No Conf.	Categoría (NCM / nc)	Justificación	SGC Centro / Criterio IMPLANTA
-	-	-	-

**OBSERVACIONES GENERALES AL SGC  
(excluyendo las no conformidades)**

Nº	Descripción	SGC Centro / Criterio IMPLANTA
<b>OBS1</b>	Seleccionar nuevo/a representante de Estudiantes del Grado en Enfermería para la Comisión de Garantía de Calidad del Centro.	CGC
<b>OBS2</b>	Cubrir vacantes de miembros representantes de Estudiantes del Grado en Fisioterapia y del Grado en Medicina para la Comisión de Garantía de Calidad del Centro.	CGC
<b>OBS3</b>	En relación con el registro R-PE01-10 sobre evidencias de rendición de cuentas, identificar más claramente el grado de cumplimiento de las acciones establecidas en el Documento de Sistemática de Rendición de Cuentas para cada ciclo de gestión.	PE01

**OPORTUNIDADES DE MEJORA**

**(excluyendo las no conformidades y las observaciones generales al SGC)**

Nº	Descripción	SGC Centro / Criterio IMPLANTA
<b>OM1</b>	Se recomienda añadir en el Documento de Planificación, Desarrollo y Seguimiento del SGC todas las revisiones de enlaces web que figuran como registros en los distintos procedimientos.	General
<b>OM2</b>	Se recomienda que en la sistemática de análisis de los valores alcanzados en los indicadores del SGC se realicen comparaciones con otros títulos, Centros o Universidades, con objeto de poder establecer o revisar metas/valores objetivos.	PA01
<b>OM3</b>	Se recomienda identificar claramente en cada procedimiento del SGC del Centro cuáles son los grupos de interés relevantes del mismo, con objeto de ser más precisos a la hora de establecer su participación, comunicación e información facilitada. Por ejemplo, podría hacerse una matriz de grupos de interés del SGC e incluirla en el Manual del SGC.	General
<b>OM4</b>	Se recomienda tener en cuenta en el SGC del Centro la interacción de sus procedimientos con otros procesos transversales que se gestionan en la Universidad y que, de alguna manera, los resultados de estos afectan a la gestión de la Facultad desde el punto de vista del proceso de enseñanza-aprendizaje del que el Centro es responsable normativamente, y desde el punto de vista de sistema integrado de gestión de la calidad.	General
<b>OM5</b>	Se recomienda incorporar en la carpeta de evidencias "Resultados obtenidos de las prácticas externas curriculares que afectan al Centro" la referencia a los resultados de satisfacción de las practicas externas curriculares (apartado 2.4 IGRT) y un breve informe sobre el análisis de la gestión de prácticas externas curriculares (funcionamiento adecuado del apartado 4.4 del procedimiento PC02).	PC02
<b>OM6</b>	Se recomienda incorporar en la carpeta de evidencias "Resultados obtenidos de los programas de movilidad que afectan al Centro" la	PC02

	referencia a los resultados de movilidad de estudiantes (apartado 2.5 IGRT y 2.6 IGRC) y un breve informe sobre el análisis de la gestión de la movilidad de estudiantes (funcionamiento adecuado del apartado 4.5 del procedimiento PC02).	
<b>OM7</b>	Se recomienda incorporar en la carpeta de evidencias “Resultados obtenidos de la gestión de los TFT de los títulos del Centro” un breve informe sobre el análisis de la gestión de la calidad de los trabajos fin de título (funcionamiento adecuado del apartado 4.8 del procedimiento PC02).	PC02
<b>OM8</b>	Se recomienda incorporar en los registros R-PE01-1, R-PE01-2, R-PE01-8, R-PE02-3, R-PA02-6 y R-PA03-2 el enlace al acta correspondiente donde se identifique la fecha y el orden del día en que se ha tratado dicho documento.	General
<b>OM9</b>	Se recomienda incorporar en la carpeta de evidencias “Planificación Docente Anual de las enseñanzas del Centro” el calendario establecido para los TFG, además del POD de los títulos, horarios y calendario de exámenes.	PA02
<b>OM10</b>	Se recomienda seguir avanzando en la realización de actuaciones para conseguir un mayor conocimiento operativo de los previsto en la documentación del SGC por parte de los diferentes grupos de interés, con la profundidad y detalle adecuados a cada caso.	General


#### FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SGC

- **PF1:** Se observa una alta implicación y orientación hacia la mejora continua del Equipo Directivo y de los miembros de la Comisión de Garantía de Calidad.
- **PF2:** Se realiza un seguimiento periódico para conocer el grado de cumplimiento del documento de Planificación, Desarrollo y Seguimiento del SGC.
- **PF3:** El Sistema de Garantía de Calidad que aplica la Facultad de Ciencias de la Salud se encuentra consolidado y con un grado de madurez avanzado.

#### PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE Y APELLIDOS	PUESTO	MODO (presencial / online)
Alfonso J. Ibáñez Vera	Vicedecano de Calidad y Planificación de la FCS	Presencial
Olga M. <sup>a</sup> López Entrambasaguas	Representante del Profesorado Grado en Enfermería	Presencial
María Jesús Ramírez Expósito	Representando del Profesorado Grado en Medicina	Presencial



	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</b>	Nº Informe: 2023/01 Fecha: 09/11/2023
---	--	--


Antonia Chica Rubio	Miembro de la Unidad de Calidad de la Universidad	Presencial
Eva M.ª Montoro Ramírez	Representante de los Egresados Grado en Enfermería	Presencial
Esteban Obrero Gaitán	Representante de los Egresados Grado en Fisioterapia	Presencial
Rosemary Wangenstein Fuentes	Vicedecana Grado en Enfermería (invitada)	Presencial
Pedro L. Pancorbo Hidalgo	Decano de la FCS (invitado)	Presencial

EXCUSADOS	
NOMBRE Y APELLIDOS	PUESTO
M.ª Carmen López Ruiz	Representante del Profesorado Grado en Fisioterapia


En Jaén, a 9 de noviembre de 2023



Jacinto Fernández Lombardo. Auditor Jefe.

	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO</b>	Nº Informe: 2023/01 Fecha: 09/11/2023
---	--	--

**ANEXO I**

	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA</b>	PAI-SGCC 13/10/2023
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD</b>	

DATOS DEL CENTRO AUDITADO	
Universidad	Universidad de Jaén
Centro	Facultad de Ciencias de la Salud (FCS)
Representante del Centro	Decano de la FCS
Norma de aplicación de referencia	<a href="#">Guía para la Certificación de Sistemas de Garantía de la Calidad implantados en los centros de las universidades andaluzas. Programa IMPLANTA-SGCC</a> (Aprobada en Comité Técnico de Evaluación y Acreditación el 08/02/2023 – V04).
Fecha de la auditoría	3 de noviembre de 2023
Sala de reuniones	Sala de Juntas del edificio B-3

EQUIPO AUDITOR			
Función	Nombre y apellidos	Datos de contacto	Organización de origen
Auditor Jefe	Jacinto Fernández Lombardo	683750154 / <a href="mailto:jafernan@ujaen.es">jafernan@ujaen.es</a>	UJA – Servicio de Planificación y Evaluación
Auditora	María Belén Blázquez Vilaplana	<a href="mailto:bbblazquez@ujaen.es">bbblazquez@ujaen.es</a>	UJA – Facultad de Trabajo Social
Auditor	Alfonso Miguel Chico Medina	<a href="mailto:amchico@ujaen.es">amchico@ujaen.es</a>	UJA – Servicio de Gestión de las Enseñanzas
Auditor	José Hidalgo Navarrete	<a href="mailto:josehidalgo@fundacionsafa.es">josehidalgo@fundacionsafa.es</a>	Centro Universitario Sagrada Familia de Úbeda

CRITERIOS DE AUDITORÍA
El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría:

- Requisitos de la norma de aplicación de referencia (criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC).
- Documentación e información generada por el Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro (SGCC).

### OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA INTERNA

Los objetivos de la auditoría son:

- Determinar la conformidad del SGCC con los criterios de auditoría.
- Valorar el grado de implantación en el Centro de cada uno de los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC (cumplimiento con los requisitos de la norma de aplicación de referencia).
- Evaluar la conformidad de la documentación del SGCC (procesos, procedimientos, manual de calidad) con los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC, así como la documentación generada por el SGCC en cada ciclo de gestión.
- Detectar las desviaciones respecto a lo recogido en los criterios y directrices del Programa IMPLANTA-SGCC y respecto a lo contemplado en el propio diseño e implantación del SGCC.
- Favorecer y fortalecer el desarrollo e implantación del SGCC.

### ALCANCE DE LA AUDITORÍA INTERNA

El alcance de la auditoría interna abarca los procesos, procedimientos y documentación definidos en el Sistema de Garantía de Calidad que aplica el Centro.

### DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN NECESARIAS DURANTE LA AUDITORÍA INTERNA

El Centro facilitará un enlace (y, en su caso, contraseña) que permita al equipo auditor acceder a la documentación e información que comprende el Sistema de Garantía de Calidad implantado del Centro, incluidos sus registros, y que, en su caso, no esté disponible de forma pública en la Web del Centro.

En el análisis de la documentación e información, el equipo auditor tendrá en cuenta los registros generados por el SGCC en el último ciclo de gestión cerrado (curso académico 2022/23) y en el actual. Para ello, podrá:

- Revisar el Manual del SGCC y los Procedimientos del SGCC.

- Revisar la composición y funciones de los órganos que participan en el Sistema de Garantía de Calidad del Centro.
- Revisar los documentos generados por cada procedimiento y, en su caso, formato.
- Revisar las actas de reunión (derivadas de las principales actividades del procedimiento).
- Revisar el cumplimiento de indicadores de cada procedimiento.
- Revisar los registros (evidencias) establecidos en cada procedimiento.

AGENDA DE ENTREVISTAS DE AUDITORÍA				
DÍA	HORA	AUDIENCIA	ASISTENTES ENTREVISTAS (PERFILES)	LUGAR
03/11/2023	09:30 – 12:00	Comisión de Garantía de Calidad del Centro	Miembros de la Comisión de Garantía de Calidad	Sala de Juntas del edificio B-3
03/11/2023	12:30 – 12:45	Reunión de cierre	Representantes del Centro / Representantes de la Comisión de Garantía de Calidad	Sala de Juntas del edificio B-3

La Agenda de entrevistas de auditoría anterior es susceptible de modificación, siempre de común acuerdo entre el/la representante del Centro y el auditor jefe.

El Centro auditado debe contactar con las personas que van a asistir a las distintas audiencias y fijar la fecha, horario y lugar donde se realizará la entrevista.

Una vez cerrado el compromiso con los asistentes, el Centro elaborará la lista de asistentes, que remitirá al equipo auditor antes del comienzo de la visita.

Durante la realización de las auditorías, el equipo auditor recogerá las evidencias necesarias mediante el desarrollo de entrevistas, examen de documentos/registros, observación directa de las actividades realizadas o cualquier otro medio.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA
<p>Conforme al <a href="#">Procedimiento PAI-SGCC de Auditoría Interna</a>, una vez realizada la auditoría, el equipo auditor realizará un Informe de Auditoría Interna.</p> <p>El Centro tiene opción a presentar alegaciones en un plazo de 5 días hábiles.</p> <p>En caso de alegaciones, el equipo auditor revisa y elabora nueva versión del Informe.</p> <p>En caso de que existan No-conformidades, la Comisión de Garantía de Calidad del Centro elaborará un Plan de Acciones de Mejora en un plazo máximo de 20 días.</p>

El equipo auditor revisará el Plan de Acciones de Mejora y elaborará la versión final del Informe de Auditoría Interna.

El Centro publicará el Informe de auditoría interna en su página web, que servirá de referencia para el Informe Global de Resultados del Centro y Plan de Mejora del Centro, incorporando las recomendaciones de mejora detectadas en el mismo.