
	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b> <b>FACULTAD DE MEDICINA</b>		
	<b>Fecha:</b> Abril 2019	<b>CÓDIGO:</b> <b>PR/SO100_D006_</b>	

## 1.- OBJETO DE LA AUDITORÍA

Evaluación del Sistema de Garantía Interna de Calidad (SGIC), implantado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura, en relación a las actividades desarrolladas conforme a los criterios y directrices establecidos en el modelo AUDIT.

## 2.- ALCANCE DE LA AUDITORÍA

TOTAL: la auditoría abarca la totalidad del SGIC

ALCANCE TEMPORAL: 2017 y 2018

## 3.- EQUIPO AUDITOR



<b>Auditor/a Jefe</b>	M <sup>a</sup> Jesús Sierra Folgado
<b>Auditor/a</b>	Agustina Guiberteau Cabanillas
<b>Auditor/a</b>	José Antonio Folgado Fernández
<b>Auditor/a novel</b>	M <sup>a</sup> Isabel Rodríguez Cáceres

## 4.- DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

Documentación del Modelo AUDIT

## 5.- INTERLOCUTORES AUDITADOS

Nombre y Apellidos	Responsable de
D. Francisco J. Vaz Leal	Decano
D <sup>a</sup> . M <sup>a</sup> Dolores Apolo Arenas	Responsable de Calidad
D <sup>a</sup> . M <sup>a</sup> Victoria González López-Arza	Vic. Ord. Académica e Infraestructura
D. Agustín García Nogales	Coord. CCT MUI Biomedicina y Salud
D <sup>a</sup> . Berta Caro Puértolas	Vic. Alumnos y Prácticas Clínicas
D <sup>a</sup> . M <sup>a</sup> Isabel Ramos Fuentes	Secretaria Académica
D. José Manuel Cruz Méndez	Administrador



	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA FACULTAD DE MEDICINA</b>		
	<b>Fecha:</b> Abril 2019	<b>CÓDIGO:</b> PR/SO100_D006_	

D <sup>a</sup> . Rosa M <sup>a</sup> Pinto Corraliza	PDI responsable pase encuestas
D. Juan Rodríguez Mansilla	Vic. Movilidad, Postgrado y Relaciones Institucionales
D <sup>a</sup> . Nieves Fernández Sánchez	PAS Laboratorios
D <sup>a</sup> . María de la Soledad Martín-Sauceda García	Estudiante curso 1º de Fisioterapia
D. José María Rodríguez Capilla	Estudiante curso 6º de Medicina
D <sup>a</sup> . Laura Fernández García	Estudiante Prácticas Enfermería 3º
D <sup>a</sup> . Esperanza Montes Doncel	PDI Fisioterapia
D <sup>a</sup> . Noelia Durán Gómez	Coord. CCT Grado en Enfermería
D. Carlos Pinto Martins	PAS Secretaría
D. Antonio Guisado Cidoncha	PAS Conserjería
D. Félix Suárez González	PDI Tutor de Prácticas Medicina
D. Mariano Casado Blanco	Coord. CCT Grado en Medicina



## 6.- CUADRO RESUMEN DE LA AUDITORÍA

Directriz		No conformidad
1.0	<i>Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad</i>	<b>3</b>
1.1	<i>Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos</i>	
1.2	<i>Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes</i>	<b>1</b>
1.3	<i>Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico</i>	
1.4	<i>Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios</i>	
1.5	<i>Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados</i>	<b>1</b>
1.6	<i>Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones</i>	<b>1</b>

## 7.- RELACIÓN DE NO CONFORMIDADES DETECTADAS

	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA FACULTAD DE MEDICINA</b>		
	<b>Fecha:</b> Abril 2019	<b>CÓDIGO:</b> PR/SO100_D006_	

Nº	Descripción de la No Conformidad	Subdirectriz	Categoría
1	No consta que la Comisión de Calidad del Centro (CCC) haya definido la Política y los Objetivos de Calidad.	1.0.1	NCM*
2	No se puede evidenciar la participación de los grupos de interés en el órgano responsable del SGIC al no especificar las actas el perfil de los asistentes.	1.0.2	nc**
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al haberse aprobado los procesos en 2018, la mayoría en octubre de ese año, no es posible valorar su total implantación y por ende la eficacia del sistema. Además, a la hora de redactar este informe no se ha publicado la Memoria del curso 2017-18 en la que poder comprobar el grado de cumplimiento de los procesos a través de su seguimiento y evaluación.</li> <li>• En el procedimiento PR/SO008 para el Control de la documentación y registro se establece que antes de su aprobación en Junta de Centro, los procesos y procedimientos y también el Manual de calidad, deben ser aprobados en primera instancia por la CCC. Se observa en el acta de esta comisión de fecha 04/12/2018 cómo en el punto 3 del orden del día se “ratifican” las modificaciones del Manual de calidad ya presentadas con anterioridad a la Junta de Centro.</li> <li>• La mayoría de diagramas de flujo no coinciden con lo expuesto en el desarrollo del proceso correspondiente. Así por ejemplo, en el proceso P/ES006 se dice que el Plan de Publicación de la Información (PPI) es elaborado por la Vicedecana de Ordenación Académica y el diagrama atribuye esta función a la CCC. O que la difusión de este plan corresponde al Equipo decanal, al Responsable de Calidad y al Administrador según el mismo diagrama, y por el contrario el proceso encarga difundir el PPI a la CCC, las CCTs y al Administrador.</li> </ul>	1.0.3	NCM
4	No se ha encontrado evidencia de la participación de los grupos de interés en el diseño y desarrollo de sistemas de apoyo y orientación a los estudiantes. Y es que el proceso P/CL010 de <i>Orientación al estudiante</i> no ha generado documentos en el presente curso académico, si bien es cierto que se han llevado a cabo actividades tutoriales al inicio del curso.	1.2.6	NCM

	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA FACULTAD DE MEDICINA</b>		
	<b>Fecha:</b> Abril 2019	<b>CÓDIGO:</b> PR/SO100_D006_	

<b>5</b>	No es posible evidenciar la implicación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados.	<b>1.5.6</b>	nc
<b>6</b>	En contra de lo establecido en el proceso P/ES006 de <i>Publicación de la información sobre titulaciones</i> , sobre compromisos de calidad en la publicación de información, se ha comprobado que no se publican actas de las comisiones siguientes: que funcionan en el centro y se relacionan en el Manual de Calidad, tan solo su composición.	<b>1.6.3</b>	NCM

\*NCM: no conformidad mayor

\*\*nc: no conformidad menor

## 8.- OBSERVACIONES

PUNTOS FUERTES	
<b>01</b>	Se pone de manifiesto el esfuerzo que se está realizando y la buena disposición del equipo directivo del centro para implementar las medidas necesarias en cumplimiento del compromiso de mejora continua en la gestión del sistema propio de calidad
<b>02</b>	Para la revisión de los procedimientos que se gestionan en el Centro, la auditoría se llevó a cabo con todos los grupos de interés solicitados por el equipo auditor, destacando la alta implicación de los alumnos en este proceso.
<b>03</b>	La Facultad de Medicina ha implantado recientemente programas propios que facilitan la dotación, mantenimiento y gestión de los recursos materiales.
<b>04</b>	Recientemente se ha llevado a cabo la sistematización de la gestión de prácticas externas con un resultado muy satisfactorio según se ha podido constatar en las entrevistas realizadas el día de la auditoría interna.



## 9.- OPORTUNIDADES DE MEJORA

A modo de recomendación sugerimos a la Facultad de Medicina los siguientes aspectos:

- Revisar el Manual de Calidad (MC) para rectificar algunos datos que corresponden a versiones anteriores. Es el caso de los apartados 7 y 8 sobre Gestión del MC y Documentación del SGIC respectivamente. Asimismo, hay que revisar el texto de los procesos y procedimientos para corregir algunos errores.

	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b> <b>FACULTAD DE MEDICINA</b>		
	<b>Fecha:</b> Abril 2019	<b>CÓDIGO:</b> <b>PR/SO100_D006_</b>	

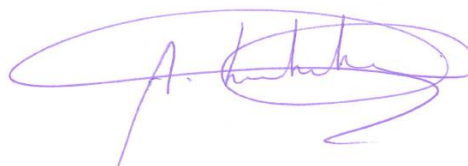
- Es muy importante que la Comisión de Calidad del Centro (CCC) actúe para cumplir las funciones encomendadas en la normativa universitaria sobre *Estructura de Gestión de la Calidad en la UEx*, de manera que se aprueben de forma periódica los informes anuales de calidad, no solo del centro sino también de las titulaciones. Este órgano debe aprobar también los informes de seguimiento de los procesos con arreglo a los indicadores que en los mismos se establezcan.
- Es preciso ordenar las actas de la Comisión de Calidad del Centro numerándolas de forma sucesiva, evitando errores como el repetir la publicación del mismo acta en dos fechas diferentes. Así, el acta nº 16 de 5/12/2016 se repite en el lugar del acta de 5 de diciembre de 2017.
- En todas las actas de las comisiones de calidad debe reflejarse el perfil de las personas que asisten para que pueda obtenerse el dato de la participación de los grupos de interés, necesario para el cumplimiento de varias directrices de AUDIT.
- En cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales se debe ocultar en las actas la identidad de las personas afectadas en algún punto del orden del día de las sesiones.
- A diferencia de las comisiones de calidad de las titulaciones, en las que es posible presidir y ser secretario al mismo tiempo, en la comisión de calidad del centro estos perfiles corresponden a personas diferentes por lo que no se entiende que en varias actas figure la Responsable de calidad como presidenta y secretaria, incluso estando presente el Decano que es el presidente según normativa ya citada.
- En las entrevistas llevadas a cabo el día de la auditoría interna se puso de manifiesto la dificultad que supone renovar los miembros de las comisiones de calidad de las titulaciones porque “nadie quiere” se dijo por algún interlocutor. Es necesario concienciar de la necesidad de que estas comisiones estén activas para cumplir su cometido y se renueve a sus miembros cada cuatro años, consiguiendo con ello implicar a más personas en el sistema y evitando caer en la rutina. Al respecto se ha podido constatar en acta de la CCC de 14/12/2017 la no asistencia de los coordinadores de tres titulaciones por lo que no se pudo tratar asuntos en los que era necesaria su participación.
- En cuanto a la gestión documental se hace preciso cumplir lo establecido en el procedimiento PR/SO008 de manera que una vez aprobado un documento, nuevo o revisado, se archivará en el repositorio institucional SIGEAA en la carpeta correspondiente. Si se trata de un modelo de documento lo haremos en la carpeta de Anexos y si ya se ha hecho uso del mismo lo archivaremos en la carpeta de Evidencias.
- Las portadas de los documentos del SGIC tendrán en la parte inferior una información relativa a los órganos o personas responsables de su elaboración, revisión y aprobación con indicación de las fechas y firmas correspondientes.

	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b> <b>FACULTAD DE MEDICINA</b>		
	<b>Fecha:</b> Abril 2019	<b>CÓDIGO:</b> <b>PR/SO100_D006_</b>	

**Por el Equipo Auditor**



Mª JESÚS SIERRA FOLGADO



AGUSTINA GUIBERTEAU CABANILLAS



Mª ISABEL RODRÍGUEZ CÁCERES



JOSÉ ANTONIO FOLGADO FERNÁNDEZ