



PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

V3 Post PAM

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad Andrés Bello de Chile (UNAB)
Centro	Facultad de Medicina, en sus sedes de Santiago, Viña del Mar y Concepción.
Alcance de la auditoría (especificar cualquier posible exclusión)	Todos los procesos incluidos dentro del alcance de su Sistema de Aseguramiento Interno de Calidad y de los que es responsable.
Fecha de la auditoría	2, 3, 4 y 5 de julio de 2024

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	Dña. Carmen Gloria Jiménez Bucarey
Cargo	Vicerrectora de Aseguramiento de la Calidad
Tfno. y correo	<carmen.jimenez@unab.cl>

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 Antonio Pérez de la Calle	Institución	ANECA
Auditor	Amparo Chirivella Ramón	Institución	Universidad de Valencia
Aud. Formación	-	Institución	-



INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La visita se ha desarrollado en las fechas acordadas, y sin incidencias destacables. Se han podido completar todas las entrevistas previstas en la agenda consensuada entre la Vicerrectoría de Aseguramiento de la Calidad (VRAC), la Facultad de Medicina (FMED) y el equipo auditor.

La organización de la visita por parte de la Universidad y la Facultad ha resultado satisfactoria. Todas las personas que han participado en las entrevistas han mostrado interés por el proceso y han colaborado con el equipo auditor, respondiendo a todas las preguntas planteadas. Salvo excepciones, todas las personas citadas a las entrevistas, acudieron, en presencial o remoto, a aquellas.

La VRAC ha colaborado facilitando evidencias y enlaces a la documentación y registros del SAIC que permitieron llevar a cabo la revisión documental previa a la visita de auditoría. Únicamente señalar que los accesos del equipo auditor a una parte de los registros del sistema de calidad sufrieron un retraso, motivo por el que aquel hubo de solicitar varias de las evidencias durante el desarrollo de la visita, si bien hay que señalar que aquellas fueron entregadas en tiempo y forma.



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.

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
1. Política y objetivos de calidad	No Conf.	3. Orientación de las enseñanzas a los estudiantes	No Conf.
1.1. Mecanismos para la aprobación y actualización periódica de la política y objetivos de calidad		3.1. Sistemas de información para satisfacer las necesidades de apoyo y orientación de los estudiantes	
1.2. Inclusión de aspectos vinculados a valores focales del Centro		3.2. Procedimientos para la toma de decisiones relacionadas con los estudiantes	
1.3. Participación de los grupos de interés		3.3. Mecanismos que regulen y difundan las normativas que afectan a los estudiantes	
1.4. Difusión y conocimiento por los grupos de interés		3.4. Mecanismos para el desarrollo, revisión y mejora de los procesos relacionados, y participación de los grupos de interés	
1.5. Configuración del sistema para su despliegue		3.5. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.6. Implementación de mejoras derivadas de la evaluación periódica			
1.7. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4. Personal académico/ investigador (PAI) y de apoyo a la docencia	No Conf.
2. Garantía de calidad de los programas formativos	No Conf.	4.1. Información sobre necesidades de PAI, según su política de personal y normativa	
2.1. Órganos, grupos de interés y procesos para el desarrollo de los programas formativos en todas sus etapas	1	4.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal académico/ investigador	
2.2. Alineación de los planes de estudios con su estrategia y las necesidades sociales	2	4.3. Información sobre competencias y resultados de su PAI para la mejora continua de sus actuaciones	
2.3. Mecanismos de toma de decisiones sobre oferta formativa y su ciclo de vida		4.4. Procesos de toma de decisiones	
2.4. Mecanismos para valorar el mantenimiento y relevancia de su oferta formativa		4.5. Mecanismos de refuerzo y mejora en el rol docente e investigador del personal académico	
2.5. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		4.6. Revisión y mejora continua de las actuaciones referidas a este personal	
2.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4.7. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	
OBSERVACIONES: <ul style="list-style-type: none">Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadasPor cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices			

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT Internacional	
5. Recursos y servicios	No Conf.	7. Vinculación con el medio	No Conf.
5.1. Revisión de la política institucional y actuaciones de mejora sobre el PAS		7.1. Órgano responsable del mantenimiento de la política y objetivos de las acciones de extensión y proyección social	
5.2. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios		7.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política y objetivos de extensión y proyección social	
5.3. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		7.3. Procedimiento de toma de decisiones para la aprobación y desarrollo de las acciones de vinculación con el medio	
5.4. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios		7.4. Procedimientos para asegurar la ejecución de los proyectos de extensión y proyección social	
5.5. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		7.5. Mecanismos de comunicación y difusión de las acciones realizadas	
5.6. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios		7.6. Procedimiento de control, revisión y mejora continua de las acciones realizadas	
6. I+D+i y transferencia del conocimiento	No Conf.	7.7. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados e impacto obtenidos	
6.1. Órgano responsable de la política, objetivos y líneas de I+D+i.		8. Dimensión externa de la IES	No Conf.
6.2. Grupos de interés implicados y vías de participación en la definición de la política, objetivos y líneas de investigación.		8.1. Órgano responsable de la estrategia de proyección y dimensión nacional e internacional de sus actividades	
6.3. Procesos de toma de decisiones para la aprobación y ejecución de los proyectos de I+D+i.		8.2. Mecanismos de toma de decisiones en la fijación de objetivos y ejecución de actividades vinculadas	
6.4. Mecanismos para la evaluación de los proyectos de investigación y su protección/ explotación		8.3. Participación de los grupos de interés en los procesos asociados	
6.5. Transferencia de resultados de los proyectos de investigación.		8.4. Modelo de alineación con el entorno para proyectar a la institución e insertarla en los diferentes ámbitos	
6.6. Implementación de las mejoras derivadas de la revisión de actividades de I+D+i.		8.5. Mecanismos de colaboración e integración en redes	
6.7. Rendición de cuentas de las actividades de I+D+i y los resultados obtenidos.		8.6. Mecanismos de medición, análisis y mejora de los resultados	
		8.7. Procedimiento de rendición de cuentas	
OBSERVACIONES: <ul style="list-style-type: none"> Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices 			



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO DE CHILE V3 Post PAM

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
9. Publicación de información sobre el desarrollo de actividades y programas	No Conf.	10. Mantenimiento y actualización del SAIC	No Conf.
9.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y otras actividades		10.1. Procedimiento de control, revisión y mejora continua del SAIC y de su documentación de soporte	
9.2. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de información sobre los títulos		10.2. Participación de los grupos de interés en el diseño, implantación y mantenimiento del SAIC	
9.3. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.	3	10.3. Procedimiento para el acceso a la documentación del SAIC y su adecuada descripción de los procesos del Centro	
9.4. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés		10.4. Conocimiento operativo del SAIC por los grupos de interés	
9.5. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos en la publicación y difusión de la información		10.5. Conservación de los registros generados por el SAIC	
		10.6. Procedimiento para el desarrollo de auditorías internas periódicas al SAIC	
		10.7. Evaluación externa periódica del SAIC	
OBSERVACIONES: <ul style="list-style-type: none"> Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices 			

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	2.1	En contra de lo especificado en la directriz 2.1 del Modelo AUDIT, durante el curso de las entrevistas a dos de los grupos de interés (Estudiantes y Comité de Mejora Continua del Centro), se ha evidenciado que la participación del estudiantado en los órganos colegiados se limita a la posibilidad de expresar su opinión a través de sus representantes en los órganos consultivos, pero no tienen asignada una cuota de participación que les dé un peso específico en el proceso de toma de decisiones.	nc
2	2.2	<p>En contra de lo especificado en la directriz 2.2 del Modelo AUDIT, no se ha evidenciado que exista un sistema que permita establecer una carga de trabajo asumible por el estudiante, cuando en los Syllabus de diferentes asignaturas se detectan diferencias muy notables entre el número de horas de trabajo que requieren cursar los créditos asociados a aquellas, dándose la situación de que un crédito en algunos casos supone un esfuerzo de menos 20 horas, mientras que en otros, un crédito supone un esfuerzo de 50 horas en las titulaciones de pregrado. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> En la asignatura de Educación en Alimentación y Nutrición de la titulación de Nutrición y Dietética se especifica que tiene 5 créditos SCT (Sistema de Créditos Transferibles) siendo 50 horas de trabajo real del estudiante por crédito. En el caso de la asignatura de Sexualidad Humana de la titulación de Obstetricia se especifican 36 horas de trabajo y se computan dos créditos, suponiendo un esfuerzo de 18 horas por crédito. <p>Adicionalmente, en el caso de los postgrados, se utilizan dos modalidades de créditos, los denominados UNAB y Créditos SCT y se señala que tienen que tener entre 24 y 31 horas de trabajo real del estudiante, aspectos que no se cumplen la mayoría de las asignaturas, e incluso esta situación se exagera, dándose casos como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> La asignatura de Liderazgo y Gestión de Personas en el postgrado de MBA con Especialización en Salud se especifica que el estudiantado tiene que cursar un total de 47 horas y la asignatura tiene 3 créditos SCT, por lo cual el número de horas es de 15,66. Por otra parte, en la asignatura de Psiquiatría ambulatoria en la cual se especifican 80 créditos SCT, el número de horas por crédito es de 91,45 (siendo un total de 7316 horas de trabajo del estudiante) 	NCM

		<p>Aparte de lo recogido anteriormente, se presentan otras situaciones que es necesario resaltar en este informe:</p> <ul style="list-style-type: none"> En ocasiones coinciden ambos créditos (STC y UNAB), por ejemplo, en la asignatura de Cuidados Intensivos Neonatales I del programa Subespecialidad de Neonatología, ambos créditos son 56. <p>Sin embargo, en otras asignaturas son más los créditos SCT que los de la UNAB, por ejemplo, en la asignatura Psiquiatría Ambulatoria del programa de formación de especialistas en Psiquiatría del Adulto, los créditos UNAB son 67 y créditos SCT 80.</p> <p>Se aprecia que en la mayoría de los casos, es menor el número de créditos SCT que los de la UNAB, ejemplo en Magíster de Salud Pública con Menciones, en la asignatura de Epidemiología para Salud Pública los créditos UNAB son 6 y créditos SCT 3.</p> <p>Por último, se ha observado que existen asignaturas de postgrados, especialidades médicas, que no incluyen el número total de horas que ha de cursar el estudiantado, como por ejemplo, en la asignatura de Pediatría Ambulatoria I del Programa de Especialidades en Pediatría.</p>	
3	9.3	<p>En contra de lo especificado en la directriz 9.3 del Modelo AUDIT, se ha evidenciado la existencia de diferentes títulos de postgrado (especializaciones) que aparecen en la página web de la Facultad, que no van acompañados de información suficiente (descriptor, n° de créditos, semestre de impartición, obligatoria/optativa, etc.) dentro de su correspondiente malla curricular.</p> <p>Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Especialista Médico en Ginecología y Obstetricia Especialista Médico en Radiología e Imagenología Especialista en Medicina Intensiva del Adulto-Especialidad Primaria 	nc

- (1) Se mantendrá la misma correlación numérica utilizada en el apartado anterior
- (2) Se contemplan dos categorías de No Conformidades:
 - No conformidad Mayor (NCM). Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SAIC, que compromete de forma grave, o puede llegar a hacerlo, el logro de los objetivos de calidad del Centro o de las enseñanzas que imparte.
 - No conformidad menor (nc). Aquella que por su naturaleza o singularidad, supone una desviación leve de lo establecido en el SAIC, y no se derivan las mismas consecuencias negativas que en el caso de las NCM.

El tratamiento de las NCM, así como de las nc recogidas en el informe final de auditoría, deberá ser documentado en el Plan de Acciones de Mejora (PAM).

Nota aclaratoria:

Es oportuno destacar que, como norma general, el informe de auditoría debe recoger una imagen lo más fiel posible a la situación del SAIC en el Centro auditado, **en la fecha en la cual se produjo la visita del equipo auditor**. En este sentido, y si bien se acepta que puedan haberse llevado a cabo diversas actividades de mejora en fechas posteriores, éstas no necesariamente tienen que ser incorporadas en la segunda versión del informe.

Será en su tercera y definitiva versión, aquella que se elabora por el equipo auditor tras proceder al análisis del PAM (Plan de Acciones de Mejora), donde sí cabe incorporar (capítulo de "Disposición final") valoraciones no solo basadas en compromisos de acciones futuras, sino también en las evidencias de acciones de mejora ya realizadas, a fecha de remisión del referido Plan.

OPORTUNIDADES DE MEJORA / OBSERVACIONES GENERALES AL SAIC *(excluyendo las no conformidades)*

OM1. En lo relativo a Prevención de Riesgos Laborales (PRL), se ha observado durante la visita a las instalaciones la existencia de armarios de cuadros eléctricos de voltaje 380 V cuya puerta de acceso estaba abierta, a pesar de contar con cerraduras. Dado que el voltaje referido es potencialmente mortal, se sugiere revisar la seguridad de aquellos para que estén siempre cerrados y tengan un acceso controlado a su interior.

OM2. También en lo referido a PRL, se sugiere que adicional a la exposición de un código QR en los laboratorios para los casos en los que haya que contactar con un servicio de emergencias, se ubique un teléfono fácilmente visible, que proporcione acceso directo a dicho servicio.

OM3. En el curso de la visita a los laboratorios del Centro, se ha observado la existencia de equipos de precisión (básculas) con etiquetas de calibración ilegibles por deterioro. Se sugiere solicitar al proveedor de materiales y/o servicios la utilización de etiquetas indelebles para la identificación inequívoca del estado de calibración de dichos equipos.

OM4. Se aprecia la existencia de planes de mejora para titulaciones sometidas a procesos de acreditación- Sin embargo, para el resto de titulaciones (en particular los postgrados que no han participado en procesos de autoevaluación), no queda claro cuáles son los mecanismos de seguimiento que se aplican para analizar la ejecución y resultados obtenidos por dichos planes (tipo de acción, responsable, objetivo, mecanismo de seguimiento, resultado alcanzado, verificación, etc.)

OM5. UNAB M FYR P05 Procedimiento de Gestión de Académicos. Presenta dos errores:

- Errata en 5.3.1. aptdo. Diez, fecha ilegible.

OM6. Potenciar los sistemas de difusión y comunicación del SAIC entre los diferentes grupos de interés del Centro, en particular con el colectivo de estudiantes y Personal de Administración y Servicios (PAS), pues son éstos los que, a juicio del equipo auditor, presentaban carencias más notables en cuanto al conocimiento de aquellos detalles que pudieran resultarles de mayor aplicabilidad.

OM7. Si bien no se pone en duda la existencia de un procedimiento que especifique cómo se lleva a cabo el control de la documentación y registros que integran el SAIC de la Facultad de Medicina de la UNAB, éste no se ubica entre aquellos que la integran, por lo que se sugiere que dicho procedimiento pase a formar parte de la serie que conforma el propio sistema.

OM8. Se sugiere asignar una codificación a todos los registros del sistema, que identifique a aquellos de manera unívoca, vinculando el código incluido en la definición del procedimiento y el registro de la plataforma informática.

FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SAIC (en su diseño e/o implementación)

1. Disponibilidad de equipos e infraestructuras de apoyo a la formación del estudiantado, en particular se destaca la dotación de hospitales de simulación con tres niveles de fidelidad, el uso de medios inmersivos como visualizadores en 3-D, software para interacción con avatares, o el uso de modelos anatómicos plastinados, entre otros.
2. Alto nivel de implicación de todos los miembros de la Dirección del Centro para facilitar y fomentar el desarrollo de los procesos de calidad en la Facultad.
3. El apoyo de la VRAC a las Facultades para implantar sus Manuales del SAIC.
4. Alto nivel de satisfacción expresado por el estudiantado de las diferentes titulaciones del centro.
5. Alto compromiso en la implantación y difusión del SAIC por parte del profesorado y del personal colaborador (administrativos).
6. El despliegue de actividades de vinculación con el medio y proyección social, incluidas en la malla curricular de las titulaciones, que, actuando de manera coordinada con las entidades locales, logra la adquisición de competencias básicas por los y las estudiantes, así como un impacto social positivo en su entorno.
7. Servicios que se prestan al estudiantado en su acompañamiento formativo y personal, a través del Centro Integral de Acompañamiento y Desarrollo del Estudiante (CIADE) o la Dirección General de Desarrollo Estudiantil (DGDE), favoreciendo su integración y desarrollo.
8. Servicios de Bienestar y Desarrollo Estudiantil, así como de Apoyo y Mentoría. Se destaca el compromiso y dedicación de los y las profesionales para la mejora de la experiencia global de su estancia en esta Facultad percibida por los y las estudiantes.
9. Acompañamiento y orientación que se presta a los docentes para su desarrollo o capacitación profesional (plan de carrera) así como de su vocación investigadora.

**GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEJoras PLANTEADAS EN EVALUACIONES /
AUDITORÍAS ANTERIORES**

No aplica

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

GRUPO DE INTERÉS	CARGO/ OCUPACIÓN
Estudiantado Sede Concepción	Titulaciones representadas
	Obstetricia (OBST)
	OBST
	Tecnología Médica (TEC MED)
	TEC MED
	Nutrición y Dietética (DyN)
	Química y Farmacia (QyF)
	Medicina (MED)
	Postgrado Formación Especialistas (PFE) Anestesiología
Estudiantado Sede Santiago	Titulaciones representadas
	OBST
	NyD
	Doctorado en Biomedicina (DBM)
	Magister IB
	QyF
	MED
	PFE Medicina Intensiva
	TEC MED
	PFE TyO



Estudiantado Sede Viña del Mar	Titulaciones representadas
	NyD
	TEC MED
	OBST
Estudiantado Sede Viña del Mar	MED
	QyF
	QyF
	MED
Personal Docente	Titulaciones representadas
	NyD
	DBM
	Magister IB
	QyF
	Morfo
	ISPAB_MSP
	ISPAB_Pregrado
	TEC MED
	MED
	OBST
	TEC MED
	PFE PSI

Investigadores	Áreas representadas
	NyD
	MED
	QyF
	CIB
	TEC MED
	Morfo
Administrativos	Áreas representadas
	Secretaria de Gestión
	Encargada de Laboratorio
	Encargada de Laboratorio de Anatomía
	Secretaria de Gestión
	Secretaria Administrativa
	Secretaria de Gestión
	Encargado de Laboratorio
	Secretaria Administrativa
	Secretaria de Gestión
	Encargada de Laboratorio
Tutores de Prácticas Externas	Institución representada
	Mención Otorrino, Hospital de Niños
	APS Quilpue
	Clinica Indisa
	Hospital Gustavo Fricke y Hospital de Quilpué
	Hospital Naval Talcahuano

Egresados	Titulaciones representadas
	TEC MED
	OBST
	TEC MED
	MED
	QyF
Personal Vinculación con el Medio	Áreas representadas
	MED
	Postgrado
	NyD
	TEC MED
	QyF
	OBST
	Dir. Gen. VCM
Empleadores	Instituciones representadas
	Farmacias Cruz Verde
	Hospital El Carmen
	Laboratorio Knop
	Hospital Las Higueras
	Servicios Opticos

Comité de Mejora Continua	Titulaciones representadas
	FM
	EEMM
	Morfo
	TEC MED
	NyD
	MED
	QyF
	OBST
Personal de Servicios	Cargos representados
	Director de Campus República
	Director de Campus Concepción
	Director de Campus Viña del Mar
	Director de Administración y Operaciones República
	Director de Administración y Operaciones Viña del Mar
Bienestar y Vida Estudiantil	Cargos representados
	Director General de Desarrollo Estudiantil
	Directora Nacional de Bienestar y Liderazgo Estudiantil
	Director Nacional de Relacionamento y Dialogo Estudiantil
	Director Desarrollo Estudiantil, Campus República
	Coordinadora de Bienestar, Sede Concepción



Servicios de Apoyo al Estudiante	Cargos representados
	Directora CIADE
	Coordinador CIADE
	Coordinador CIADE
	Coordinadora de Experiencia Estudiantil
	Coordinador CIADE
	Supervisor de Centro de Servicios al Estudiante
	Supervisor de Centro de Servicios al Estudiante
	Supervisor de Centro de Servicios al Estudiante

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
-	-

DISPOSICIÓN FINAL**VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)**

El equipo auditor de la Agencia certificadora, una vez examinado el SAIC del citado Centro con objeto de evaluar su grado real de implantación, así como los compromisos recogidos (en su caso) en el plan de acciones de mejora emite la siguiente valoración previa: (2)

☒**FAVORABLE****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 SAIC, 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 de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

En relación a las actividades propuestas por la UNAB en el PAM en respuesta a las no conformidades y observaciones de mejora recogidas la V2 del informe de auditoría de la FMED, el equipo auditor considera que:

Nc1: El PAM contempla un total de tres actividades para subsanar la no conformidad menor indicada. La primera y segunda, que tienen un carácter más inmediato (entre uno y tres meses de plazo de ejecución), pueden contribuir a incrementar en nivel de concienciación del estudiantado respecto a la participación en los órganos de decisión. La tercera actividad, presenta un carácter más estratégico, y puede ser la que realmente solucione el problema presentado. Sin embargo, el plazo de ejecución (seis meses) y lo abierto del propósito, impiden valorar a priori si permitirá alcanzar una solución eficaz, por lo que se mantiene esta nc y se sugiere solicitar a la FMED un seguimiento de su realización y resultados.

NCM2: El PAM de la UNAB responde con un total de cinco actividades previstas para subsanar esta no conformidad de tipo mayor. La lectura de aquellas sugiere un esquema ordenado y coherente, válido en su propósito, para reasignar el número de horas ligado a los créditos de las asignaturas, de manera que aquellas resulten mucho más homogéneas y equilibradas en cuanto a su carga de trabajo para los estudiantes. La dificultad de su valoración deriva principalmente del largo plazo previsto para su ejecución (hasta dos años) por lo que el equipo auditor mantiene la no conformidad y sugiere que se lleve a cabo un seguimiento de su resultado.

Nc3: En el caso de esta no conformidad menor, el PAM propone una actividad a corto plazo (un mes) para su subsanación. Cotejado en la web si aquellas se han implementado a la fecha de realización de este informe, se constata que, en los tres ejemplos contemplados, se ofrece un desglose de las asignaturas impartidas cada año, pero la malla curricular no es pública, sino que hay que solicitarla a la institución, por lo que se evidencia que las medidas propuestas aún no han sido implementadas. Por la misma razón que en los casos anteriores, si bien se presume que las propuestas recogidas en el PAM pueden ser

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

adecuadas, aun no ha sido factible comprobar su resultado, por lo que se sugiere solicitar a la institución llevar a cabo un seguimiento posterior del grado de consecución de los objetivos previstos.

OM1: Las medidas propuestas parecen adecuadas. No obstante, no resulta posible su verificación en este momento, tanto por la imposibilidad de acceso físico a las instalaciones, como por el periodo previsto para su implantación (1 a 2 meses).

OM2: Las acciones se valoran adecuadas, si bien y por la misma razón que el caso anterior, no se pueden verificar.

OM3: Las acciones se valoran adecuadas y se sencilla implementación, aún cuando en este momento no se pueda verificar el resultado.

OM4: Se contemplan tres actividades en respuesta a esta oportunidad de mejora. Se presume que ha habido una errata en la planificación (figura periodo 2024-20), y que en realidad se refiere al periodo 2024-30, con seguimientos anuales. Aquellas se pueden considerar adecuadas, pero los periodos de implementación son amplios, por lo que no resulta viable cotejar su resultado.

OM5: No se ha contemplado en el PAM, si bien se comprueba que se han resuelto las dos erratas.

OM6: Se recogen cuatro acciones de mejora, a desarrollar en el medio/ largo plazo. Globalmente consideradas presentan un esquema coherente y asumible para el logro del objetivo propuesto.

OM7 y 8: (Se abordan conjuntamente). En el marco de un proceso de actualización del SAIC, se propone un análisis metodológico del mecanismo actual de control de la documentación y los registros, que culmine en su caso con la elaboración de nuevos procedimientos vinculados a este objetivo. Se considera que es un compromiso no muy cerrado, pero al menos suficiente para lo sugerido en la oportunidad de mejora.

Como balance global, el equipo sugiere una decisión favorable a la certificación del SAIC de esta Facultad, motivada tanto por las diferentes fortalezas evidenciadas, el relativamente bajo número de las no conformidades y oportunidades detectadas, así como por la coherencia de las acciones de subsanación recogidas en el PAM presentado. Esto es a su vez compatible con que se solicite a la FMED que informe a ANECA de los resultados alcanzados, una vez aquellas se hayan desarrollado.

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



En Madrid, a 11 de septiembre de 2024

POR EL EQUIPO AUDITOR

D. José Antonio Pérez de la Calle
Cargo: Auditor Jefe