



AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN  
DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN


# PROGRAMA AUDIT

## INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

**UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y TERAPIA  
OCUPACIONAL**

**Fecha emisión informe: 19/ 05/ 17**

**V03**  
*(Tras revisión PAM)*

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	<b>INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y TERAPIA OCUPACIONAL. UNIV. DE EXTREMADURA</b>
	Fecha: 19/ 05/ 17

## DATOS DEL CENTRO AUDITADO

Universidad	U. de Extremadura (UEX)
Centro	Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional (FENTO)
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.
Fecha de la auditoría	16 de marzo de 2017

## TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

Preauditoría		Inicial	X	Seguimiento		Renovación	
--------------	--	---------	---	-------------	--	------------	--

Márquese con una "X" lo que proceda

## REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	Juan Carlos Preciado Rodríguez
Cargo	Vicerrector de Calidad de la Universidad de Extremadura
Tfno. y correo	vicecal@unex.es

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	Belén Floriano Pardal	Institución	U. Pablo Olavide
Aud. Formación	-	Institución	-

## INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría se desarrolló sin ninguna incidencia, y de acuerdo a la agenda pactada entre el equipo auditor y el centro auditado.

## 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		1.2.1. Disponer de sistemas de información para valorar las necesidades del Centro	
1.0.2. Grupos de interés implicados	1	1.2.2. Mecanismos para obtener y valorar información sobre los procesos anteriores	
1.0.3. Configuración del sistema para su despliegue	2	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		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	
1.1.1. Órganos y procedimientos para la mejora continua de los títulos		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	
1.1.4. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		1.3.2. Recogida de información sobre resultados de su personal académico	
1.1.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés		1.3.3. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	
1.1.6. Criterios para la eventual suspensión del título		1.3.4. Toma de decisiones relativas al acceso, evaluación y promoción	
<b>OBSERVACIONES:</b> Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas  Por cada subcriterio se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, 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		1.6.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y programas	
1.4.2. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		1.6.2. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.	
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			
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			
1.5.2. Recogida de información sobre resultados de aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de grupos de interés			
1.5.3. Mejora continua de los resultados y la fiabilidad de los datos utilizados			
1.5.4. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados			
1.5.5. Procesos de toma de decisiones relacionados con los resultados			
1.5.6. Implicación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados			
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	1.0.2	En contra de lo especificado en el requisito 1.0 del modelo AUDIT, no se evidencia un conocimiento suficiente de la Política y Objetivos de Calidad del centro por parte de los diferentes grupos de interés, en particular, estudiantes y PAS.	nc
2	1.0.3	<p>En contra de lo especificado en el Procedimiento de Control de Documentación y registro (PR/SO008_FENTO), se evidencia que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Procedimiento PR/SO006_FENTO, de realización de la encuesta de satisfacción de los estudiantes con las actividades docentes, presenta en su portada fechas de elaboración, revisión y aprobación de 2014, cuando en el apartado 11, Histórico de cambios, se expone que este documento está en edición 1.1, de fecha junio de 2016.</li> <li>• Una situación idéntica se presenta en el Procedimiento PR/SO008_FENTO, donde se afirma que el documento está en su 1.2 edición, de junio de 2016, pero en la portada se mantiene en sus casillas de elaborado, revisado y aprobado, mayo/ octubre de 2015.</li> <li>• El mismo comentario aplica para el Proceso P/ES005_FENTO: última fecha de aprobación, enero de 2017, mientras que en la portada aparece febrero de 2016.</li> <li>• Ídem, respecto al P/CL009_FENTO, ó el P/SO005_FENTO</li> <li>• En el proceso P/CL009_FENTO no se cumple que "todas las páginas irán numeradas correlativamente en el formato "Página X de y".</li> <li>• El código del Proceso P/CL0010_FENTO_V2 incluye una notación adicional no contemplada en la mecánica de codificación (V2)</li> <li>• No se recogen los registros de todos los procesos/procedimientos según lo especificado en el procedimiento PR/SO008. P. ej., en la hoja de registros no aparece ninguna de las evidencias definidas en el proceso P/CL011.</li> </ul>	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). Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SGIC, 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 SGIC, 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 SGIC 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 SGIC** *(excluyendo las no conformidades)*

Con carácter de recomendación y/o elemento de reflexión, se facilitan a la Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional (FENTO) de la UEX los siguientes aspectos relativos al propio SGIC y/o a la percepción de los grupos de interés respecto a las enseñanzas impartidas:

- De acuerdo a las opiniones manifestadas por los estudiantes del Grado en Enfermería, los planes/ fichas docentes que se suben a la web del campus virtual no siempre están suficientemente actualizados.
- Por otra parte, y de nuevo, en función de la opinión de este mismo colectivo, muchos de los recursos materiales utilizados para las prácticas de las asignaturas, estarían obsoletos (si se compara con los utilizados en los hospitales/ clínicas externas) y/o caducos, lo cual habría supuesto, en ocasiones, un problema para la realización de las prácticas externas y/o a posteriori, una vez insertados en el ámbito laboral.
- Los estudiantes del referido Grado en Enfermería, consideran que en muchas ocasiones, el tutor/a externo/a no lleva a cabo una supervisión y acompañamiento suficientes a las personas que se encuentran realizando las prácticas, hasta el punto de que serían ellos los que, con relativa frecuencia, deben buscar a las personas que les ayuden en este cometido, apelando a la buena voluntad de los trabajadores de los centros clínicos.
- La coordinación intercentros, particularmente en lo referido a la organización y realización de las prácticas externas de Enfermería, y también la coordinación entre departamentos, para la práctica docente, es percibida como una dificultad, tanto por el PDI como por el estudiantado.
- Se echa en falta, especialmente entre el colectivo de estudiantes, una mayor diversidad en la oferta de másteres que se imparten actualmente en la FENTO.
- Una parte significativa del PAS de la FENTO manifiesta una actitud distante, incluso de rechazo, hacia lo que tenga que ver con el SGIC, y en particular con el hecho de tener que asistir a las reuniones de las Comisiones de Garantía de Calidad de Centro ó Comisiones de Calidad de Titulación. Consideran que su aportación en dichas reuniones es casi nula, limitándose a ser los responsables de escribir las actas. Además se quejan del alto número de veces en que son convocados, así como de la obligatoriedad de su asistencia, siendo, en su opinión, un número relativamente bajo de personas, lo que les obligaría a descuidar otras tareas.
- La imagen del PDI entre el colectivo de egresados no resulta óptima. Así, se ha comentado que su docencia resultaba en bastantes casos (en torno a un 25 % de los profesores) claramente insatisfactoria, e incluso, que éstos les desanimaban de manera evidente, si trataban de presentar cualquier tipo de queja o reclamación.
- Con objeto de facilitar el seguimiento de los cambios en los procesos y procedimientos, se recomienda una descripción más detallada de los mismos en el resumen de ediciones.

### **FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SGIC** *(en su diseño e/o implementación)*

El equipo auditor ha detectado los siguientes puntos fuertes en el SGIC implantado en la FENTO de la UEX

- Aún sin ser un requisito del Modelo AUDIT, el Centro aplica un procedimiento corporativo de auditorías internas (PR/SO100\_UEx).
- Alta involucración y compromiso de la Dirección del Centro y el equipo del mismo, en el trabajo basado en la mejora continua que les ayude en la toma de decisiones y mejoras.
- La reciente puesta en marcha de una Comisión Externa, como foro estable de representación, que permite exponer los intereses e inquietudes tanto de la universidad como del ámbito de la empresa, y de la sociedad en general, y acercar en definitiva las competencias académicas adquiridas en las aulas, a las necesidades mostradas por los empleadores.
- El PDI del Centro, manifiesta un compromiso claro hacia el uso del SGIC. Se asume la documentación del sistema como una herramienta de trabajo, que les sirve para organizar la docencia, coordinar mejor sus actividades y también como guía de actuación para los profesores recién incorporados a la actividad docente.
- Los tutores externos de prácticas y los empleadores coinciden en realizar un balance positivo tanto de los conocimientos y competencias adquiridas por el alumnado tras su paso por las aulas, como de la actitud y aptitud que muestra cuando ingresa en las empresas, ya sea para la realización de prácticas curriculares, ya sea como nuevos empleados/as de aquellas.

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

No aplica.


### **GRADO DE CUMPLIMIENTO GLOBAL DE LOS APARTADOS QUE SERÍAN OBJETO DE RECONOCIMIENTO EN LA REACREDITACIÓN DE TÍTULOS**

Las directrices del Modelo de Evaluación de Acredita que serían objeto de reconocimiento en caso de certificación del centro que imparte las titulaciones, así como su interrelación con las directrices AUDIT correspondientes, se encuentran detalladas en el anexo 02 del Documento Marco Evaluación para la renovación de la acreditación de títulos oficiales de Grado, Máster y Doctorado Programa ACREDITA, descargable en la web de ANECA.

## PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Jesús María Lavado García	Decano
José María Morán García	Responsable SIGC
María Jiménez Palomares	Vicedecana Planificación Académica
Raúl Roncero Martín	Vicedecano de Estudiantes
María Trinidad Rodríguez Domínguez	Secretaria Académica
Rocío Yuste Tosina	Directora de Calidad de la UEX
Marta Isabel Carreiras Ferreira	Estudiante de 2º Terapia Ocupacional
Julio Carmona Blesa	Estudiante de 4º Enfermería
Concepción Rodríguez Testón	Estudiante de 4º Enfermería
Natalia González Guerrero	Estudiante de 3º Terapia Ocupacional
Ángela Robles Carrasco	Estudiante de . 3º Terapia Ocupacional
Luis Miguel Garrido Díaz	Estudiante de 1º Terapia Ocupacional
Vanessa Salado Medina	Estudiante de Máster Universitario CCSS
Sergio Morales Galván	Estudiante de 1º Enfermería
Lourdes Expósito Alburquerque	Biblioteca
Purificación Delgado Luceño	Laboratorios
Javier Iglesias Martín	Mantenimiento Web
Carmen Corbacho Bustamante	Administradora
Miguel Ángel Mateos Corrales	Conserjería
Arantxa Martín Barrantes	Administración
Leonor Holgado Luján	Conserjería
Joaquín Corrales Carpallo	Administración
Marina Ramajo Holgado	Conserjería
Carlos Alexis Chimpén López	PDI. Terapia Ocupacional (Asociado TP)

Pablo Sánchez García	PDI. Terapia Ocupacional (Asociado TP)
Cristina Franco Antonio	PDI. Enfermería (Asociado TP)
Adela Gómez Luque	PDI. Enfermería (Sustituto)
Alfonso Ramos Cantariño	PDI. Terapia Ocupacional. (T.U.)
Julián Fernando Calderón García	PDI. Enfermería. (T.U.)
María Trinidad Rodríguez Domínguez	Coordinador Comisión de Calidad. T. Ocupacional
Raúl Roncero Martín	Coordinador Comisión de Calidad. Enfermería
Juan Diego Pedrera Zamorano	Coordinador Comisión de Calidad. MUI CC Sociosanitarias
Miguel Ángel Mateos Corrales	Coordinador Comisión de Calidad. Personal de Administración y Servicios
María Auxiliadora García Vera	Representante de Estudiantes en Comisión de Garantía Interna de Calidad.
Gloria Fuentes Carrillo	Egresado de MUI
Marta Acedo Mejías	Egresado de MUI
Olga Leal Hernández	Egresado de Enfermería
Rafael Fernández Peseguero	Egresado de Enfermería
Patricia Maestre Mateos	Egresado de Terapia Ocupacional
Alicia Gibello Rufo	Egresado de Terapia Ocupacional
María Jesús Gutiérrez Domínguez	Egresado de Terapia Ocupacional
Antonio Cruz Macías	Tutor externo prácticas/ empleador. (Enfermería)
Javier Domínguez Iglesias	Tutor externo prácticas/ empleador. (Enfermería)
María Luz Sánchez Calvarro	Tutor externo prácticas/ empleador. (Enfermería)
María del Campo Román Bachiller	Tutor externo prácticas/ empleador. (Terapia Ocupacional)
Antonio María Flores Nieto	Tutor externo prácticas/ empleador. (Terapia Ocupacional)

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	<p><b>INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y TERAPIA OCUPACIONAL. UNIV. DE EXTREMADURA</b></p> <p>Fecha: 19/ 05/ 17</p>
---	--

Nieves Gómez Trinidad	Tutor externo prácticas/ empleador. (Terapia Ocupacional)
Raquel Rodríguez Llanos	Tutor externo prácticas/ empleador. (Enfermería)

## EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
---	---

## DISPOSICIÓN FINAL

VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)	
<p><b>El equipo auditor de la Agencia certificadora, una vez examinado el SGIC 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)</b></p>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>FAVORABLE</b>
<input type="checkbox"/>	<b>DESFAVORABLE</b>

- (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 de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)
<p>En fecha 18/ 05/17 se hace llegar desde el Vicerrectorado de Calidad de la UEX, el Plan de Acciones de Mejora (PAM) de la FENTO, elaborado en respuesta al informe de auditoría externa, en su V02, que responde a las alegaciones recibidas en fecha 27/04/17.</p> <p>Analizado dicho PAM, se concluye que se ha efectuado un análisis detallado de las causas que han provocado las dos no conformidades señaladas en el informe, o en su caso, las oportunidades de mejora u observaciones generales, y, fruto de aquel, se ha previsto la realización de diferentes acciones que buscan solucionar o mejorar su situación actual. De acuerdo a la propuesta del documento, las acciones prevén fechas de resolución inmediatas, en el caso de las relativas a las no conformidades en el control de la documentación del SGIC, o bien que comenzarán al inicio del siguiente curso académico, y se implementarán, en su caso, a lo largo de aquel.</p> <p>La no conformidad relativa al escaso conocimiento de la política y objetivos de calidad de una parte de los grupos de interés, es un problema transversal, y se asume que su mejora es un reto complejo, y de implementación a medio-largo plazo.</p> <p>Respecto a las observaciones de mejora, se aporta una serie de acciones que previsiblemente (pues se desarrollarán a lo largo del siguiente curso académico) deben contribuir, razonablemente, a mejorar la percepción general que los grupos de interés tienen respecto al funcionamiento del Centro.</p>

### **JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)**

El hecho de que este documento haya sido analizado y visado por el Vicerrector de Calidad de la UEX, supone un motivo añadido para otorgar credibilidad a las acciones de mejora, que aún están pendientes de realización.

Valorado en su conjunto, se pone de manifiesto que el Centro ha obtenido un bajo número de no conformidades, y ambas de carácter transversal a los cuatro centros auditados. Las oportunidades y observaciones recogidas en el informe de auditoría señalan que existe un camino de mejora para el Centro, pero en todo caso, y a juicio del equipo auditor, el SGIC está implantado, al menos al nivel mínimo exigible a los Centros que solicitan su auditoría externa por primera vez.

- (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.

#### **Por el equipo auditor (1)**



José Antonio Pérez de La Calle  
Cargo: Auditor jefe

*(1) Auditor de mayor rango del equipo*