



PROGRAMA AUDIT INTERNACIONAL

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad de Cantabria (UC)
Centro	Facultad de Enfermería
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	28 de abril de 2023

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. Pedro Gil Sopeña
Cargo	Coordinador Técnico de Organización y Calidad
Tfno. y correo	942 201 066 / pedro.gil@unican.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	Sonia Corujo Capote	Institución	Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
Auditor	Gloria Zaballa Pérez	Institución	Universidad de Deusto
Aud. Formación		Institución	

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La visita, en general, se ha desarrollado sin incidencias, aunque hubo algún problema a la hora de conectar con el estudiantado a través de Teams, que se resolvió enseguida, ya que esta sesión se llevó a cabo virtualmente. Al igual que en la Comisión de Calidad de la UC, que la representante del egreso se conectó vía on-line, pero, en este caso y en todo momento, se tuvo buena conexión. De todas formas, se han podido completar todas las entrevistas previstas en la agenda consensuada entre el Área de Calidad, la Facultad de Enfermería y el equipo auditor.

La organización de la visita por parte de la Universidad y la Facultad ha sido altamente 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.



INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

El Área de Calidad ha colaborado activamente facilitando evidencias y enlaces a la documentación y registros del SGIC que permitieron llevar a cabo la revisión documental previa a la visita de auditoría.

Se debe tener en cuenta que el diseño del SGIC que se implanta en la Facultad de Enfermería cuenta con un Manual de Procedimientos Generales y una estructura organizativa institucional que afecta a todos los centros de la UC. Por esta razón la entrevista a los colectivos que se describen a continuación se ha realizado en las Facultades indicadas y afectan a la auditoría de los dos centros:

- Área de Calidad de la UC. La entrevista se desarrolló durante la visita de auditoría en la Facultad de Medicina.
- Comisión de Calidad de la UC. La entrevista se desarrolló durante la visita de auditoría en la Facultad de Enfermería.

La visita a las instalaciones de la Facultad ha permitido constatar la existencia de recursos adecuados para la correcta impartición de las titulaciones de la Facultad, así como para el apropiado desarrollo de la gestión en el Centro.

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. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad	No Conf.	3. Cómo el Centro orienta sus 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. Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje	
1.4. Difusión y conocimiento por los grupos de interés		3.4. Mecanismos que regulen y difundan las normativas que afectan a los estudiantes	
1.5. Configuración del sistema para su despliegue		3.5. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico	No Conf.
2. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos	No Conf.	4.1. Revisión de la política institucional sobre personal académico	
2.1. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos		4.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal académico	
2.2. Alineación de los planes de estudios con su estrategia y las necesidades sociales		4.3. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico	
2.3. Órganos, grupos y procedimientos para la mejora continua de los títulos durante su ciclo de vida	1	4.4. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	
2.4. Mecanismos para valorar el mantenimiento y relevancia de su oferta formativa		4.5. Procesos de toma de decisión en las actividades que afectan directamente al personal académico	
2.5. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		4.6. Mecanismos de refuerzo y mejora en el rol docente e investigador del personal académico	
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 detectadas • Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices 			

(Sigue)

Criterio AUDIT	Criterio AUDIT
----------------	----------------

5. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos y servicios (PAS)	No Conf.	7. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones y otras actividades	No Conf.
5.1. Revisión de la política institucional y actuaciones de mejora sobre el PAS		7.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y otras actividades	
5.2. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios		7.2. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de información sobre los títulos	
5.3. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		7.3. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.	
5.4. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios		7.4. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	
5.5. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		7.5. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos	
5.6. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios		8. Cómo el Centro garantiza el mantenimiento y actualización del SAIC	No Conf.
6. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados	No Conf.	8.1. Procedimiento de control, revisión y mejora continua del SAIC	
6.1. Mecanismos que evalúen los procesos de toma de decisiones sobre los resultados del SAIC		8.2. Participación de los grupos de interés en el diseño, implantación y mantenimiento del SAIC	
6.2. Participación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados		8.3. Procedimiento para el acceso a la documentación del SAIC y su adecuada descripción del Centro	
6.3. Mecanismos válidos de recogida de información sobre resultados del SAIC	3	8.4. Conocimiento operativo del SAIC por los grupos de interés	
6.4. Revisión y mejora de los indicadores y de los sistemas de análisis utilizados	2	8.5. Conservación de los registros generados por el SAIC	
6.5. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados de los procesos del SAIC		8.6. Procedimiento para el desarrollo de auditorías internas periódicas al SAIC	
6.6. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos		8.7. Evaluación externa periódica del SAIC	

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
01	2.3	<p>En contra de lo establecido en el Manual General de Procedimientos del SGIC (MGP-SGIC), en el P1-4. Adaptaciones a los centros y titulaciones, en el MSGIC de la Facultad de Enfermería, por un lado, en el apartado de <i>Responsabilidades y funciones de los órganos de gestión y gobierno</i>, aparece la Coordinadora del Máster en Gestión Integral e Investigación de las Heridas Crónicas, que ya no tiene competencias en el SGIC porque el título fue extinguido desde julio de 2022.</p> <p>Por otro lado, no aparecen descritas todas las comisiones del centro que intervienen en los diferentes procesos de la actividad académica o algunas de sus funciones, como es la Comisión de Horarios y la Comisión Permanente o faltan añadir las funciones que tiene la Comisión de Posgrado sobre el Trabajo Fin de Máster.</p>	nc
02	6.4	<p>En contra de lo establecido en el P10-1. Análisis de la información: (...) <i>el análisis de toda la información que realicen las Comisiones de Calidad debe traducirse en propuestas de mejora de los planes de estudio (...)</i>, en los planes de mejora de los títulos y del centro no se encuentran recogidas muchas de las propuestas de mejora detectadas en los informes de los responsables de los títulos.</p>	nc
03	6.3	<p>Aunque en la Facultad de Enfermería existe una relación estrecha con instituciones o empresas relacionadas con el ámbito de conocimiento de sus títulos y se aplican mecanismos de consulta para conocer la opinión de los tutores de prácticas, desde el Área de Calidad no se están llevando a cabo estudios sistemáticos con los empleadores, tal y como establece una de las funciones de dicha unidad: <i>Elaborar estudios de satisfacción de todos los colectivos implicados en la actividad académica de la institución (Estudiantes, Profesorado, PAS, Egresados y Empleadores)</i>.</p>	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: Definir claramente el órgano responsable de aprobar la Política y objetivos de Calidad en el centro y sus sucesivas modificaciones. Según el MSGIC de la Facultad, dicho documento debe ser definido por la Comisión de Calidad de Grado y Posgrado (CCGP) y aprobado en Junta de Facultad. Aun así, la Política y objetivos de calidad fue aprobada en Junta de Facultad en noviembre de 2021 y su posterior modificación, de octubre de 2022, no pasó a ser aprobada por este órgano, sino por la CCGP.

Estas responsabilidades, también contradice lo establecido en el P2-1 del MGP-SGIC que dice lo siguiente: *"La Comisión de Calidad de Centro definirá, aprobará y difundirá su propia política y objetivos de calidad, de acuerdo con el modelo definido en el Anexo P2-1-1 del MGP-SGIC"*.

OM2: Recoger en el procedimiento P2-2. Estructura de responsabilidad del SGIC la composición de las comisiones de calidad que actúan indistintamente como comisión de calidad de centro y de titulación. La CCGP de la Facultad de Enfermería actúa como comisión de calidad del centro, pero no la preside el Decano, tal y como establece dicho procedimiento: *"Las Comisiones de Calidad de Centro están compuestas por el Decano/Director del Centro, que la presidirá"* (pág. 2).

OM3: Aunque en el equipo decanal de la Facultad existe un Vicedecano de Intercambio, Internacionalización y Calidad, las competencias sobre calidad que se le atribuyen son las mismas que las de la Decana y la Vicedecana de estudios de Grado, por lo que se recomienda revisar dichas funciones o competencias.

OM4: Establecer una planificación que permita un adecuado despliegue de los objetivos definidos en la Política de calidad del centro (acciones definidas, responsables, periodos, indicadores...).

OM5: Teniendo en cuenta que el centro actualmente solo dispone de un único Informe final del SGIC (el correspondiente al 2021-2022), garantizar en el futuro que se atiende a lo establecido en el P10 -2. Acciones de mejora, donde se establece lo siguiente: *Las Comisiones de Calidad de Título llevarán un registro de las acciones de mejora, con el fin de analizar su cumplimiento y la efectividad de los Planes de Mejora. Este seguimiento formará parte del Informe Final del SGIC de las Titulaciones.*

Actualmente, no se ha podido comprobar en dicho Informe, por ejemplo, el seguimiento del plan de mejora derivadas de la auditoría interna, aunque se ha constatado que muchas de estas acciones han sido ejecutadas.

OM6: Garantizar la trazabilidad de las acciones de mejora, recogidas en los Planes de Mejora, para que contengan la resolución a las debilidades detectadas e informadas a través de los Informes finales del centro y las titulaciones.

OM7: Teniendo en cuenta que en los Informes finales del SGIC no aparece el resultado y análisis de todos los indicadores establecidos en los procedimientos, en el apartado *Seguimiento y Medición: indicadores*, analizar dicha información periódicamente con el propósito de comprobar la efectividad y eficacia del SGIC implantado en la Facultad.

OM8: Fomentar la participación de todos los grupos de interés en las encuestas de satisfacción.

OM9: Impulsar la implantación del DOCENTIA como herramienta de evaluación y mejora del PDI, tal y como se recoge en los objetivos del plan de mejoras 2021-2022 de la UC.

OM10: Revisar en el Reglamento de funcionamiento de la CCGP la periodicidad establecida para reunirse dicha comisión. En el Título IV. Reuniones de la Comisión, se dice que debe reunirse, al menos, una vez cada trimestre cuando debe decir cuatrimestre.

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

OM11: Revisar y actualizar el diseño del SGIC atendiendo especialmente a los siguientes aspectos:

- En el MGP-SGIC y, por consecuencia, en el Manual del SGIC de la Facultad de Enfermería, se repite muchas veces la misma información en el procedimiento y procesos, por lo que se recomienda simplificar el SGIC y que se adapte mejor a la realidad del centro.
- Debido a la evolución del SGIC en la UC, en algunos procedimientos del MGP-SGIC se alude a Manuales del SGIC de las titulaciones cuando debe ser de centro.
- Los indicadores establecidos en el apartado de los procedimientos, *Seguimiento y medición: indicadores*, no siempre están diseñados para medir el objeto del procedimiento.
- La mayoría de los indicadores definidos para medir la efectividad del SGIC recogen información a nivel título y no a nivel centro.
- Las referencias a las normativas deben estar actualizadas, por ejemplo, RD 822/2021 en vez de 1393/2007.
- El Anexo P2-1-1 Declaración pública de la política de calidad del centro, documento por el que se basa la Facultad para definir su política y objetivos de calidad, data de noviembre de 2008. Asimismo, la Política y Objetivos de Calidad de la UC y el Plan estratégico datan de fechas posteriores (la política de 2018 y el plan desde 2019-2023). La política y objetivos del centro debe estar alineada con dichos documentos, por lo que sería conveniente actualizar el anexo para garantizar la relación entre el contenido de los documentos.
- Los formatos establecidos para elaborar el plan de mejoras no incluyen aspectos como, por ejemplo, el análisis de las causas que establecen la mejora, el proceso de evaluación, análisis o auditoría del que derivan, la meta e indicadores que permitan medir el logro de dicha acción. Esto facilitaría el seguimiento de las mejoras y su trazabilidad.
- Aunque los procedimientos cuentan con un apartado de control de cambios en el que se recoge el número de las últimas versiones del documento, la fecha de aprobación y las últimas modificaciones, no se ha podido evidenciar el índice de versiones que se describe en el P1-SGIC de la UC.
- En el MSGIC de la Facultad de Enfermería no se contemplan las sucesivas modificaciones que se han llevado a cabo con respecto a la versión anterior.

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

1. La implicación del equipo decanal para facilitar y fomentar el desarrollo de los procesos de calidad en la Facultad.
2. Se evidencia un alto compromiso en la gestión y difusión de la Política y objetivos de calidad, tanto por parte de la Comisión de Calidad de la UC como por la CCGP.
3. El soporte realizado a la CCGP por parte del Área de Calidad y del Técnico de Calidad del centro.
4. La cercanía del Equipo Decanal y el PDI con el estudiantado.
5. La relación y la comunicación fluida entre el PAS de los distintos servicios del centro (secretaría, conserjería, departamentos, biblioteca...).
6. La activa participación de los egresados en la toma de decisiones, en la Comisión de Calidad de la UC y en la CCGP.
7. El vínculo con el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla para el desarrollo de las prácticas clínicas.



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

No aplica.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Dña. Cristina Blanco Fraile	Decana y responsable del Prácticum de la CCGP
Dña. Raquel Sarabia Lavín	Vicedecana de Estudios de Grado y miembro de la CCGP
D. Francisco José Amo Setien	Vicedecano de Intercambio, Internacionalización y Calidad y miembro de la CCGP
Dña. María Paz Zulueta	Coordinadora del Máster y Presidenta de la Comisión de Posgrado y miembro de la CCGP
Dña. Vanesa Bahillo Puente	PAS. Administradora Dpto Enfermería
D. Ángel Revuelta Pérez	PAS. Auxiliar de biblioteca
Dña. Isabel Briñas de la Fuente	PAS. Conserje
D. Fernando Gutiérrez Altónaga	PAS. Administración Facultad
Dña. Carmen Díez García	PAS. Secretaría de decanato
Dña. Mercedes Lázaro Otero	Personal docente e investigador (PDI)
Dña. Paula Parás Bravo	Personal docente e investigador (PDI)
Dña. Carmen Sarabia Cobo	Personal docente e investigador (PDI)
D. Manuel Herrero Montes	Personal docente e investigador (PDI)
D. Roser Fernández Peña	Personal docente e investigador (PDI)
Dña. Carolina Lechosa Muñiz	Personal docente e investigador (PDI)
Dña. Mónica Vargas Elorriaga	Estudiantes
D. Rubén López Víbora	Estudiantes
Dña. Lucía Rivero Ramírez	Estudiantes
Dña. Sara Durán Robles	Estudiantes
Dña. Celia Gutiérrez Villegas	Egresada
Dña. Laura Carolina Niño Ramírez	Egresada
D. Óscar Gutiérrez Sánchez	Egresado

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Dña. Raquel Fidalgo	Egresada
D. Ernesto Anabitarte Cano	Vicerrector de Ordenación Académica y Profesorado – Presidente de la Comisión de Calidad de la UNICAN
D. Javier García Sahagún	Vicegerente de Organización – PAS de la Comisión de Calidad de la UNICAN
Dña. Elena Álvarez Saiz	Directora de Área de Ordenación Académica y miembro de la Comisión de Calidad de la UNICAN
D. Alfredo Trueba Ruiz	ETS de Náutica – PDI de la Comisión de Calidad de la UNICAN
Dña. Milagros Canga Villegas	ETS de Caminos, Canales y Puertos – PDI de la Comisión de Calidad de la UNICAN
D. Ramón Núñez Sánchez	Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales – PDI de la Comisión de Calidad de la UNICAN
D. Miguel Gurrea Ruiz	Estudiante de la Comisión de Calidad de la UNICAN
Dña. María Gómez Cobo	Egresada de la Comisión de Calidad de la UNICAN
Dña. Gema García	Tutor externo de prácticas y empleadores. Directora de enfermería HUV
Dña. Silvia Alonso	Tutor externo de prácticas y empleadores. Supervisora área Urgencias HUMV y tutora
Dña. M ^o Ángeles Carbajo	Tutor externo de prácticas y empleadores. Directora Enfermería Padre Menni
D. Faustino González	Tutor externo de prácticas y empleadores. Responsable formación y calidad HUMV
Dña. María José Noriega Borge	Presidenta de la Comisión de Calidad de Grado y Posgrado (CCGP)
Dña. María Madrazo Pérez	Profesora de Grado de la CCGP
D. Miguel Santibañez Margüello	Profesor del Máster en Investigación en Cuidados de Salud de la CCGP
Dña. Beatrice Dobrin	Representante de los alumnos de la CCGP
Dña. Paula González Salmón	Egresada de la CCGP



**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA
FACULTAD DE ENFERMERÍA. UNIV. DE CANTABRIA**

Versión: 02

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
D. Javier Abril Martín	Técnico en Organización y Calidad. Secretario de la CCGP

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)

La Facultad de Enfermería de la UC ha desarrollado un Plan de acciones de mejora (PAM) con el propósito de subsanar todas las no conformidades menores y las oportunidades indicadas en el Informe de auditoría, emitido por el equipo auditor en mayo de 2023. En general, las acciones propuestas y sus periodos de ejecución se consideran adecuados. A continuación, se justifica dicho argumento por cada una de las nc u OM planteadas en este informe:

- **nc1:** Se consideran adecuadas las medidas que se llevarán a cabo para subsanar esta nc en este mes de junio de 2023, modificando el diseño del MSGIC de la Facultad para que contemple las *Responsabilidades y funciones de los órganos de gestión y gobierno* que actualmente componen la estructura organizativa del centro y se ajuste a lo establecido en el Manual General de Procedimientos del SGIC (MGP-SGIC), en el P1-4. Adaptaciones a los centros y titulaciones.
- **nc2:** Se consideran oportunas las acciones que se desplegarán en el diseño de los informes de títulos y de centro, donde se incluirá un cuadro de análisis que les permita indicar si alguna de las propuestas de mejora señaladas en los informes de los responsables de las titulaciones se considera como realizada y no es necesaria su inclusión en los planes de mejora. Dicha medida evitará la confusión y se ajustará a lo establecido en el P10-1. Análisis de la información: (...) *el análisis de toda la información que realicen las Comisiones de Calidad debe traducirse en propuestas de mejora de los planes de estudio (...)*.
- **nc3.** Se consideran oportunas las acciones que se llevarán a cabo en septiembre de 2023, en los que la UC, a través del Área de Calidad y SU Comisión de Calidad, revisarán los procedimientos y establecerán mecanismos para que el centro pueda disponer de información sobre la opinión de los empleadores, específicamente, y no solo a través de la opinión de los tutores de prácticas, tal y como establece una de las funciones del Área de Calidad (*Elaborar estudios de satisfacción de todos los colectivos implicados en la actividad académica de la institución (Estudiantes, Profesorado, PAS, Egresados y Empleadores)*).

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

- **OM1.** Se consideran adecuadas estas acciones que mejorarán la redacción de los documentos, con el propósito de establecer de forma clara los órganos responsables de la definición y aprobación de la Política de Calidad en el centro, evitando diferentes interpretaciones al respecto.
- **OM2.** Se consideran oportunas las acciones que se llevarán a cabo en el diseño del P2-2. Estructura de responsabilidad del SGIC, donde se contemple como una excepción el caso específico de aquellos centros en los que tienen una única comisión de calidad, que abarca tanto títulos como centro. Esta especificidad evitará incongruencias entre lo establecido en el Manual general de procedimientos y la estructura organizativa para la gestión de la calidad en el centro.
- **OM3.** Se consideran adecuadas las acciones que se llevarán a cabo en el diseño del MSGIC para clarificar las funciones del Vicedecano de Intercambio, Internacionalización y Calidad.
- **OM4.** Se consideran oportunas las acciones de mejora que se desplegarán en el futuro diseño del Informe Final del centro donde se incluirá una planificación detallada de los objetivos de calidad, facilitándoles su posterior despliegue.
- **OM5.** Se consideran adecuadas las acciones que se desplegarán en los futuros diseños de los planes de mejora donde se contemplarán todas las propuestas derivadas de la implantación del SGIC y, asimismo, las derivadas de los informes de evaluación/auditorías externas.
- **OM6.** Se consideran adecuadas las medidas que se tomarán desde el Vicerrectorado con competencias en calidad de la UC para garantizar tanto la trazabilidad de las mejoras como el análisis del estado de los indicadores asociados.
- **OM7.** Se considera apropiado revisar el diseño del Manual General de Procedimientos del SGIC y el MSGIC de la Facultad para comprobar si los indicadores establecidos son pertinentes y les permiten comprobar la efectividad y eficacia del SGIC implantado en la Facultad.
- **OM8.** Se consideran adecuadas las diferentes acciones de difusión que se plantea el centro para aumentar la participación de los diferentes grupos de interés en las encuestas de satisfacción. Se valora que, además de hacer hincapié en la difusión a través de la web y correo electrónicos, se recurra a las redes sociales.
- **OM9.** Se consideran adecuadas las acciones que llevará a cabo la UC para diseñar un modelo de excelencia docente, comenzando por tener un borrador del programa a finales de este año, 2023.
- **OM10.** Se comprueba la ejecución de esta oportunidad de mejora y se elimina de la V02 del Informe.
- **OM11.** Se considera una acción adecuada subsanar esta errata en la próxima actualización del MSGIC de la Facultad, previsto para este mes de junio de 2023.
- **OM12.** Se consideran adecuadas las acciones y el periodo en el que tienen previsto actualizar el Manual General de Procedimientos del SGIC, adaptándolo a las nuevas normativas, eliminando referencias repetidas, etc.

Como se ha dicho al inicio de este apartado, el PAM desarrollado por la Facultad está orientado a subsanar los hallazgos detectados en el Informe de auditoría (nc y OM) en un periodo corto de tiempo, ya que como se puede observar la mayoría responden a una revisión y actualización del diseño de los documentos (procedimientos, informes, planificaciones, ...) para ajustarlos mejor a la realidad del centro y aclarar aspectos que eviten diferentes interpretaciones.

Se valora el esfuerzo realizado por los responsables de la UC, en general, y de la Facultad, en particular, en atender todas las recomendaciones.

- (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 06 de junio de 2023

POR EL EQUIPO AUDITOR

D^a. Sonia Corujo Capote
Cargo: Auditora Jefa