




# **PROGRAMA AUDIT**

## **INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA**

**UNIVERSIDAD EUROPEA DE CANARIAS  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Fecha emisión informe: 13/6/2022**

**Versión 2 una vez revisado el plan de acciones de mejora**

	<b>INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIV. EUROPEA DE CANARIAS</b> Fecha: 5/05/2022
---	--

## DATOS DEL CENTRO AUDITADO

<b>Universidad</b>	Universidad Europea de Canarias
<b>Centro</b>	Facultad de Ciencias de la Salud
<b>Alcance de la auditoría</b> (especificar cualquier posible exclusión)	Todos los procesos recogidos dentro del alcance de su SAIC.
<b>Fecha de la auditoría</b>	27 de abril de 2022

## TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

<b>Preauditoría</b>		<b>Inicial</b>	<b>x</b>	<b>Seguimiento</b>		<b>Renovación</b>	
---------------------	--	----------------	----------	--------------------	--	-------------------	--

## REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

<b>Nombre</b>	Doali Rodríguez
<b>Cargo</b>	Responsable de Calidad y Compliance Académico
<b>Tfno. y/o correo</b>	+34 608 442 680 <a href="mailto:mariadoali.rodriguez@universidadeuropea.es">mariadoali.rodriguez@universidadeuropea.es</a>

## DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

<b>Auditor Jefe</b>	Alberto A. Suárez	<b>Institución</b>	Universidad de Oviedo
<b>Auditora</b>	Mar Egea Mota	<b>Institución</b>	Universidad Complutense de Madrid



## INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Los **objetivos** de la **auditoría** se han **alcanzado** y se ha desarrollado **sin ninguna incidencia**, y de acuerdo con la agenda planificada entre el equipo de la Universidad y el equipo auditor.

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.

Una vez realizada la visita a las **instalaciones** se consideran **adecuadas**.

Hay que destacar la **participación de las personas** que han asistido a las **entrevistas planificadas**, así como las facilidades que desde la Universidad han proporcionado al equipo auditor para la preparación y desarrollo de la auditoría.



## 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	2
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
1.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés	1	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		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	1	4.7. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	1
<b>OBSERVACIONES:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices</li></ul>	

(Sigue)



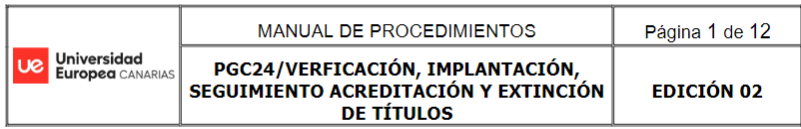
**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC  
IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA  
SALUD UNIV. EUROPEA DE CANARIAS**  
Fecha: 13/06/2022

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
<b>5. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos y servicios (PAS)</b>	<b>No Conf.</b>	<b>7. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones y otras actividades</b>	<b>No Conf.</b>
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.	<b>3</b>
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	<b>1</b>
5.6. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios	<b>1</b>	<b>8. Cómo el Centro garantiza el mantenimiento y actualización del SAIC</b>	<b>No Conf.</b>
<b>6. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados</b>	<b>No Conf.</b>	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	<b>4</b>
6.3. Mecanismos válidos de recogida de información sobre resultados del SAIC		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		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	<b>5</b>
6.6. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos	<b>1</b>	8.7. Evaluación externa periódica del SAIC	

## DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1 <sup>1</sup>	1.6 2.6 3.5 4.7 5.6 6.6 7.5	La Facultad no tiene implementado eficazmente una sistemática definida que identifique claramente quién se encarga de la <b>rendición de cuentas</b> , cómo hacerla y cuándo.  En este sentido, se debe poder evidenciar, de forma concreta, <b>la sistemática seguida en la rendición de cuentas a los grupos de interés</b> en relación con: (1) el cumplimiento de la política y objetivos de calidad de la Facultad; (2) el diseño, organización, desarrollo, revisión y mejora de las enseñanzas que imparte; (3) los resultados del proceso de enseñanza-aprendizaje orientado a los estudiantes; (4) los resultados de la aplicación de la política de personal docente e investigador; (5) la adecuación, nivel de uso y grado de satisfacción de los usuarios respecto a los recursos y servicios de apoyo puestos a su disposición; (6) los resultados obtenidos de los procesos del SAIC; (7) los resultados de la publicación y difusión de la información sobre los títulos y otras actividades relacionadas desarrolladas por la Facultad.	NCM
2	3.1	No se evidencia la existencia de un <b>sistema que permita recoger, valorar y utilizar la información</b> sobre las necesidades de apoyo y orientación del estudiantado del Centro, de acuerdo a su diversidad, y con objeto de diseñar, aplicar y establecer acciones de mejora periódicas en materia de <b>movilidad</b> , en concreto p.e. <b>estudiantado incoming</b> .	nc
3	7.3	El <b>plan de comunicación no evidencia</b> la ejecución en cada ciclo de gestión, es decir, no se demuestra la participación real y eficaz de los <b>grupos de interés</b> correspondientes en: (1) la definición, implantación, revisión y mejora de la política y objetivos de calidad; (2) el diseño, desarrollo y mejora de los procesos relacionados con el aprendizaje de los estudiantes; (3) la definición, desarrollo y actualización de la política de personal académico y de apoyo a la docencia; (4) la gestión de recursos materiales y en la prestación de servicios; (5) el proceso de medición, análisis y mejora de los resultados; (6) el diseño, implantación y mantenimiento del SAIC.	nc

<sup>1</sup> **Nota aclaratoria.** Las 4 primeras no conformidades son comunes a los 3 centros auditados, Facultad de Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias de la Salud y la Escuela de Arquitectura.

4	8.3	<p><b>No se encuentra actualizado el procedimiento</b> PGC24 de verificación, implantación, seguimiento acreditación y extinción de títulos con la documentación de referencia del Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad.</p> <p>En la página 4 de 12 del mismo se dice "transcurridos seis años desde su última acreditación y en el caso de los títulos de Máster de Posgrado, antes de cuatro años".</p> <div data-bbox="475 703 1279 831" data-label="Image">  </div> <p>Aunque se ha actualizado el documento durante la visita, se mantiene la no conformidad para que se analicen las causas y se tomen las medidas para que no se repita.</p> <p>Nota. - Existe una errata en el título del procedimiento falta la "i" en la palabra verificación.</p>	nc
5	8.6	<p>No se evidencia de manera objetiva que la <b>auditoría interna</b> 2020 realizada, muestral y no por Centro, <b>permita evaluar el grado de implantación real del SAIC en la Facultad</b> en contra de lo establecido en directriz 8.6 del modelo Audit.</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.

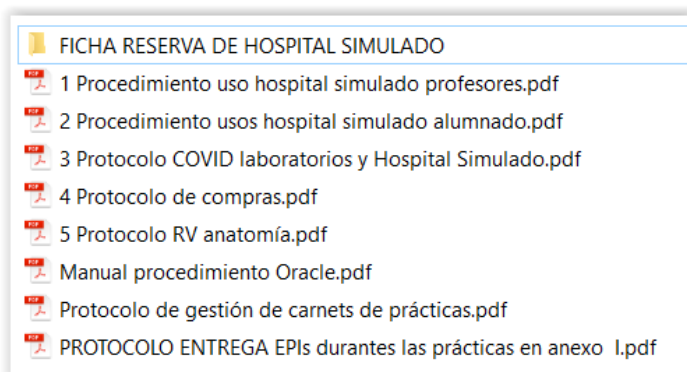
Será en su tercera y definitiva versión, aquella que se elabora por el equipo auditor tras proceder al análisis del PAM (Plan de Acciones de Mejora), donde sí cabe incorporar (capítulo de "Disposición final") valoraciones no solo basadas en compromisos de acciones futuras, sino también en las evidencias 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. Mejorar el **enfoque a la Facultad** de la implantación de la documentación del Sistema de Garantía Interno de la Calidad (SGIC), ahora mismo muy focalizado en el título.
- OM2. Favorecer la difusión de las actuaciones de la Facultad en un **informe a Centro/Dirección** donde se recojan de una manera unificada la principal información analizada y las decisiones tomadas.
- OM3. Mejorar la **participación sistemática del estudiantado** en los órganos de decisión de la Facultad.
- OM4. **Mejorar la tasa de respuesta** en algunos títulos de la encuesta de satisfacción con el profesorado/asignatura.
- OM5. **Reducir el tiempo de conservación** de la **documentación** del SGIC. Ahora aparece indefinido, lo que parece excesivo.
- OM6. La **integración** de los múltiples **sistemas de información** de que dispone la universidad.
- OM7. Mejorar la **interrelación entre los Servicios de apoyo** para mejorar la comunicación interna/externa, por ejemplo, agilizar/mejorar el tiempo de respuesta en la solución de las incidencias informáticas reportadas por Coordinación de Sistemas.
- OM8. **Valorar incluir instrucciones/protocolos** en el PGC 14 relativos p.e. a las tareas de los asesores de admisión para evitar confusión entre la información comercial y la académica.
- OM9. El diseño e implantación de la **carta de servicios** para los servicios de apoyo de la Facultad y la definición de los compromisos de calidad.
- OM10. Mejorar el **informe de quejas y sugerencias** para que se pueda **analizar** fácilmente a nivel de **Centro**.
- OM11. **Buzón de quejas y sugerencias accesible a toda la comunidad universitaria** y no sólo dirigido a la comunicación de trámites administrativos del estudiantado en intranet; en la misma línea, ampliar actuación de la Defensora al resto de colectivos.
- OM12. Mejorar los **informes de resultados** que se publican en la **web** del título, que son documentos en formato pdf, pudiéndose mejorar su visualización (y se podrían realizar **más visuales**) con herramientas del tipo PowerBI.
- OM13. **Mejorar la gestión administrativa** en algunos títulos, p.e. MU en Psicología General Sanitaria **en cuanto la comunicación** con el estudiantado, la información proporcionada y la gestión de los pagos.
- OM14. Revisar para el grado en **fisioterapia** el aviso/comunicación de la **organización de las prácticas** para la planificación del estudiantado.
- OM15. Incluir en los documentos la imagen corporativa de la Universidad (**logo**) para la correcta identificación y la generación de la marca, como por ejemplo en los documentos de los planes de mejora.

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

OM16. **Incorporar** al SGIC la **documentación propia del Hospital simulado** como documentación específica de la Facultad.



*Ejemplo de la documentación que se podría incorporar, según se ha revisado en la auditoría*

OM17. **Mejorar la organización y coordinación** de los módulos en el **MU Urgencias, Emergencias y Críticos en Enfermería**, dando respuesta a las expectativas generadas por el estudiantado.

OM18. **Valorar ampliar centros** de especialidades para **prácticas en el Grado en Fisioterapia**.

OM19. Valorar realizar un **procedimiento específico de auditorías internas**, aunque en el procedimiento PG16 Análisis, Medición de resultados y Mejora hay un apartado sobre las auditorías.

OM20. **Revisar la instrucción** IPGC16.01 del Estudio de Compliance Académico con la normativa vigente y quitar las referencias a la Universidad Europea de Valencia.

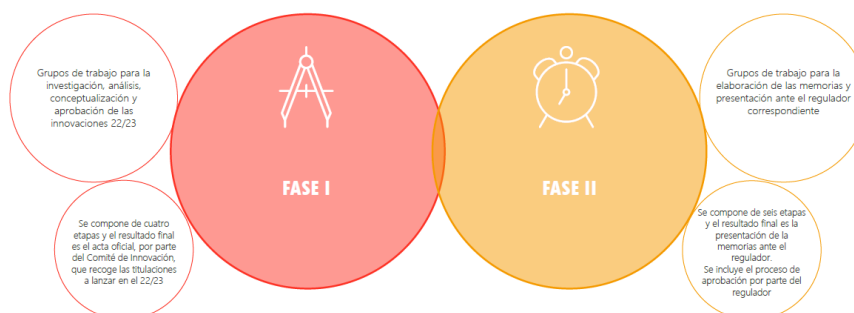
OM21. **Integrar los estudios de Compliance Académico en la sistemática de la gestión de las mejoras** derivadas del seguimiento externo de las titulaciones, convirtiéndolos en una herramienta de seguimiento interno que sirva de apoyo a las actividades de evaluación externa.

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

1. **Liderazgo equipo directivo de la Facultad.**
2. La Facultad cuenta con un **Plan Estratégico** (2022-24).
3. **Cercanía e implicación del profesorado** de la Facultad.
4. La **elevadísima satisfacción** por parte del **estudiantado** según se refleja en las encuestas de satisfacción.
5. La apuesta decidida de la Universidad por la **digitalización de los procesos** como se evidencia en el proceso de las prácticas externas que ya está implantado.
6. La alta **capacidad de Innovación de la Universidad**. Proceso de innovación 22/23.

### Proceso de innovación títulos oficiales 22/23

#### Resumen

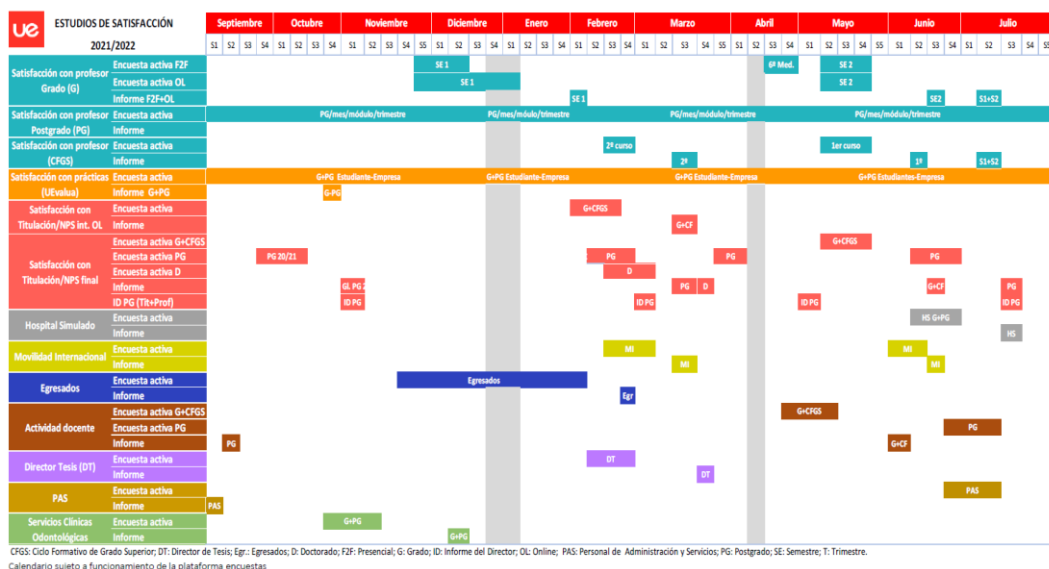


*Imagen resumen del proceso de innovación*

7. Documento **Excel con el seguimiento y control de indicadores**.
8. Documento **Criterios AUDIT** para facilitar la trazabilidad y revisión por el equipo auditor.
9. El diseño e implantación del PGC06/**ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD**.

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

### 10. Cronograma con la planificación de los **estudios de satisfacción**.



*Imagen de la planificación de los estudios de satisfacción*

- El **diseño e implantación** del PC26/**INVESTIGACIÓN** con el objeto del presente procedimiento es describir cómo se planifica, realiza y gestiona la actividad investigadora que se desarrolla en la Universidad Europea.
- El Centro de Recursos para el Aprendizaje e Investigación (**CRAI**) con un buscador de contenidos impresos y digitales disponibles.
- El **hospital simulado** como infraestructura estratégica para la Universidad. La gestión de los EPIs en el Hospital durante la pandemia.



## PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
María Cadenas	Directora de la Facultad de Ciencias de la Salud
Olga Castelao	Directora de Calidad
Ruth Guirola	Responsable de Calidad
Doali Rodríguez	Responsable de Calidad
Victoria Díaz Rodríguez	Estudiantado Grado Fisioterapia
Carmen Rodríguez Santos	Estudiantado Grado Enfermería
Julia Bruner	Estudiantado Grado Psicología
Samuel Cabrera Paz	Estudiantado MU Urgencias, Emergencias y Críticos en Enfermería
Marco Dorta	Estudiantado MU Terapia Manual Ortopédica
Ainhoa Pérez	Estudiantado MU Psicología General Sanitaria
María Elena Gómez Sánchez	Directora de Biblioteca
Rocío Henríquez	Técnico Biblioteca
Marei Wiebe	Coordinadora de Operaciones
Amaya Esteban	Coordinadora de Sistemas
Josué González	Técnico de Laboratorio
Verónica Medina	Técnico de Planificación
Sebastián Martín Pérez	PDI Grado Fisioterapia
Carlos Pérez de Castro	PDI Grado Enfermería
Demelsa Fortes Marichal	PDI Grado Psicología
Sebastián Matos	PDI MU Urgencias, Emergencias y Críticos en Enfermería
Alexandra Alonso	PDI MU Terapia Manual Ortopédica
Sergio Martín Corzo	PDI MU Psicología General Sanitaria
Eduardo Martín	Coordinador Grado Fisioterapia
Héctor de la Rosa Merino	Coordinador Grado Enfermería
Melania Hernández	Coordinadora Grado Psicología
Guillermo Burillo	Director MU Urgencias, Emergencias y Críticos en Enfermería



**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC  
IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA  
SALUD UNIV. EUROPEA DE CANARIAS**  
Fecha: 13/06/2022

José Luis Alonso	Director MU Terapia Manual Ortopédica
Anastasio González	Director MU Psicología General Sanitaria
Ismael Alfonso	Egresados MU Urgencias, Emergencias y Críticos en Enfermería
Miguel Fuertes Asensio	Egresados MU en Terapia Manual ortopédica
Álvaro Vargas	Egresados MU Terapia Manual Ortopédica
Elena Gutiérrez	Egresados MU Psicología General Sanitaria
Jennifer Montesdeoca	Egresados MU Psicología General Sanitaria
Inés Vera	Egresados Grado Fisioterapia
Iván García Expósito	Tutor Externo de prácticas y empleador de egresados Grado Fisioterapia
María Teresa Merino Eiró	Tutor Externo de prácticas y empleador de egresados Grado Enfermería
Mónica Díaz	Tutor Externo de prácticas y empleador de egresados Grado Psicología
Carlos Pérez de Castro	Tutor Externo de prácticas y empleador de egresados MU Urgencias, Emergencias y Críticos en Enfermería
Pedro Madrigal	Tutor Externo de prácticas y empleador de egresados MU Terapia Manual Ortopédica
Carla Rodríguez	Tutor Externo de prácticas y empleador de egresados MU Psicología General Sanitaria

## EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
María José Conde	Estudiantado MU Urgencias, Emergencias y Críticos en Enfermería



## 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)

**X**

**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)

Una vez analizado el Plan de acciones de mejora de la Facultad de Ciencias de la Salud, se considera que con respecto a las no conformidades:

- nc1: acciones satisfactorias, pendientes de ejecución y se presenta un compromiso de resolución para finales de 2022. Algunas de las acciones ya realizadas.
- nc2: acciones satisfactorias, pendientes de ejecución y se presenta un compromiso de resolución para junio de 2022.
- nc3: acciones satisfactorias, pendientes de ejecución y se presenta un compromiso de resolución para el curso 2022-2023. Algunas de las acciones ya realizadas.
- nc4: acciones satisfactorias, pendientes de ejecución y se presenta un compromiso de resolución para septiembre de 2022.
- nc5: acciones satisfactorias, pendientes de ejecución y se presenta un compromiso de resolución para marzo de 2023.

Con respecto a las oportunidades de mejora:

- OM1. Se realizará una revisión profunda del SAIC.
- OM2. Para favorecer la difusión de la información analizada del centro y las mejoras realizadas, se ha diseñado una plantilla de informe con el objetivo de su difusión no solo a través de la página web.

**JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)**

- OM3. Aunque el alumnado ya participa en las Comisiones de Calidad de Título, su participación se extenderá a la Comisión de Calidad del Centro (CCC).
- OM4. Durante la campaña de encuestas del segundo semestre una docente propuso a sus estudiantes que si conseguían una tasa de respuesta de al menos un 90% para sus asignaturas ampliaría el tiempo del examen final 10 minutos. Con esta propuesta la docente consiguió aumentar la tasa de respuesta de un 32% a un 91% en solo una semana. Se ha trasladado esta experiencia al resto del claustro para que puedan proponer medidas similares que puedan encajar en cada una de sus asignaturas.
- OM5. Se abordará la reducción del tiempo de conservación de los documentos a 3 años de forma general.
- OM6. Se está implantando un CRM.
- OM7. Con el objetivo de incorporar a los usuarios del sistema en el análisis de los informes y rendirles cuentas sobre su funcionamiento, se incorporarán los resultados del informe en la Comisión de Calidad del Centro de fin de curso.
- OM8. Para mejorar este procedimiento se definirá de forma más concisa las tareas del equipo de admisiones.
- OM9. Revisión global del SAIC concretando las funciones y participación de las áreas de servicios.
- OM10. Para facilitar su análisis por parte de las facultades el área de atención a estudiantes elaborará sus próximos informes detallando el centro de origen de las solicitudes.
- OM11. Se ha incorporado en la página web del centro un apartado dedicado a la calidad del centro, donde se ha incluido un buzón de quejas, sugerencias y felicitaciones.
- OM12. Diseño de informes en Power BI.
- OM13. Se incorpora un protocolo de información al alumnado de nuevo ingreso para mejorar la gestión administrativa en algunos títulos.
- OM14. Se añadirá información adicional para el estudiantado.
- OM15. El logo se incorpora en la plantilla de los planes de mejora y cualquier otro documento de nueva creación.
- OM16. Diseño de procedimientos específicos en el Hospital Simulado.
- OM17. Se garantizan reuniones de coordinación de módulos al inicio del curso y hacer un seguimiento al inicio de cada módulo
- OM18. Firmados 3 nuevos convenios en el último semestre.
- OM19. Dentro de la revisión global del SAIC se incluye la creación de una instrucción técnica en el PGC16 Análisis, Medición de Resultados y Mejora de Auditoría Interna.

**JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)**

OM20. Revisada Revisión de la instrucción IPGC16.01 del Estudio de Compliance Académico.

OM21. Integrar resultados de los informes en la orden del día de las CCT y CCC en el plan de mejoras de las titulaciones y centro.

El PAM se considera justificado porque aporta soluciones:

- Estableciendo la participación de los grupos de interés y la responsabilidad de la dirección en la implantación del SAIC y la rendición de cuentas.
- Empoderando a las personas para participar y contribuir al logro de las iniciativas de mejora.
- Poniendo a disposición del SAIC los recursos necesarios.
- Estableciendo sistemas de reconocimiento para mejorar la eficacia y eficiencia del proceso de mejora.

Por todo ello, una vez revisado el plan de acciones de mejora y las acciones propuestas se consideran satisfactorias con un compromiso formal de resolución de las no conformidades, y que se han atendido las oportunidades de mejora, la valoración es **Favorable**.

- (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 13/6/2022

**Por el equipo auditor**

D. Alberto A. Suárez  
Auditor jefe