



PROGRAMA AUDIT INTERNACIONAL

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad de Extremadura
Centro	Facultad de Medicina y Ciencias de la salud
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	5 de octubre 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	María Mercedes Macías García
Cargo	Vicerrectora de Calidad y Estrategia
Tfno. y correo	vrcalidad@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	Carlos Arias Martín	Institución	Univ. de Sevilla
Auditor	Ana Esther Cruz González	Institución	Univ. de la Laguna
Aud. Formación		Institución	

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Los objetivos de la auditoría se han logrado sin incidencias. La auditoría se llevó a cabo de forma virtual a través de Zoom, asignando una sala específica para cada grupo de interés entrevistado, aunque también estaba disponible un espacio en Microsoft Teams por si surgía algún problema técnico. Esta modalidad permitió una comunicación efectiva durante el desarrollo del proceso evaluador.

Es importante resaltar la participación activa, la disposición y la colaboración de las personas que asistieron a las entrevistas programadas. Su compromiso y cooperación fueron fundamentales para el éxito de la auditoría, ya que brindaron información valiosa y respondieron de manera diligente a todas las preguntas y requerimientos.



INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Agradecer a la Facultad y a la Universidad de Extremadura (UEX) las facilidades proporcionadas al Equipo Auditor durante el desarrollo de la auditoría. Su apoyo y compromiso fueron elementos clave para llevar a cabo las actividades de manera efectiva.

Teniendo en cuenta que el SAIC de la UEX tiene naturaleza mixta y los procesos y procedimientos están estructurados en dos bloques (los que son responsabilidad del Rectorado-Servicios, comunes a toda la UEX, y los que son propios de los Centros), el día 05/10/2023 se mantuvo una reunión de auditoría con los responsables institucionales siguientes: D^a. Mercedes Macías García, Vicerrectora de Calidad y Estrategia, D^a. Cristina Vicente Chicote, Directora de Calidad para Programas institucionales, D^a. Antonia Ciudad Sánchez, Directora de Estrategia, D. José Luis Bonal Zazo, Director de Calidad para Programas de Centros y Títulos, D^a. Rosa María Villalobos Murillo, Directora de la Unidad Técnica de Evaluación y Calidad, D. Germán Trinidad Ruiz, Jefe de la Unidad Técnica de Evaluación y Calidad, D^a. Aurora Roderó Rodríguez, Gestora de Calidad de la Unidad Técnica de Evaluación y Calidad, y D. Juan José Clavero Sánchez, Gestor de Calidad de la Unidad Técnica de Evaluación y Calidad. Los citados responsables participaron en las sesiones de la agenda de visita de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, si bien afecta, de igual forma, a la auditoría de la Facultad de Educación y Psicología, desarrollada el día 06/10/2023.

También la sesión del personal técnico de gestión y administración y servicios (PTGAS) se realizó conjuntamente. En este caso, el personal adscrito a la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud se incorporó en la agenda de la Facultad de Educación y Psicología, en la fecha anteriormente indicada.



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Versión: 2

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		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	1
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		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	
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)
1	7.2	En la información pública disponible en la web se recoge la extinción del Grado en Fisioterapia, si bien se trata de un título sometido a modificación, al que no sería de aplicación el PR/CL001 de Extinción de las Enseñanzas. Para que no conlleve a error al estudiantado y afecte incluso a otros procesos, como puede ser el de captación de estudiantes (PR/CL002) o el de preinscripción para el acceso a estudios de grado (PR/CL403), sería necesario actualizar la información e identificar en su caso el proceso del Ciclo VSMA al que corresponde. En este caso, una modificación o actualización del plan de estudios que no afecta a su registro en el RUCT.	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. Revisar y actualizar los procesos y procedimientos del SAIC vinculados al Rectorado/Servicios en la temporalidad establecida. Algunos datan de 2014 o 2015, sea el caso del proceso de gestión de la orientación profesional (P/CL006), gestión del servicio de prevención (P/SO001), gestión de información y atención administrativa (P/SO002), etc. Asimismo, actualizar las referencias a la normativa universitaria que ha sido modificada, incorporando aquellas que procedan: Ley Orgánica del Sistema Universitario (2023), Real Decreto 822/2021, Real Decreto 640/2021, etc.

OM2. Incluir de manera explícita en el SAIC y sus procesos/procedimientos la referencia a los protocolos de apoyo a los procesos de verificación, seguimiento y acreditación de títulos (Ciclo VSMA) existentes en la UEX y velar por el cumplimiento con las distintas directrices recogidas en el criterio 2 del programa AUDIT. Por ejemplo, en el proceso de Diseño y aprobación de los planes de estudio oficiales (P/CL001) debería hacerse referencia y remitir al protocolo de apoyo UEX a las actividades de evaluación externa para la verificación de títulos oficiales, al tiempo que debería comprobarse que dicho protocolo da respuesta a las diferentes directrices del criterio "garantía de calidad de los programas formativos".

OM3. En el proceso de Formación del PAS (P/CL005), apartado 5.6, se indica que "a final de año se elabora un informe/memoria" (P/CL005_D017), si bien se ha comprobado que la temporalidad no siempre es anual. A su vez, en el diagrama de flujo se indica indistintamente anual y plurianual, con lo que no queda clara su periodicidad. Sería oportuno proceder a su ajuste en los distintos apartados del proceso para guardar coherencia.

OM4. Especificar en el procedimiento de auditorías internas (P/SO100) su periodicidad y alcance. En el histórico del proceso, 2ª Edición, se indica "Supresión del carácter anual en la programación de las auditorías internas". Sin embargo, en el diagrama de flujo de la edición vigente se habla del plan anual de auditoría. Asimismo, en el alcance se recoge que es de aplicación a los procesos y procedimientos del SAIC de los centros y servicios de la UEX. Sería oportuno incluir también la referencia al rectorado.

OM5. En el alcance del procedimiento de extinción (PR/CL001) se alude al proceso de garantía de calidad de los programas formativos. A su vez, en la descripción (apartado 5.4) se hace referencia al procedimiento de difusión de información de titulaciones. No obstante, ninguno de ellos se recoge en el mapa de procesos. Actualizar la información que corresponda en la documentación del SAIC.

OM6. Explicitar de manera más concreta en el Manual de Calidad o en los distintos procesos y procedimientos la sistemática de rendición de cuentas, identificando, por ejemplo, los documentos/información que se va a utilizar para la rendición de cuentas, quién se encarga, cuáles son los grupos de interés a los que se va a rendir cuentas, y cuándo (Directrices 1.7, 2.6, 3.5, 4.7, 5.6, ...).

OM7. Revisar y ajustar los indicadores establecidos en los procesos y procedimientos y los recogidos en las diferentes fuentes de datos. Por ejemplo, se ha detectado que en el proceso se establecen indicadores que no siempre coinciden con los recogidos en la

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

pestaña "indicadores" de la web, con el catálogo de indicadores del centro y/o los del OBIN. Asimismo, con los que luego se analizan en los informes vinculados a los procesos del SAIC. Debe existir coherencia entre los indicadores de los procesos/procedimientos y los que se recogen en el resto de fuentes y están destinados a comprobar el funcionamiento, el seguimiento y los resultados de estos.

OM8. Considerar el Excel de relación Procesos/Procedimientos SAIC-UEx y FMyCCS con criterios ESG/Criterios AUDIT/Criterios AUDIT INTERNACIONAL, disponible en la web del Centro, como contenido o documento del sistema, integrándolo en el Manual de Calidad o como evidencia asociada a algún proceso o procedimiento, como puede ser el de control de documentación y registro (PR/SO008).

OM9. Recoger en la página web de la Universidad lo establecido en los procesos o procedimientos del SAIC que son responsabilidad del Rectorado/Servicios:

- La memoria/informe de las actuaciones de orientación profesional (P/CL006_D008), siguiendo con lo establecido en el proceso.
- Los indicadores de satisfacción general del estudiantado con la titulación. En la página web de la UTEC, a excepción del último curso, las bases de datos son de acceso restringido y los informes no contienen todos los resultados. Según se indicó, las bases de datos contienen opiniones no susceptibles de publicación. Una opción es dejar la información de las opiniones para el trabajo interno de las comisiones y publicar los indicadores de carácter cuantitativo para su conocimiento por los distintos grupos de interés.

OM10. Revisar, actualizar y/o incluir en la página web del Centro los contenidos correspondientes:

- Las versiones v01 y v02 del Manual de Calidad (carpeta MC) en el apartado histórico de procesos y procedimientos. Asimismo, debería incluirse en el espacio que proceda las versiones anteriores de la política de calidad o, como mínimo, la versión anterior a la actual, siguiendo lo establecido en el procedimiento para el control de documentación y registro (PR/SO008_FMyCCS). Del mismo modo, las versiones que procedan en otros procesos como es el caso del de publicación de titulaciones (PR/ES006), donde están las versiones 2 y 3, pero no está la 1.
- Las evidencias de los procesos o procedimientos que tienen carácter público. Por ejemplo, las codificadas como P/ES004_FMyCCS_AI y P/CL009_FMyCCS_D006, entre otras, no han podido consultarse.
- La información que se pretende ofrecer de cada profesor/a en el apartado de "Profesores", donde buena parte de los currículums vitae aparecen como no disponibles.
- La información sobre el personal técnico de gestión y de administración y servicios (PTGAS) vinculado al centro, en la pestaña "PAS", especificando, al menos, el puesto de trabajo y en su caso el perfil.

OM11. En la próxima revisión y mejora del SAIC y su documentación:

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

- Revisar y actualizar la denominación del Centro, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, pues en algunos documentos sigue haciéndose referencia a la Facultad de Medicina.
- Unificar la denominación de los mismos procesos y procedimientos y de las mismas evidencias y guardar coherencia. Por ejemplo, el procedimiento de inserción laboral, llamado así en la web y, en la ficha, procedimiento para la realización de estudios de inserción laboral (P/SO001). Lo mismo sucede con el informe bienal de análisis de resultados y el informe bienal del cumplimiento de objetivos de calidad, que son utilizados indistintamente para referirse a una misma evidencia.
- Especificar en el proceso para definir la política y objetivos de calidad (P/ES004_FMyCCS) los cauces de participación de los grupos de interés en la elaboración y actualización de la política y objetivos de calidad.
- Aclarar si la evidencia P/ES004_D004 es de seguimiento y evaluación del proceso, tal y como se indica en la Memoria de calidad de la Facultad del curso 2021-2022, o es un acta de aprobación de la Comisión de Aseguramiento de la Calidad, como consta en la relación de archivos del proceso. En caso de ser un acta en la que se incluye el seguimiento y evaluación del proceso, debería aclararse para que no lleve a confusión.
- Incorporar en la evidencia "Política de calidad" (P/ES004_FM_D005) las aprobaciones de la Comisión de Aseguramiento de la Calidad del Centro y la Junta de Facultad, pues sólo consta la fecha y firma del decano, mientras que en la de Objetivos de calidad, con la misma codificación, no se incorpora fecha ni firma.
- Incluir en el proceso de orientación al estudiante (P/CL010), la referencia a los mecanismos para recoger la información sobre necesidades de apoyo y orientación al estudiantado. Asimismo, ajustar el contenido del proceso teniendo en cuenta que en el alcance se alude a las titulaciones del centro, de grado y de posgrado, mientras que en el desarrollo solo se alude a los títulos de grado.
- Incluir los indicadores del proceso de gestión de la orientación profesional (P/CL006) en el catálogo de indicadores de la UEX y/o del Centro o, en su caso, actualizar el proceso y ajustar la información para que sea coincidente. Del mismo modo, valorar la incorporación de indicadores en el procedimiento de preinscripción para el acceso a los estudios de grado (PR/CL403) teniendo en cuenta que, en el OBIN, se dispone de un bloque denominado "Demanda universitaria" que incluye indicadores relacionados. Lo mismo con los indicadores sobre recursos y servicios. Valorar su inclusión teniendo en cuenta que la UTEC gestiona las reclamaciones y sugerencias y que dichos indicadores podrían aportar información valiosa al Centro sobre el funcionamiento del proceso y sus resultados.
- Establecer indicadores asociados a los objetivos de calidad que permitan hacer un seguimiento de su consecución.
- Especificar en las actas de la Comisión de Calidad del Grado en Medicina el perfil de los asistentes para poder verificar la participación de los distintos grupos de interés en las sesiones.

OM12. En la elaboración de los próximos informes vinculados al SAIC y sus procesos/procedimientos (calidad de centro, calidad de las titulaciones, cumplimiento de objetivos...) tener en cuenta:

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

- La necesidad de realizar un mayor análisis y reflexión sobre los diferentes aspectos objeto de valoración. Por ejemplo, en el informe anual de calidad de algunos títulos se ha detectado que, en algunos casos, se realiza únicamente una transcripción de los datos en los distintos criterios establecidos, sin recoger el análisis de los datos y su valoración.
- La inclusión del análisis de los objetivos y el cumplimiento de las acciones. Por ejemplo, en el informe bienal de cumplimiento de objetivos de calidad (2021-2023) no se hace referencia a los objetivos específicos de calidad aprobados en Junta de Facultad el 16 de abril de 2021. Aunque en la introducción del citado informe se alude de manera genérica a 9 objetivos específicos y a un conjunto de acciones, no se detalla de qué objetivos se trata y en qué medida se cumplió con las acciones previstas.
- La incorporación y el análisis de los indicadores del proceso de orientación del estudiante (P/CL010) en la Memoria anual del Plan de Acción Tutorial para facilitar el seguimiento y evaluación de su funcionamiento y resultados.

OM13. Disponer de un plan de mejoras integral como documento independiente de la memoria de calidad y de los informes anuales de titulaciones para que sea más fácil su manejo y actualización periódica. Dicho plan debería incluir información completa sobre la fuente u origen de la acción de mejora, las tareas asociadas, su priorización, así como la inclusión de indicadores, entre otra. Esta herramienta facilitaría a los responsables de Centro y titulaciones el seguimiento de la consecución de acciones y su grado de cumplimiento.

OM14. Valorar el desarrollo de acciones (impartición de cursos de formación, por ejemplo) dirigidas al PTGAS de nueva incorporación por parte de la UEX. Según se comentó en la audiencia del PAS, resulta complejo formar *ad hoc* a las nuevas compañeras y compañeros, que en muchos casos vienen sin los conocimientos previos del trabajo a realizar en el servicio. Esta situación se complica cuando se ha trasladado mediante concurso la mayor parte de las personas del servicio y debe combinarse formación con actividades diarias del servicio.

OM15. Elaborar, tal y como indica el proceso de orientación al estudiante (P/CL010), con la periodicidad establecida, el "Plan de Acción Tutorial" (P/CL010_D001).

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

PF1: Alta implicación del Equipo Directivo y de los miembros de la Comisión de Aseguramiento de la Calidad del Centro y de las Comisiones de Calidad de Título en el despliegue de la cultura de calidad y la orientación hacia la mejora continua.

PF2: Importancia, en la estructura de gestión del Centro, de la figura de la responsable del SAIC, que desempeña una labor fundamental en el impulso, la coordinación y el desarrollo del sistema y sus procesos/procedimientos.



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

PF3: El liderazgo y la participación de la Unidad Técnica de Evaluación y Calidad en la aportación de datos e indicadores que facilitan el análisis, la reflexión y la elaboración de la memoria de calidad del Centro y los informes anuales de las titulaciones.

PF4: Importancia del contacto directo y la coordinación de la UEX y de la Facultad con el Servicio Extremeño de Salud y los centros hospitalarios del entorno para el adecuado desarrollo de las prácticas en las diferentes titulaciones.

PF5: El papel y la participación de los y las delegadas y del Consejo de Estudiantes en la difusión de la información del Centro y sus titulaciones.

PF6: La cercanía y atención del profesorado, así como la eficiencia e involucramiento del personal de la Secretaría del Centro, ambas son cuestiones bien valoradas por las personas asistentes a la audiencia de estudiantes y egresados.

PF7: En la audiencia con el profesorado se pone en valor la facilidad de acceso a los recursos del Centro y de la Biblioteca, y la importancia de los cursos de formación docente ofertados por la UEX, especialmente los dedicados al PDI novel.



PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
D ^a . Mercedes Macías García	Vicerrectora de Calidad y Estrategia
D ^a . Cristina Vicente Chicote	Directora de Calidad para Programas institucionales
D ^a . Antonia Ciudad Sánchez	Directora de Estrategia
D. José Luis Bonal Zazo	Director de Calidad para Programas de Centros y Títulos
D ^a . Rosa María Villalobos Murillo	Directora de la Unidad Técnica de Evaluación y Calidad
D. Germán Trinidad Ruiz	Jefe de la Unidad Técnica de Evaluación y Calidad
D ^a . Aurora Rodero Rodríguez	Gestora de Calidad. Unidad Técnica de Evaluación y Calidad.
D. Juan José Clavero Sánchez	Gestor de Calidad. Unidad Técnica de Evaluación y Calidad.
D. Francisco José Vaz Leal	Decano
D ^a . M ^a . Isabel Ramos Fuentes	Secretaria Académica
D ^a . M ^a Victoria González López-Arza	Vicedecana de Ordenación Académica e Infraestructura
D ^a . Berta Caro Puértolas	Vicedecana de Estudiantes y Prácticas clínicas
D. Juan Rodríguez Mansilla	Vicedecano de Movilidad, Postgrado y Relaciones institucionales
D ^a . M ^a . Dolores Apolo Arenas	Responsable de Calidad del Centro
D ^a . Guadalupe Gil Fernández	Grado en Enfermería. Área de Enfermería
D. Carlos Arribas Sánchez	Grado en Enfermería. Área de Filología Inglesa
D ^a . Eulalia Pozo Guisado	Grado en Fisioterapia. Área de Biología Celular
D ^a . Noelia Malla García	Grado en Fisioterapia. Área de Filología Inglesa
D. Miguel Ángel Pacha Olivenza	Grado en Medicina. Área de Radiología y Medicina Física
D ^a . M ^a . Isabel Ramos Fuentes	Grado en Medicina. Área de Psiquiatría
D ^a . Laura Rodríguez Santos	MUI en Biomedicina y Salud. Área de Psiquiatría



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Versión: 2

D. Pedro Dorado Hernández	MUI en Biomedicina y Salud. Área de Farmacología
D ^a . Laura García Quesada	Estudiante. Grado en Fisioterapia
D. Javier Nogueira Pereira	Estudiante. Grado en Medicina
D. Mario Martín Toro	Estudiante. MUI en Biomedicina y Salud
D. Juan José Escribano	Egresado. Grado en Fisioterapia. Trabajo en clínica privada
D ^a . Paula Domínguez Rodríguez	Egresada. Grado en Fisioterapia. Trabajo en servicio público
D ^a . Coronada Fernández Gutiérrez	Egresada. Grado en Fisioterapia, Grado en Medicina y MUI en Biomedicina y Salud. Ha trabajado en el sistema privado y público (MIR)
D ^a . Micaela Cidoncha Trinidad	Egresada. Grado en Enfermería. Actualmente en paro. Ha trabajado en el sistema público
D. Alejandro Caña Pino	Profesor sustituto. Grado en Fisioterapia.
D. Luis Espejo Antúnez	Profesor Contratado Doctor. Grado en Fisioterapia, MUI en Biomedicina y Salud.
D ^a . Noelia Durán Gómez	Profesora Titular de Universidad. Grado en Enfermería.
D. Francisco José Rodríguez Velasco	Profesor Contratado Doctor. Grado en Enfermería.
D. Guillermo Gervasini Rodríguez	Catedrático de Universidad. Grado en Medicina. Grado en Fisioterapia y Grado en Enfermería.
D ^a . Guadalupe Mahedero Ruiz	Profesora Titular de Escuela Universitaria. Grado en Medicina.
D. João Nuno Miereles Da Silva Gonçalves	Profesor Titular de Universidad. MUI en Biomedicina y Salud.
D ^a . Macarena Celina Cáceres León	Coordinadora de la Comisión de Calidad del Grado en Enfermería
D ^a . Berta Caro Puértolas	Coordinadora de la Comisión de Calidad del Grado en Fisioterapia
D. Agustín García Nogales	Coordinador de la Comisión de Calidad del MUI en Biomedicina y Salud
D ^a . M ^a . Victoria González López-Arza	Vicedecana de Ordenación Académica e Infraestructura
D ^a . Rocío de Belén Trejo Real	Administradora del Centro
D. Antonio Balmaseda Romero	Técnico de Calidad. Representante del Personal de Administración y Servicios



**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD DE LA
UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA**

Versión: 2

D^a. Sofía López Núñez

Estudiante

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
D ^a . Carmen Padilla Lozano	Estudiante. Grado en Enfermería.
D ^a . Eva María Peña Lledós	Profesora Titular de Universidad. MUI en Biomedicina y Salud.
D ^a . Elisa González Márquez	Estudiante. Grado en Medicina.
D. Moisés Menayo Martínez	Representante del estudiantado en la Comisión de Aseguramiento Interno de la Calidad.

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)

El plan de acciones de mejora de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la UEX incluye además de la introducción, las acciones de mejora relacionadas con las "no conformidades" y las "oportunidades de mejora", el cronograma de las acciones de mejora y su relación con las "oportunidades de mejora". Asimismo, anexos donde se recogen distintas evidencias.

Las acciones de mejora incluyen con el nivel de detalle adecuado, su relación con las "no conformidades" y las "oportunidades de mejora", su análisis, la concreción de la acción de mejora, el/la responsable, el plazo, los recursos, su desarrollo, su nivel de ejecución y los resultados. También se recoge un apartado de evidencias de ejecución y observaciones.

De esta forma, se aprecia satisfactorio el plan de acciones de mejora propuesto, donde considerando la "no conformidad" y las "oportunidades de mejora" incluidas en el informe se puede señalar:

nc1. Considerada en la acción 1, ejecutada completamente. La información que se ofrece en la página web es la adecuada.

OM1, OM3 y OM5. Abordadas en la acción 1, en ejecución hasta diciembre de 2024.

OM2. Considerada en las acciones 2 y 3, en ejecución hasta diciembre de 2024.

OM4. Abordada en la acción 4, ejecutada.



JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

OM6 y OM11. Consideradas en la acción 5, en ejecución hasta diciembre de 2024.

OM7. Abordada en la acción 6, en ejecución hasta diciembre de 2024.

OM8. Considerada en las acciones 7 y 8, en ejecución hasta octubre de 2024.

OM9. Abordadas en las acciones 9 y 10, estando ejecutada la acción 10 y en ejecución la acción 9 hasta marzo de 2024.

OM10. Considerada en las acciones 11 y 12, en ejecución hasta junio de 2024.

OM12. Abordada en la acción 13, en ejecución hasta enero de 2024.

OM13. Considerada en la acción 14, en ejecución hasta octubre de 2024.

OM14. Abordadas en las acciones 15 y 16, en ejecución hasta diciembre de 2023.

OM15. Considerada en la acción 17, en ejecución hasta diciembre de 2024.

- (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 Sevilla, a 17 de noviembre de 2023

POR EL EQUIPO AUDITOR

D. Carlos Arias Martín
Cargo: Auditor Jefe