




AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN  
DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN

# **PROGRAMA AUDIT**

## **INFORME PROVISIONAL DE AUDITORÍA EXTERNA**

**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Fecha emisión informe: 30/ 06/ 14**

|   |   |
|---|---|
| <br><small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN<br/>DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small> | <b>INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC<br/>IMPLANTADO EN LA FAC. DE CIENCIAS DE LA SALUD DE<br/>LA UNIVERSIDAD DE JAÉN.</b> Fecha informe: 30/ 06/ 14 |
|---|---|

## DATOS DEL CENTRO AUDITADO

|  |   |
|--|---|
| <b>Universidad</b>   | Universidad de Jaén   |
| <b>Centro</b>  | Facultad de Ciencias de la Salud  |
| <b>Alcance de la auditoría</b><br><i>(especificar cualquier posible exclusión)</i> | Todas las titulaciones oficiales que se imparten en el referido Centro y de los que es responsable. |
| <b>Fecha de la auditoría</b>   | 17 de junio de 2014   |

## TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

|                     |                          |                |                                     |                    |                          |                   |                          |
|---------------------|--------------------------|----------------|-------------------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| <b>Preauditoría</b> | <input type="checkbox"/> | <b>Inicial</b> | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>Seguimiento</b> | <input type="checkbox"/> | <b>Renovación</b> | <input type="checkbox"/> |
|---------------------|--------------------------|----------------|-------------------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|

*Márquese con una "X" lo que proceda*

## REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Nombre</b>         | D. Jorge Delgado García  |
| <b>Cargo</b>          | Vicerrector de Planificación, Calidad, Responsabilidad Social y Comunicación |
| <b>Tfno. y correo</b> | <a href="mailto:vicplan@ujaen.es">vicplan@ujaen.es</a> (953212596)           |

*Podrá tratarse del representante legal de la institución, o bien de la persona de contacto declarada en la solicitud*

## DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

|                       |                                |                    |       |
|-----------------------|--------------------------------|--------------------|-------|
| <b>Auditor Jefe</b>   | José Luís Martínez Rubio       | <b>Institución</b> | UEM   |
| <b>Auditor</b>        | José Antonio Pérez de la Calle | <b>Institución</b> | ANECA |
| <b>Aud. Formación</b> | -                              | <b>Institución</b> | -     |

## 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   |          | 1.2.2. Mecanismos para obtener y valorar información sobre los procesos anteriores            |          |
| 1.0.3. Configuración del sistema para su despliegue   |          | 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><br>Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas<br><br>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) 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).

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

Si bien se cumplen en general todas las cuestiones planteadas en el Plan de Acciones de Mejora (PAM) elaborado en noviembre de 2013 por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén, se desea destacar algunos aspectos que aún deberán ser objeto de atención por parte de los equipos designados como responsables para ello:

- En relación a la nc 07, se evidencia el uso de un formato para la planificación de auditorías internas no recogido en la documentación del Sistema, si bien manifiestan ser conscientes de ello y tener prevista su inmediata incorporación.
- En relación a la nc12, elaboración de un informe anual sobre Política de personal Académico y de Administración y Servicios, se ha eliminado ese requisito del procedimiento donde anteriormente se contemplaba, PE02. El motivo de su eliminación ha sido debido a que el grupo auditado manifiesta no tener capacidad de actuación en relación a este aspecto, por lo que se delega dicha responsabilidad al órgano centralizado (Vicerrectorado) correspondiente. Este aspecto, así como otros en situación similar, podrá ser objeto de especial atención en futuros procesos de auditoría externa, involucrando así, no solo a los representantes de la propia Facultad, sino a los órganos centrales que correspondan.
- Como comentario transversal a todo el SGIC, se sugiere seguir con el proceso de revisión del SGIC para mejorar la adaptación del sistema diseñado en la actualidad con las nuevas necesidades y planteamientos estratégicos de la Facultad. De este modo, se logrará aumentar su vinculación con las necesidades y expectativas de los diferentes grupos de interés del SGIC.

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

Durante el curso de la auditoría, se ha constatado que la Facultad de Ciencias de la Salud dispone en la actualidad de un potente aplicativo informático que permite gestionar con precisión y con gran capacidad de actualización (semanal) los datos que alimentan los principales indicadores contenidos en el SGIC.

Asimismo, resulta destacable el alto grado de compromiso mostrado por el personal docente y por los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud en la implantación del SGIC. En especial, es preciso resaltar la implicación de los representantes de estudiantes de las diversas titulaciones de la Facultad presentes durante la auditoría, quienes de forma mayoritaria expresaron un alto grado de satisfacción con las enseñanzas recibidas.

## 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 por ANECA 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.

En relación a esta cuestión, y debido a la naturaleza particular de este proceso de auditoría, (ver apartado "Justificación del resultado"), el equipo auditor se remite a lo expresado en el capítulo equivalente del informe de auditoría emitido en noviembre de 2013.

## PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

| NOMBRE                                    | CARGO/ OCUPACIÓN   |
|---|--|
| <b>Presentación inicial</b>               |  |
| Jorge Delgado García                      | Vicerrector de Planificación, Calidad, Responsabilidad Social y Comunicación |
| M <sup>a</sup> Luisa Fernández de Córdova | Directora del Secretariado de Gestión de Calidad                             |
| Fermín Aranda Haro                        | Decano de la Facultad de Ciencias Experimentales                             |
| Alfonso Carreras Egaña                    | Vicedecano de Calidad de la Facultad de Ciencias Experimentales              |
| Alfonso J. Cruz Lendínez                  | Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud                                |
| Rosa M <sup>a</sup> Fernández Alcalá      | Vicedecana de Calidad de la Facultad de Ciencias de la Salud                 |
| Jacinto Fernández Lombardo                | Jefe del Servicio de Planificación y Evaluación                              |
| Jesús Díaz Ortiz                          | Técnico de Calidad del Servicio de Planificación y Evaluación                |
| <b>Comisión de Garantía de Calidad</b>    |  |
| Alfonso J. Cruz Lendínez                  | Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud                                |
| Rosa M <sup>a</sup> Fernández Alcalá      | Vicedecana de Calidad de la Facultad de Ciencias de la Salud                 |
| M <sup>a</sup> Luisa Grande Gascón        | PDI integrante de la CGC   |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Rafael Lomas Vega              | PDI integrante de la CGC                                       |
| Alberto de la Rubia Sánchez    | Alumno integrante de la CGC                                    |
| Mª Luisa Fernández de Córdova  | Directora del Secretariado de Gestión de Calidad               |
| Jacinto Fernández Lombardo     | Jefe del Servicio de Planificación y Evaluación                |
| Jesús Díaz Ortiz               | Técnico de Calidad del Servicio de Planificación y Evaluación  |
| <b>Grupos de mejora</b>        |  |
| Alberto de la Rubia Sánchez    | Alumno integrante de Grupo de Mejora                           |
| Carmen Álvarez Nieto           | PDI integrante de Grupo de Mejora                              |
| Mª José Calero García          | PDI integrante de Grupo de Mejora                              |
| Alfonso J. Cruz Lendínez       | PDI integrante de Grupo de Mejora                              |
| Rosa Mª Fernández Alcalá       | PDI integrante de Grupo de Mejora                              |
| Mª Luisa Grande Gascón         | PDI integrante de Grupo de Mejora                              |
| Manuel Linares Abad            | PDI integrante de Grupo de Mejora                              |
| Isabel Mª López Medina         | PDI integrante de Grupo de Mejora                              |
| Rafael Lomas Vega              | PDI integrante de Grupo de Mejora                              |
| Francisco J. Molina Ortega     | PDI integrante de Grupo de Mejora                              |
| Mª Catalina Osuna Pérez        | PDI integrante de Grupo de Mejora                              |
| Mª Victoria Palop Montoro      | PDI integrante de Grupo de Mejora                              |
| Ana Rosa Rama Ballesteros      | PDI integrante de Grupo de Mejora                              |
| Jacinto Fernández Lombardo     | PAS integrante de Grupo de Mejora                              |
| Jesús Díaz Ortiz               | PAS integrante de Grupo de Mejora                              |
| <b>Delegados de Titulación</b> |  |
| María Ruiz Zambrana            | 1º curso del Grado en Enfermería                               |
| David Viedma Talavera          | 2º curso del Grado en Enfermería (Subdelegado turno de mañana) |
| Pedro J. Lara Ramírez          | 2º curso del Grado en Enfermería (Delegado turno de tarde)     |
| Samuel Calvache Barba          | 2º curso del Grado en Enfermería (Subdelegado turno de tarde)  |



|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Manuel Gámiz Porcuna        | 3º curso del Grado en Enfermería                           |
| Rafael Manzano Arrondo      | 3º curso del Grado en Enfermería (Delegado turno de tarde) |
| Alberto de la Rubia Sánchez | 4º curso del Grado en Enfermería                           |
| Francisco J. Muñoz Segurado | 2º curso del Grado en Fisioterapia                         |
| Adrián Aguilera Acedo       | 4º curso del Grado en Fisioterapia                         |
| Mª Fernanda Molina Serrano  | 4º curso del Grado en Fisioterapia (Subdelegada)           |

## EXCUSADOS

| NOMBRE | CARGO/ OCUPACIÓN |
|--------|------------------|
| -      | -                |
|        |                  |

## DISPOSICIÓN FINAL

### VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)

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)



**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 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)

Tal como se comentó a los representantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén, el compromiso manifestado por ANECA hacia ellos, fue que la auditoría pondría su atención en el grado de resolución de las acciones de mejora propuestas en su PAM, siempre que la solicitud de certificación del Centro se cursase en un periodo no superior a los seis meses desde la entrega por parte de la Agencia del informe de resolución de la Comisión de Certificación.

Cumplida la condición anterior por parte de la referida Facultad, el equipo auditor de ANECA pudo evidenciar que existe un alto grado de avance y/o resolución de las acciones de mejora mencionadas.

Adicionalmente, también se considera un indicador que avala lo anterior el alto grado de compromiso manifestado tanto por los Órganos de Gobierno del Centro, como por el colectivo de docentes y estudiantes, hacia la calidad institucional, lo que permite afirmar que existe una cultura de calidad implantada y en proceso de maduración.

Por lo anterior, y con los datos recabados a la fecha de emisión de este informe, tras analizar tanto cuantitativa como cualitativamente las no conformidades encontradas durante el anterior proceso de auditoría (julio de 2013), las mejoras propuestas en su PAM, así como el grado actual de resolución de aquellas, el equipo auditor considera que el Sistema de Garantía Interna de Calidad auditado en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén:

### JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

**REÚNE, EN ESTE MOMENTO, LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA PODER  
RECOMENDAR SU CERTIFICACIÓN.**

- (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)



D/a: José Luís Martínez  
Cargo: Auditor Jefe

*(1) Auditor de mayor rango del equipo*