



PROGRAMA AUDIT INTERNACIONAL

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad de Cantabria (UC)
Centro	Facultad de Medicina
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	27 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 se ha desarrollado sin incidencias. Se han podido completar todas las entrevistas previstas en la agenda consensuada entre el Área de Calidad, la Facultad de Medicina 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.

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 Medicina cuenta con un Manual de Procedimientos Generales y una estructura organizativa institucional que afecta a todos los centros de la UC.



INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Por esta razón la entrevista a los colectivos que se describen a continuación se ha realizado en las Facultades indicadas y afectan a la auditoria de los dos centros:

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

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	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 Medicina 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 Académica Interuniversitaria del Máster, o faltan añadir las funciones sobre el Trabajo Fin de Máster.	nc
02	6.4	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.	nc
03	6.3	Aunque en la Facultad de Medicina 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: Elaborar estudios de satisfacción de todos los colectivos implicados en la actividad académica de la institución (Estudiantes, Profesorado, PAS, Egresados y Empleadores).	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 octubre de 2021 y su posterior modificación, de junio 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 Medicina 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: Establecer una planificación que permita un adecuado despliegue de los objetivos definidos en la Política de calidad del centro (acciones definidas, responsables, periodos, indicadores...).

OM4: 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.

OM5: 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 en los Informes finales del centro y las titulaciones.

OM6: 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.

OM7: Fomentar la participación de todos los grupos de interés en las encuestas de satisfacción.

OM8: 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.

OM9: En relación con el criterio 7.4 del Programa AUDIT, Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés:

- Añadir en la web de la Facultad la Comisión Académica Interuniversitaria del Máster en iniciación a la investigación en Salud Mental, en el apartado Comisiones del Centro (<https://web.unican.es/centros/medicina/informacion-general/comisiones-del-centro>).

OM10: 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 Medicina, 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.

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

- 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 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 Medicina 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 implicación de la Delegación de estudiantes en la actividad del centro y la cercanía del PDI con el estudiantado.
5. El plan que despliegan los responsables de los servicios vinculados al centro para acoger al nuevo PAS que ingresa en sus unidades. Asimismo, destaca la comunicación fluida entre los distintos servicios de apoyo al centro.
6. Teniendo en cuenta la practicidad de las titulaciones que se imparten en la Facultad y la complejidad que esto conlleva a la hora de establecer los horarios y calendarios, el centro, a través de la secretaría, permite que el estudiantado intervenga en su elaboración.
7. La activa participación de los egresados en la toma de decisiones, en la Comisión de Calidad de la UC y en la CCGP.
8. El vínculo con el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla para el desarrollo de las prácticas clínicas.
9. El servicio, recursos e infraestructura de los que dispone la Biblioteca.



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

No aplica.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Dña. María Dolores Ortiz Márquez	Directora de Área de Calidad y Prospectiva
D. Beatriz Cobo Salcines	Técnico Informático del Área de Calidad
D. Pedro Gil Sopeña	Coordinador Técnico de Organización y Calidad
D. Samuel Cos Corral	Decano, responsable del Grado en Medicina y miembro de la CCGP
Dña. Carmen Martínez-Cué Pesini	Vicedecana de Ordenación Académica y miembro de la CCGP
D. Alberto Sánchez Díaz	Vicedecano de Ciencias en Biomédicas y miembro de la CCGP
D. Carlos Sainz Fernández	Coordinador de movilidad e intercambios nacionales y miembro de la CCGP
D. José Antonio Parra Blanco	Coordinador de relaciones internacionales
D. Iñigo Casafont Parra	Coordinador de estudiantes e Infraestructuras
D. Fernando Hernanz de la Fuente	Coordinador del ECOE (Examen Clínico Objetivo Estructurado)
D. Juan Carlos Rodríguez Sanjuan	Coordinador de prácticas clínicas y miembro de la CCGP
Dña. Gema Samos González	Administradora y representante del PAS en la CCGP
Dña. Blanca Reche García	Secretaría del Centro (PAS)
D. Julio Rábago Serrera	Secretario del Decanato (PAS)
Dña. María Nieves García Iglesias	Técnico Laboratorio del Departamento de Fisiología y Farmacología (PAS)
Dña. Silvia Recio Sarabia	Biblioteca. Responsable División (PAS)
D. Enrique Martínez Mantilla	Administrador del Departamento de Fisiología y Farmacología (PAS)
Dña. Noemi rueda Revilla	Personal docente e investigador (PDI)
D. Carlos M. Martínez Campa	Personal docente e investigador (PDI)

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Dña. Alicia González Cabeza	Personal docente e investigador (PDI)
Dña. María Amor Hurlé González	Personal docente e investigador (PDI)
D. José Manuel Olmos Martínez	Personal docente e investigador (PDI)
D. Gabriel Moncalian Montes	Personal docente e investigador (PDI)
Dña. María Dolores Delgado Villar	Personal docente e investigador (PDI)
D. Pablo Carrascosa Arteaga	Estudiantes
Dña. Itziar Álvarez Iglesias	Estudiantes
Dña. Sandra Telechea Fernández	Estudiantes
D. Ángel González Fernández	Estudiantes
Dña. Raquel Oria Calderón	Estudiantes
D. Javier Seco Marcos	Egresado
D. Pablo Alija Piret	Egresado
Dña. Thais Ealo Rodríguez	Egresada
D. Borja San Pedro Careaga	Egresado
Dña. Elena Ruiz Rentería	Egresada
D. Daniel Gutiérrez Pascual	Tutor prácticas clínicas
D. Carlos Juárez Crespo	Tutor prácticas clínicas
Dña. Zaida Salmón González	Tutor prácticas clínicas
D. Víctor Expósito García	Tutor prácticas clínicas
D. Rafael Tejido García	Director Gerente hospital
D. Marcos López Hoyos	Director Científico IDIVAL
D. Juan Carlos Villegas Sordo	Presidente de la CCGP
D. Javier Abril Martín	Técnico en Organización y Calidad (Secretario de la CCGP)
D. Ignacio Santiago Setién	Egresado de la CCGP



NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
D. José Joaquín Sobrado Andrés	Delegado de estudiantes del centro y miembro de la CCGP
Dña. María Elena Castro Fernández	Coordinadora del Máster de Iniciación a la Investigación en Salud Mental y miembro de la CCGP

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
D. Domingo González Lamuño	Personal docente e investigador (PDI)

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 Medicina 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 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.
- **OM4.** 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.
- **OM5.** 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.
- **OM6.** 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.
- **OM7.** Se considera oportuno el análisis de las causas que se añade en el PAM y se elimina esta oportunidad de mejora en la V02 del Informe. Esta Facultad no es coordinadora del Máster en Estudio y Tratamiento del Dolor y sus estudiantes no se matriculan en la UC. Aun así, siguiendo las recomendaciones del equipo auditor, han difundido su análisis y resultados enlazando con la web de la Universidad Rey Juan Carlos (<https://www.urjc.es/estudios/master/1135-aspectos-clinicos-y-basicos-del-dolor#informe-de-resultados>).
- **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.
- **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 una parte de lo que se contempla en esta oportunidad de mejora y se modifica la V02 del Informe (que en esta nueva versión y por la eliminación de la OM7, pasa a ser la OM9). La Facultad corrige la errata en la fecha del acta de la CCGP que se difunde en la web.
- **OM11.** 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 Canarias, a 06 de junio de 2023

POR EL EQUIPO AUDITOR

D^a. Sonia Corujo Capote
Cargo: Auditora Jefa