

**INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DOCUMENTAL DEL SISTEMA DE
GARANTÍA DE CALIDAD IMPLANTADO EN EL CENTRO:**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE HUELVA**

EMISIÓN DEL INFORME: NOVIEMBRE 2024

El Plan de Auditoría Interna de los Centros de la Universidad de Huelva para el curso 2023-2024, de fecha 31/01/2024, establece la realización de esta auditoría interna documental a los Centros que así se determinan. Esta revisión documental se ha realizado entre los meses de septiembre y octubre de 2024.

El presente informe es el resultado de la revisión de la documentación del Sistema de Garantía de Calidad del Centro (SGCC) con respecto a los requisitos del programa IMPLANTA-SGCC y a los requisitos establecidos por el propio sistema.

La auditoría está basada en un proceso de muestreo de la información pública disponible en la web del Centro, por lo que pueden existir otras debilidades del SGCC no identificadas en el informe.

En este informe de auditoría se indican 11 requerimientos, 9 observaciones y 12 oportunidades de mejora.

El tratamiento de los requerimientos detectados deberá documentarse en un Plan de Acciones Correctivas e incluirse en el Plan de Mejora del Centro.

El resto de hallazgos (observaciones y oportunidades de mejora) deberían evaluarse y, en su caso, atenderse en el citado Plan de Mejora.

Las observaciones deben tratarse como recomendaciones de especial seguimiento que podrían eliminar las causas de posibles requerimientos futuros, mientras que las oportunidades de mejora deben tratarse como recomendaciones sobre aspectos del SGCC.

Esta auditoría documental ha sido llevada a cabo por el equipo formado por D^a María de los Ángeles Jacinto Moreno y D^a María Inés Romero Martínez, auditoras internas, PTGAS de la Unidad para la Calidad de la Universidad de Huelva.

Datos del Centro auditado	
Universidad	UNIVERSIDAD DE HUELVA
Centro	FACULTAD DE ENFERMERÍA
Representante de la Institución auditada	Francisco José Mena Navarro Decano
Norma de aplicación de referencia	Guía para la Certificación y seguimiento de Sistemas de Garantía de la Calidad implantados en los centros de las universidades andaluzas. Programa IMPLANTA-SGCC (Aprobada en Comité Técnico de Evaluación y Acreditación el 08/02/2023 – V4.0)

EL JEFE DE SERVICIO DE LA UNIDAD PARA LA CALIDAD

Fdo.:

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA (AI)

RESULTADOS GENERALES DEL SGCC Y LOS VINCULADOS A TODOS LOS CRITERIOS

Nº	REQUERIMIENTOS	Notas
1	Revisar la idoneidad del Manual y de los procedimientos del SGCC para que sean adecuados a la realidad del Centro y se convierta el SGCC en su herramienta de gestión. Actualización a la revisión 4 de los documentos marco de los SGCC-UHU (mayo 2023), indicadores y evidencias mínimas recomendadas por criterio, etc. Recoger dicha revisión en el cuadro control-resumen del documento.	SGCC Informe AI 21/04/23
2	Evidenciar la publicación del Plan de Acciones Correctivas sobre las No Conformidades del Informe de Auditoría Interna de 21/04/2023.	SGCC
3	Publicar el Autoinforme de Seguimiento y el Plan de Mejora del Centro, evidencias relevantes del SGCC.	SGCC Informe AI 21/04/23
Nº	OTROS HALLAZGOS	Notas
1	Observación: evidenciar que el SGCC cuenta con un Plan de Mejora actualizado a partir del análisis y la revisión de la información recogida. En cada una de las acciones de mejora se debe especificar los indicadores que midan las acciones, los responsables, el nivel de prioridad, la fecha de consecución y la temporalización (fecha de inicio – fecha de fin estimado).	Procedimientos /Todos los criterios Informe AI 21/04/23
2	Observación: eliminar de los documentos del Centro el logo de la entidad certificadora SGS, ya que esa certificación corresponde al Sistema de Gestión de la Calidad de la Unidad para la Calidad (ISO 9001:2015).	SGCC
3	Oportunidad de mejora: evidenciar claramente la trazabilidad entre política de calidad, objetivos estratégicos y resultados obtenidos en el periodo de aplicación del SGC.	SGCC Informe AI 21/04/23
4	Oportunidad de mejora: dejar constancia en informes o en actas de reunión del análisis y revisión de los procedimientos asociados a cada criterio y sus resultados, en su caso.	Procedimientos / Todos los criterios
5	Oportunidad de mejora: publicar en la web las evidencias del SGCC en un apartado específico para un mejor control, localización y accesibilidad.	SGCC
6	Oportunidad de mejora: elaborar un Plan de Comunicación del Centro para sistematizar la rendición de cuentas, adecuándolo a los diferentes grupos de interés. Identificar claramente los documentos o información que es objeto de rendición de cuentas, los grupos de interés a los que se dirige, quién se encarga de la rendición de cuentas, cómo se hace y cuándo, y cómo se evidencia.	SGCC Informe AI 21/04/23

RESULTADOS ESPECÍFICOS POR CADA CRITERIO IMPLANTA-SGCC

CRITERIO 1.- INFORMACIÓN PÚBLICA

1.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la publicación de información actualizada de sus actividades y resultados de los programas formativos.

Nº	REQUERIMIENTOS	Notas
1	A fecha de la presente auditoría no se evidencia la publicación de Autoinformes de Seguimiento del Grado en Enfermería desde el ciclo 2020/2021 (Autoinforme de Renovación de la Acreditación). La publicación de 2022/23 corresponde a este Autoinforme de 2020/2021, el cual emplea el modelo anterior de Autoinforme.	P01 / Criterio 1
2	Publicar los Informes de Auditoría Interna del SGCC en la web del Centro, ya que se evidencia que el Informe de Auditoría Interna del SGC implantado en el Centro de 21/04/2023 está publicado en la web del Grado en Enfermería (Apartado: Evaluación de la calidad del título – Auditorías Internas).	P01 / Criterio 1
3	Realizar y publicar el informe sobre las sugerencias, quejas, reclamaciones y felicitaciones, aunque no se hayan recibido durante el ciclo de gestión. El informe, en este sentido, sería solo para dejar constancia de este hecho.	P01 / Criterio 1 Informe AI 21/04/23
Nº	OTROS HALLAZGOS	Notas
1	Observación: evidenciar claramente el funcionamiento del proceso de información pública: cómo participan los grupos de interés en la toma de decisiones sobre la publicación de la información, cómo se recoge la información, cómo se controla, cómo se revisa periódicamente y cómo se mejora de forma continua la información que se publica.	P01 / Criterio 1 Informe AI 21/04/23

CRITERIO 2.- POLÍTICA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

2.1 El Centro tiene una política de calidad y objetivos estratégicos públicos vinculados con su sistema de garantía de calidad.

2.2. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la recogida continua, el análisis y la utilización de información (resultados, datos e indicadores) para la toma de decisiones y la mejora de la calidad de las enseñanzas.

2.3. El Centro tiene implantados procesos para asegurar la mejora continua de sus programas formativos.

Nº	REQUERIMIENTOS	Notas
1	No se evidencia la publicación en la web de la Política y Objetivos de Calidad del Centro.	P02 / Criterio 2.1
2	A fecha de la auditoría y en contra de lo establecido en el MSGCC no se cumple la frecuencia de las reuniones CGCC y CGCT (al menos una por trimestre). Respecto a la CGCC no se evidencia la publicación de actas en 2024 y en cuanto a la CGCT del Máster en Enfermería de Práctica Avanzada en Atención a la Cronicidad y la Dependencia sólo se evidencia la publicación de actas de 2019 y 2020.	MSGC / Criterio 2.2 Informe AI 21/04/23
3	A fecha de la auditoría, la CGCC tiene pendiente de designar el representante del alumnado del Máster.	Criterio 2.2 Informe AI 21/04/23

	La CGCC tiene pendiente de incluir el representante del título (CGCT) y del alumnado del Grado en Medicina.	
4	A fecha de la auditoría y en contra de lo establecido en el Manual del Sistema de Garantía de Calidad 2.0, no se evidencia la integración de un miembro con el perfil de egresado ni de PTGAS en la composición de la CGCT del Máster de Enfermería de Práctica Avanzada en Atención a la Cronicidad y a la Dependencia. No se evidencia la CGCT del Grado en Medicina.	MSGC / Criterio 2.2
5	Desarrollar acciones para activar los Grupos de Discusión en todos los títulos que imparte la Facultad. Publicar en la web el régimen, aspectos a debatir, cronograma, actas/informes con las conclusiones recogidas y análisis de las mismas (grado de satisfacción, necesidades, expectativas, ...). La información recogida será analizada, planteándose, si fuera necesario, propuestas de mejora que se incluirán en el Plan de Mejora del Centro.	P05 / Criterio 2.2
Nº	OTROS HALLAZGOS	Notas
1	Observación: evidenciar el análisis DAFO, CAME y DAFO cruzado del Centro, base de los objetivos estratégicos y cuadro de mando del Centro.	P02 / Criterio 2.1
2	Oportunidad de mejora: evidenciar que el Centro tiene en consideración aspectos fundamentales del entorno (económico, social y científico) y que recoge y consideran las aportaciones de todos los grupos de interés con cierta periodicidad.	SGCC / Criterio 2.2 Informe AI 21/04/23

CRITERIO 3.- PERSONAL DOCENTE E INVESTIGADOR

3.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la capacitación, competencia y cualificación del personal con actividad docente.

Nº	REQUERIMIENTOS	Notas

Nº	OTROS HALLAZGOS	Notas
1	Observación: el procedimiento P12 Capacitación, competencias y cualificación del PDI no incluye mecanismos para identificar las necesidades de dotación de personal académico atendiendo al perfil y características del programa formativo.	P12 / Criterio 3 Informe AI 21/04/23
2	Observación: evidenciar claramente cómo participa el Centro en los procesos transversales que gestiona la Universidad relacionados con los aspectos relacionados con el personal académico (evaluación de la calidad docente, formación del profesorado, innovación docente).	P12 / Criterio 3 Informe AI 21/04/23
3	Oportunidad de mejora: realizar un informe sobre formación e innovación docente.	P12 / Criterio 3

CRITERIO 4.- GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS

4.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la disponibilidad de recursos materiales y servicios suficientes para la oferta de actividades de aprendizaje del alumnado.

Nº	REQUERIMIENTOS	Notas

Nº	OTROS HALLAZGOS	Notas
1	Observación: aportar evidencias de cómo participa el Centro en los procesos transversales que gestiona la Universidad relacionados con la gestión de los recursos materiales y la prestación de servicios. (Comunicación con otros servicios).	P13 / Criterio 4 Informe AI 21/04/23
2	Observación: evidenciar claramente cómo el Centro controla, revisa periódicamente y mejora la gestión de los recursos materiales y servicios. Por ejemplo: documento que recoja las necesidades materiales del Centro, ficha de solicitud, documento con la planificación de adquisiciones, informe/s de revisión y mejora de recursos materiales, relación de canales de comunicación utilizado para la difusión de resultados de la gestión de los recursos materiales....	P13 / Criterio 4 Informe AI 21/04/23:
3	Oportunidad de mejora: elaborar un Plan de Mantenimiento de los recursos materiales del Centro, dónde se detallen las acciones (Programa anual de mantenimiento) que tengan como objetivo el correcto funcionamiento de las infraestructuras y los equipos disponibles en el Centro. Es necesario la revisión y actualización de dicho documento con la finalidad de determinar la efectividad del mismo y mejorar su aplicación.	P13 / Criterio 4

CRITERIO 5.- GESTIÓN Y RESULTADOS DE LOS PROCESOS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

5.1. El Centro tiene implantados procesos que garantizan que las acciones que emprende contribuye a favorecer el aprendizaje del alumnado.

Nº	REQUERIMIENTOS	Notas

Nº	OTROS HALLAZGOS	Notas
1	Observación: evidenciar la sistemática por la que el Centro recoge datos, analiza información y toma decisiones en relación con el sistema de apoyo y orientación académica y profesional del alumnado.	P15/Criterio 5 Informe AI 21/04/23
2	Oportunidad de mejora: publicar un informe/tabla con la relación detallada del alumnado con créditos reconocidos o convalidaciones por curso académico.	P14 / Criterio 5
3	Oportunidad de mejora: presentar evidencias sobre los listados de destinos de movilidad y de las plazas cubiertas.	P17 / Criterio 5
4	Oportunidad de mejora: presentar evidencias sobre los convenios para las prácticas externas, número de plazas ofertadas/cubiertas, listado de prácticas realizadas, personal académico o profesional responsable de las	P18 / Criterio 5

	tutorías de las prácticas académicas externas, guía para la elaboración de la memoria final.	
5	Oportunidad de mejora: publicar una tabla nominal del profesorado tutor de prácticas externas en la que consten: titulación, área de conocimiento, identificador del tutor/a académico/profesional, número de estudiantes tutorizados, calificaciones obtenidas por el alumnado durante los cursos académicos objeto de acreditación.	P18 / Criterio 5
6	Oportunidad de mejora: en relación al TFG/TFM publicar: - Perfil del profesorado que supervisa TFG/TFM. - Rúbrica de presentación y evaluación de TFG/TFM. - Listado de TFG/TFM y calificaciones.	P19 / Criterio 5