

**KALITATEAREN BERME SISTEMAREN DISEINUAREN  
EBALUAZIO-TXOSTENA /**

**INFORME DE EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL  
SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD**

**FACULTAD DE MEDICINA Y ENFERMERÍA  
(UPV/EHU)**

**KALITATEAREN BERME SISTEMA. DISEINUAREN EBALUAZIO-TXOSTENA /**

**INFORME DE EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD**

<b>EBALUATUTAKO ZENTRUAREN DATUAK/ DATOS DEL CENTRO EVALUADO</b>	
<b>Unibertsitatea/ Universidad</b>	UPV/EHU
<b>Zentrua/ Centro</b>	FACULTAD DE MEDICINA Y ENFERMERÍA
<b>Norainokoa/ Alcance del SGC</b>	CONJUNTO DE LAS ENSEÑANZAS QUE SE IMPARTEN EN EL CENTRO

**KALITATEAREN BERME SISTEMA. DISEINUAREN EBALUAZIOAREN BALORAZIO OROKORRA /**

**VALORACIÓN GLOBAL DE LA EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL SGC**

La Comisión AUDIT de la agencia, una vez examinada la documentación que integra el diseño del SGC del citado centro, emite la siguiente valoración global:



**POSITIVA**



**POSITIVA CONDICIONADA**



**NEGATIVA**

## COMISIÓN DE EVALUACIÓN

- José Joaquín Mira (Presidente)
- Nekane Arratibel (Vocal)
- Maria Paz Alvarez (Vocal)
- Jaime Sagarduy (Vocal)
- Imke Buss (Vocal)
- Sergio López (Vocal estudiante)
- Eva Fernández de Labastida (Secretaria técnica)

## BALORAZIO OROKORRAREN JUSTIFIKAZIOA / JUSTIFICACIÓN DE LA VALORACIÓN GLOBAL

Para la realización del presente informe, la Comisión de Evaluación ha seguido fielmente la metodología propuesta en la *Guía de Evaluación del Diseño del Sistema de Garantía de Calidad de la Formación Universitaria*.

Con objeto de poner en común las impresiones sobre la documentación aportada en respuesta al informe previo emitido, la Comisión se reunió el 27 de febrero de 2019. Aunque el presidente ha sido el responsable último de la dirección del proceso, las tareas se han realizado de forma colegiada, con la participación activa de todos los miembros de la Comisión, habiéndose consensuado todas las evaluaciones de cada directriz del Programa, así como la conclusión y contenidos del informe definitivo de evaluación del SGC.

Se considera que el presente informe responde a todas las cuestiones planteadas en el Anexo II (*Protocolo de Evaluación del Diseño de los Sistemas de Garantía de Calidad de los Centros*) de manera analítica y honesta. Se ha redactado ajustándose a la documentación disponible, ciñéndose a las cuestiones planteadas y añadiendo cuanta información aclaratoria ha sido considerada como necesaria. Los puntos fuertes y las propuestas de mejora se ajustan tanto a la documentación del SGC remitida por el Centro, como a los objetivos de este Programa.

La Comisión de Evaluación valora positivamente el esfuerzo realizado en la propuesta de diseño de Sistema de Garantía de Calidad de la formación universitaria en el marco del programa AUDIT.

La Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad del País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea cuenta con un sistema de calidad con alcance al conjunto de enseñanzas que se imparten en el centro. Es un sistema coherente, basado en la gestión por procesos, que busca asegurar un nivel de calidad de las actividades de enseñanza y de gestión de competencia de la Facultad. Se ha definido un mapa de procesos que incluye áreas de actuación relevantes. Las responsabilidades en la gestión de los procesos se han efectuado de forma adecuada. La estructura para la gestión de los procesos es coherente y realista. Se han desplegado mecanismos para captar necesidades y expectativas de los grupos de interés que se han definido. Estos procesos se miden mediante indicadores de proceso y de resultado. El sistema se corresponde con los criterios y especificaciones de AUDIT.

La Comisión de Evaluación, asigna las siguientes valoraciones a las directrices genéricas del Protocolo:

- 1.0 Política y objetivos de calidad: **SUFICIENTE**
- 1.1 Garantía de calidad de los programas formativos: **SUFICIENTE**
- 1.2 Orientación de las enseñanzas a los estudiantes: **SUFICIENTE**
- 1.3. Garantía y mejora de la calidad del PDI y de apoyo a la docencia: **SUFICIENTE**
- 1.4.a Garantía y mejora de los recursos materiales y servicios: **SUFICIENTE**
- 1.4.b Calidad del personal de administración y servicios: **SUFICIENTE**
- 1.5 Análisis y utilización de los resultados: **SUFICIENTE**
- 1.6 Publicación de información sobre las titulaciones: **SUFICIENTE**

La Comisión de Evaluación considera que, en su conjunto, las directrices presentan un nivel de adecuación suficiente para asegurar la correcta implementación del SGC. No obstante, se anima al centro a continuar reflexionando sobre las áreas de mejora propuestas.

## INDARGUNEAK /FORTALEZAS

El diseño de SGC presentado por la Facultad de Medicina y Enfermería de la UPV/EHU presenta, a juicio de la Comisión de Evaluación, las siguientes fortalezas:

- El centro ha reflexionado para realizar el diseño de un modelo de procesos de gestión y sus correspondientes procedimientos y equipos, que responden a las demandas AUDIT. En general, los procesos están bien documentados, y recogen los aspectos más relevantes de los requisitos de un sistema de calidad.
- Se identifican los grupos de interés que abarcan tanto agentes internos como externos.
- El SGC facilita el ciclo de mejora continua. El Manual de Calidad especifica las fuentes de información a utilizar en el análisis que debe llevar a cabo el Equipo de Dirección de la Escuela y que, en un futuro, originará el Informe de Gestión Anual y el Plan Anual de Mejoras.

## HOBEKUNTZA-PROPOSAMENAK /PROPUESTAS DE MEJORA

Los siguientes aspectos serán objeto de seguimiento en los próximos informes de gestión:

- Definir de manera más concreta la política y objetivos de calidad, asegurando su alineamiento con los objetivos estratégicos del centro/universidad.
- Reflexionar sobre los indicadores establecidos, sus objetivos y metas. Además, en algunos procesos y procedimientos hay indicadores específicos para cada uno de los grados que se imparten en la facultad (medicina, enfermería, fisioterapia y odontología (por ejemplo, en satisfacción de alumnado con el practicum). En cambio, se presenta un único indicador general de satisfacción con el grado. Sería interesante presentar los indicadores de cada uno de los grados de cara al seguimiento de cada una de las titulaciones, su seguimiento y mejora.
- Detallar en mayor medida cómo los diferentes grupos de interés participan en el diseño y desarrollo de los diferentes procedimientos y establecer claramente quién realiza el análisis de la información procedente de los grupos de interés. Los grupos de interés se identifican con claridad, pero no se visualizan los canales y mecanismos para mantenerles informados según sus necesidades, ni los mecanismos de evaluación para corroborar su efectividad. Es necesario especificar el procedimiento (cómo, quién, cuándo) para rendir cuentas a los grupos de interés.
- Reforzar, en general, los mecanismos de rendición de cuentas. La información sobre cómo se realiza el control, revisión periódica y mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés requiere de mayor concreción y de diferenciación según las necesidades de dichos grupos. En el procedimiento de "Gestión de la comunicación y proyección externa" se describen algunas de las vías utilizadas tanto de cara a la comunicación interna como externa. Asimismo, se considera un aspecto importante la de recibir feedback de los grupos de interés respecto de la información recibida, pero no se especifica la forma en que se recibe este feedback. Sería recomendable dar algunos pasos en dicha dirección, puesto que las vías de comunicación planteadas son bastante pasivas (carpetas compartidas, página web, ceremonia de graduación, ...).

## OHARRAK / NOTAS

Adicionalmente, cabe recordar que según lo establecido en la Resolución de 7 de marzo de 2018, de la Secretaría General de Universidades, por la que se dictan instrucciones sobre el procedimiento para la acreditación institucional de centros de universidades públicas y privadas, de cara a una futura certificación de la implantación del sistema, éste deberá demostrar mediante evidencias que:

- *La estructura definida del SGC y su implantación involucra a los diferentes grupos de interés, especialmente a los estudiantes.*
- *El equipo de gobierno:*
  - *apoya y dota de recursos al proceso de implantación del SGC, como estrategia de mejora continua de las enseñanzas impartidas y, en particular, del proceso de enseñanza-aprendizaje centrado en el estudiante.*
  - *revisa la implantación del SGC para reflexionar sobre el funcionamiento del sistema, si es adecuado y si se alcanzan los objetivos planificados. Entre otras cosas, para ello, analiza los informes (por ejemplo, de las auditorías internas, de las acciones de mejora, de los cambios en el sistema y de la satisfacción de los grupos de interés) y aprueba, en su caso, planes de mejora desarrollados.*
  - *toma decisiones sobre los planes de estudios y programas apoyándose en la información aportada por el SGC.*
- *Los indicadores recogidos en el SGC posibilitan y facilitan el seguimiento, modificación de la oferta académica y la acreditación de los títulos que imparte el centro, y su mejora continua tomando como base el análisis de los datos obtenidos. En particular, se tomarán en consideración aquellos relativos a:*
  - *datos de alumnos matriculados en cada modalidad impartida;*
  - *relación detallada de los alumnos con créditos reconocidos y del procedimiento seguido;*
  - *datos relativos a los principales indicadores de rendimiento (los establecidos en CURSA y otros que las agencias establezcan);*
  - *indicadores de satisfacción de los principales grupos de interés (al menos PDI, alumnado, egresados y PAS);*
  - *indicadores relativos al profesorado tales como porcentaje de doctores que imparten el título, porcentaje de créditos del título impartido por doctores, ratio sexenios/quinquenios entre el profesorado que imparte el título, porcentaje de actividad docente del profesorado que imparte el título que es evaluada anualmente y porcentajes de profesorado en las diferentes categorías de desempeño.*
- *En cada uno de los títulos, los datos están referidos al menos a los tres últimos cursos en los que se hayan implantado los correspondientes planes de estudio, de modo que resulte posible analizar tendencias.*
- *En cada título, se han realizado comparaciones entre los indicadores obtenidos y los objetivos de calidad establecidos.*
- *La documentación del SGC es accesible y describe de manera fiel y actualizada tanto los procesos que se llevan a cabo en el centro, como sus mecanismos de medición, análisis y mejora.*
- *El diseño de los planes de mejora incluye, al menos, un conjunto de acciones destinadas a satisfacer las necesidades detectadas, los responsables del desarrollo de dichas acciones, un plazo de ejecución, y un sistema de seguimiento y medición de su ejecución.*

- *Se contempla el desarrollo de revisiones internas, con el objetivo de determinar si el sistema está implantado adecuadamente y se mantiene de manera eficaz y eficiente.*
- *Asimismo, los centros universitarios deberán demostrar que se tienen en consideración aspectos fundamentales del entorno (económico, social y científico) y a todos los grupos de interés.*

Además, dado que el centro proviene de una fusión de centros ya existentes, el carácter único del nuevo centro será un aspecto a valorar durante la revisión de la implantación del sistema.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Eva Ferreira García'.

Fdo. Eva Ferreira García  
Directora