

PROGRAMA AUDIT

INFORME DE EVALUACIÓN EXTERNA

UNIVERSIDAD: UPV/EHU

CENTRO: Facultad de Medicina y Enfermería

Fecha visita: 13/05/2024

DATOS DEL CENTRO

Universidad	UPV/EHU
Centro	Facultad de Medicina y Enfermería
Alcance de la evaluación <i>(especificar cualquier posible exclusión)</i>	<p>Grados en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicina • Enfermería • Odontología • Fisioterapia <p>Másteres Universitarios en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neurociencias • Microbiología y Salud • Ingeniería Biomédica • Investigación Biomédica • Farmacología. Desarrollo, Evaluación y Utilización Racional de Medicamentos • Salud Pública • Envejecimiento Saludable y Calidad de Vida

DATOS DEL EQUIPO EVALUADOR

Presidente/a	José Juan Jiménez Moleon	Institución	Universidad de Granada
Vocal Profesional	M ^a Carmen Navarro de la Villa	Institución	Universidad de Sevilla
Vocal Estudiante	Araceli Quintero Igeño	Institución	Universidad de Valencia

VALORACIÓN

El equipo evaluador de Unibasq, una vez examinado el SGC del citado centro con objeto de evaluar su grado real de implantación, emite la siguiente valoración:

<input checked="" type="checkbox"/>	FAVORABLE
<input type="checkbox"/>	DESFAVORABLE

En caso de que en el informe se incluyan "Aspectos que deben ser objeto de elaboración de un plan de acciones de mejora", el centro debe elaborar un plan de acciones de mejora que será enviado a la Agencia y que será revisado por el Equipo evaluador previamente a la emisión del informe final.

Se considerará una buena práctica que en el plan de mejora se recojan también las respuestas dadas a las recomendaciones que pueda incluir el informe.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO

La actual configuración de la Facultad de Medicina y Enfermería surge de la reorganización de centros adoptada por la UPV/EHU, que ha culminado con la integración de las Escuelas Universitarias de Enfermería de Leioa y Donostia-San Sebastián y la Facultad de Medicina y Odontología en un único centro. Unibasq certificó el 27 de febrero de 2019 el diseño del SGC de la Facultad de Medicina y Enfermería de la UPV/EHU (disponible en la página web de la Facultad). En el año 2019, los másteres oficiales que se impartían en la antigua Escuela de Máster y Doctorado pasaron a ser gestionados por los diferentes centros de la UPV/EHU. En lo que respecta a la Facultad de Medicina y Enfermería se integraron en la misma 7 másteres oficiales del área de la salud, específicamente de los ámbitos de la biomedicina y calidad de vida y salud, que se han incluido en el alcance del sistema.

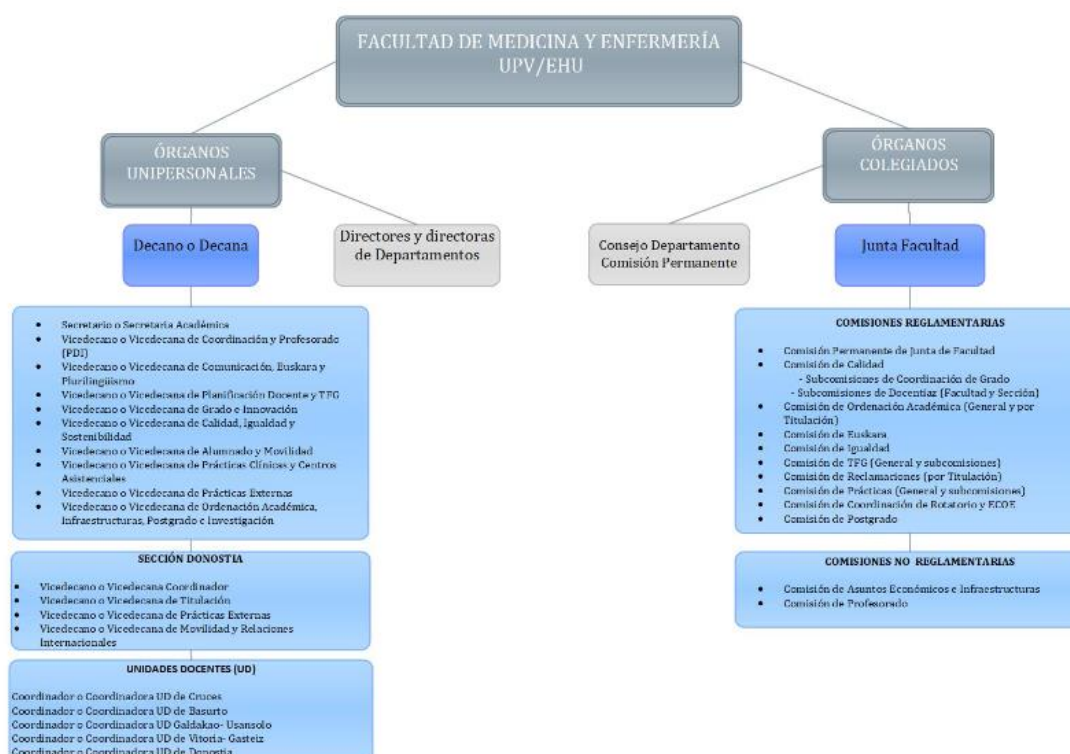
El gobierno de la Facultad corresponde a los órganos unipersonales (Equipo de Dirección) y a los órganos colegiados (Junta de Facultad, comisiones reglamentarias y no reglamentarias). Dentro de los órganos colegiados, la Junta de Centro, cuya función fundamental se sitúa en el establecimiento y aprobación de las diferentes acciones normativas, estratégicas y colectivas del Centro, está compuesta por miembros electos incluyendo PDI permanente, otro Personal PDI no permanente, Estudiantes y PAS. Además, dentro de la estructura participativa se cuenta con la labor de diferentes comisiones:

- Comisión Permanente de Junta de Facultad
- Comisión de Calidad
- Subcomisiones Docentiaz (Leioa y sección Donostia)
- Comisión de Ordenación Académica
- Comisión de Euskara
- Comisión de Igualdad de Mujeres y Hombres

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO

- Comisión de Trabajo de Fin de Grado de la Facultad
- Comisión de Coordinación de Rotatorio y ECOE
- Comisión de Prácticas Externas
- Comisión de Reclamaciones (por Titulación)
- Comisión de Postgrado
- Comisión de Asuntos económicos e infraestructuras
- Comisión de Profesorado

En todas las comisiones hay representación del PDI, PAS y estudiantes. La estructura completa puede observarse en la siguiente figura:



En la evaluación se ha prestado especial atención a la documentación del SGC, al manual de calidad, procesos y procedimientos, indicadores y registros, a los Informes y Planes Anuales de Gestión del Centro y, dentro de ellos, a los indicadores de acceso, académicos y de satisfacción, así como a las propuestas de mejora. Todos estos documentos, junto con las reuniones mantenidas durante la visita y la abundante información que se ofrece en la página web, dan una visión completa de la realidad de la Facultad.

La documentación del SGC está totalmente actualizada. La documentación de los procesos y procedimientos también está totalmente actualizada (ver en la imagen el mapa de procesos de la Facultad).

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO



La Facultad dispone en estos momentos de un plan estratégico (2018-2021) prorrogado, debido a un parón en la implementación y pendiente de Fase de actualización. Las razones de la prórroga, según el equipo decanal y miembros participantes en la visita, están relacionadas con la LOSU y el desarrollo de nuevos estatutos y reglamentos, incluyendo cambios en la comisión de calidad, circunstancias a las que hay que sumar cambios en el sistema vasco de salud más los efectos de la COVID. Circunstancias que si bien pueden justificar una prórroga temporal del plan, algunas sobrevenidas durante el periodo como la aprobación de la prórroga, parece que urge trabajar un nuevo plan estratégico. Nuevo plan estratégico que podría cubrir un periodo superior a cuatro años, aunque siempre siguiendo las recomendaciones de la UPV/EHU.

La documentación del SGC se considera suficiente e incluso puede simplificarse en algunos casos, por ejemplo, no realizando un nuevo procedimiento con lo ya regulado cuando ya existen procedimientos que lo incluyen y sólo habría que modificarlo dejando el registro de fecha de la modificación y contenido en la página existente para este objetivo. Asimismo, se crea un gran número de registros y se calculan un gran número de indicadores para algunos procedimientos de utilidad reducida. Por esta razón se puede valorar la exclusión de alguno de los indicadores de los procedimientos en los que están recogidos y/o su inclusión en procedimientos que no se acompañan de indicadores que permitan medir las acciones. En este sentido, sería recomendable revisar el carácter de algunos indicadores que no miden los resultados del proceso, su efectividad y/o

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO

eficiencia, describiéndolo simplemente. Del mismo modo, considerando el alto número de indicadores con los que se trabaja, el desarrollo de un cuadro de mando general podría ayudar al seguimiento de los indicadores y el cumplimiento o no de los objetivos marcados facilitando el trabajo.

En general, se cumple el ciclo de mejora continua en cuanto a que se planifican, realizan, analizan y plantean mejoras, indicando el seguimiento y su desarrollo. La revisión documental realizada pone de manifiesto la correcta implantación y eficacia del SGC de la Facultad. Se observa la implicación tanto del equipo directivo de la Facultad, tanto académico como técnico, con el SGC de la Facultad. Destaca el papel del personal técnico en el mantenimiento, continuidad y mejora de los procedimientos relacionados con el sistema. Papel técnico que debería considerar la UPV/EHU a la hora de facilitar la adscripción del personal al centro de trabajo.

El sistema responde al esquema general de gestión por procesos con el objetivo de mejorar continuamente las titulaciones oficiales que se imparten en el centro. No obstante, los procedimientos relacionados con los másteres ligados con el centro presentan margen de mejora respecto a otras titulaciones propias del centro. Debido a la reciente incorporación de los Másteres al Centro, sería recomendable estandarizar la documentación y los registros asociados a los procedimientos.

En definitiva, se ha comprobado que el sistema obtiene y analiza una gran cantidad de indicadores, registros y evidencias que muestran un nivel de implantación y evolución suficiente. Del análisis de la documentación aportada y de la información recogida en la visita, se pone de manifiesto la correcta implantación del SGC de la Facultad, orientado a la mejora continua de los procesos. Hay que señalar el papel de la herramienta UNIKUDE y su ayuda para evaluar y monitorizar los resultados, para actualizar los procesos cuando sea necesario, acceder a los registros, medir, revisar y continuar mejorando.

RESUMEN GLOBAL POR CADA DIRECTRIZ

VALORACIÓN Y, EN SU CASO, ASPECTOS QUE DEBEN SER OBJETO DE ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORAS		
Nro.	Directriz AUDIT	Observaciones
	1.0. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad	Se cumple la directriz.
	1.1. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos	Se cumple la directriz.
	1.2. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes	Se cumple la directriz.
	1.3. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico	Se cumple la directriz.
	1.4. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios	Se cumple la directriz.
	1.5. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados	Se cumple la directriz.
	1.6. Cómo el Centro publica información sobre las titulaciones	Se cumple la directriz.

FORTALEZAS DETECTADAS

1. Se percibe un elevado compromiso con la mejora de calidad y una notable implantación de la cultura de la calidad en el Centro.
2. Se ha observado un liderazgo efectivo del Equipo de Dirección de la Facultad, tanto académico como técnico, en la revisión e implantación del sistema.
3. La aplicación informática UNIKUDE utilizada por la Universidad facilita de forma efectiva el acceso a toda la documentación del SGC, en particular a los indicadores de seguimiento y resultados clave y generales de titulaciones, de forma que permite la monitorización de los procesos y procedimientos. Pone de manifiesto una actualización constante del SGC.
4. El Informe y Plan de Gestión del Centro contiene abundante información de la actividad de autoevaluación y mejora continua realizada por la Facultad. Se revisa desde la política de calidad hasta los resultados alcanzados en cada título, proponiendo acciones de mejora y haciendo un seguimiento de las acciones de años anteriores. Para dichas acciones se asignan responsables y se establecen plazos. Cabe destacar que tales acciones de mejora se estiman, en general, acertadas.
5. En el SGC se tienen en cuenta las aportaciones de todos los grupos de interés.
6. En el apartado de Gestión de la Calidad de la web se pueden encontrar, tanto los Informes Anuales de Gestión y Planificación, como los Informes de Seguimiento y Acreditación de Titulaciones, todos ellos considerados relevantes para la rendición de cuentas tanto a la sociedad como a los grupos de interés internos y externos de la Universidad.
7. La documentación aportada y las evidencias contrastadas durante la visita manifiestan una Gestión de la Formación destacable, se realiza un gran trabajo en la coordinación y planificación de las Titulaciones.
8. Se percibe una gran capacidad del Centro para la adaptación a los cambios, tanto a nivel de infraestructuras como a nivel de personal pasando por la integración de Facultades, Escuelas y nuevos títulos asociados.
9. El Plan de Sostenibilidad en el Centro es un avance en el camino hacia el buen hacer en la gestión de acuerdo con parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
10. Existe un plan de adecuación para la sistematización de procedimientos y planificación previa para la integración de la nueva plantilla de PTGAS.
11. Hay que destacar fortalezas en la gestión de la formación en cuanto a planificación-coordinación, prácticas, programas de movilidad y trabajos de fin de estudios, tanto de grado como de posgrado. Procedimientos integrados en el sistema de calidad que se reevalúan anualmente y de dificultad en una Facultad que reúne diferentes títulos de Ciencias de la Salud, tanto de grado como de posgrado y en campus distintos.

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

1. Retomar el proceso de elaboración del nuevo plan estratégico del centro adecuándose a la nueva normativa y las directrices de la UPV/EHU.
2. Incorporar mecanismos para valorar la eficacia de los canales de información que se utilizan para mantener informados a los grupos de interés buscando alternativas para diferenciar información relevante, como encuestas de satisfacción o planificación docente, de información de menor trascendencia y que dificulta identificar los mensajes de correo realmente importantes.
3. Considerar, en las revisiones del SGC su simplificación. En particular, analizar la utilidad de los indicadores y reducir su número. Si no se calcula un indicador o no se utiliza, se puede considerar su eliminación. En aquellos procedimientos en los que no existan indicadores, valorar si son necesarios.
4. Desarrollar un cuadro de mandos con los indicadores de interés para facilitar su seguimiento y analizar los resultados de los procedimientos y/o acciones de mejora propuestas.
5. Realizar una reflexión compartida, junto a la UPV/EHU, para mejorar la eficacia y eficiencia del sistema. La selección de una serie de indicadores clave podría constituir un cuadro de mando que simplificase la toma de decisiones.
6. Valorar la eliminación de procedimientos que ya están descritos en la normativa o que, por su nivel de digitalización o porque el centro es un mero intermediario, no parecen aportar valor añadido.
7. Estandarizar los registros y la documentación asociada a los Másteres recientemente incorporados en la gestión del Centro.
8. Desarrollar los protocolos de "Riesgos Psicosociales" y "Formación profesionalizada para equipos gestores."