



AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN
DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN

PROGRAMA AUDIT:

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

**FACULTAD DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA**

Versión 01

Noviembre, 2009

INFORME DE EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL SISTEMA DE GARANTÍA INTERNA DE CALIDAD (SGIC)

DATOS DEL CENTRO EVALUADO	
Universidad	Universidad de Málaga
Centro	Facultad de Medicina
Alcance del SGIC	Todas las titulaciones oficiales que se imparten en el referido Centro y de los que es responsable, en sus niveles de Grado, Máster y Doctorado

VALORACIÓN GLOBAL DE LA EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL SGIC

La Comisión de Certificación de ANECA, una vez examinada la documentación que integra el diseño del SGIC del citado centro, emite la siguiente valoración global:

- POSITIVA**
- POSITIVA CONDICIONADA**
- NEGATIVA**

ANTECEDENTES

Partiendo como referencia del SGIC de la E.U. de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga, ya evaluado positivamente en marzo de 2009, y de acuerdo al compromiso de adhesión a aquel, manifestado por el Decano/ Director del Centro, el diseño del SGIC de la Facultad de Medicina, ha modificado en parte la documentación original, remitiendo una propuesta adaptada a las características del mencionado Centro, para su evaluación por la ANECA.

JUSTIFICACIÓN DE LA VALORACIÓN GLOBAL

La Comisión de Evaluación de ANECA, emite su valoración, basándose en las siguientes consideraciones:

La Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga presenta los siguientes documentos:

- 1.- Manual de Garantía de Calidad
- 2.- Manual de Procedimientos.
- 3.- Tabla de procesos del Sistema, indicando los que corresponden específicamente al Centro.

Según indicaciones de la Universidad de Málaga, se solicita que se evalúe únicamente el diseño de los procesos que corresponden al Centro, no aquellos cuyo responsable es un órgano general de la Universidad que se consideran ya evaluados.

La comisión permanente asume que las modificaciones necesarias para la evaluación favorable del SIGC de la EU de Ciencias de la Salud han sido también incluidas por el centro, por lo que no se incide más en este asunto.

Se ha analizado el Manual del SGIC presentado, en lo que corresponde a la descripción del Centro y a las estructuras de las que se dota para el desarrollo del SGIC.

Sobre el Manual de Procesos, se han revisado los siguientes procesos que son responsabilidad del Centro, en este caso, Facultad de Medicina:

Código	Denominación
PE01	Elaboración y revisión de la política y objetivos de calidad
PE05	Medición, análisis y mejora continua
PC01	Diseño de la oferta formativa de los Centros
PC02	Garantía de calidad de los programas formativos
PC04	Definición de perfiles y captación de estudiantes
PC05	Orientación a los estudiantes
PC06	Planificación y desarrollo de la enseñanza
PC07	Evaluación del aprendizaje
PC11	Gestión de las prácticas externas
PC12	Análisis y medición de los resultados de la formación
PC14	Información pública
PA01	Gestión y control de los documentos y los registros
PA09	Gestión de recursos materiales
PA10	Gestión de los servicios
PA11	Gestión y revisión de incidencias, reclamaciones y sugerencias
PA12	Satisfacción de necesidades y expectativas de los grupos de interés

JUSTIFICACIÓN DE LA VALORACIÓN GLOBAL

La documentación presentada reproduce el modelo ya aprobado de la Universidad de Málaga. En lo que refiere a cada proceso, el esquema seguido para su presentación también es el mismo. A continuación, se incluyen observaciones sobre la documentación revisada. Todo aquello no explícitamente comentado se asume informado favorablemente.

La Comisión de Evaluación de los proyectos presentados en el marco del programa AUDIT, considera, una vez examinada la documentación aportada por la Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga, emitir la siguiente valoración:

VALORACIÓN GLOBAL POSITIVA

PROPUESTAS DE MEJORA

ANECA recomienda a la Facultad de Medicina atender las mismas propuestas de mejora indicadas en el informe entregado al Centro cuya documentación se ha utilizado como referente, y además las especificadas a continuación:

1. En general, se debería mantener la coherencia en la referencia a los distintos órganos. En el caso de la Junta de Centro, aparece mencionada como Junta de Centro, de Escuela y de Facultad, a lo largo de la documentación aportada.
2. En la definición de la política y los objetivos de calidad (PE01), los objetivos de calidad establecidos no suponen una mejora de la docencia o del propio SGIC. En este mismo proceso, desaparece la Junta de Centro como órgano responsable, de manera que el Centro queda representado a través de la Comisión de Garantía de la Calidad, el Coordinador de Calidad y el Decano del Centro. Debería aclararse este punto.
3. Como observaciones a los procesos donde el Centro es el órgano responsable, deberían tenerse en cuenta los siguientes aspectos:
 - PC01. Diseño de la oferta formativa: en este proceso el circuito para el diseño de los nuevos másteres no queda inequívocamente especificado. También en este proceso, aunque se indica que la medición se realizará a partir de las tasas que se incluyen en el Anexo I, y la información relativa a la empleabilidad de los egresados. Sin embargo, en el listado de indicadores que se asocian no se consideran estos aspectos.

PROPUESTAS DE MEJORA

- PC02. Garantía de calidad de los programas formativos: se hace referencia al Comité de Garantía de Calidad, cuando debería hacer mención a la Comisión de Garantía de Calidad.
- PC07. Evaluación del aprendizaje: las responsabilidades de los distintos actores del proceso recogidas en su desarrollo no son coherentes con lo establecido en el flujograma (por ejemplo, el papel del Consejo de Departamento).
- PC12. Análisis y medición de los resultados de la formación: se detecta una incoherencia entre la responsabilidad de la aprobación del informe-memoria anual de resultados (en el flujograma se indica que la realiza la UTC y en el desarrollo del proceso dice que será la Junta de Centro).
- PC14. Información pública: no queda claro en qué casos la información a publicar ha de ser aprobada por el Equipo de Dirección del Centro o por la Junta del Centro.

PROCEDIMIENTO PARA LA REEVALUACIÓN DEL DISEÑO

No procede.