



AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN  
DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN

Guía Certificación AUDIT. Doc. 05. Anexo III

# **PROGRAMA AUDIT**

## **INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA**

**UNIVERSIDAD DE MURCIA**  
**FACULTAD DE VETERINARIA**

**Versión 01**

**Septiembre, 2013**

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	<b>INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DE LA IMPLANTACIÓN DEL SGIC EN LA UNIVERSIDAD DE MURCIA – FACULTAD DE VETERINARIA</b>
---	---

## DATOS DEL CENTRO AUDITADO

<b>Universidad</b>	UNIVERSIDAD DE MURCIA
<b>Centro</b>	FACULTAD DE VETERINARIA
<b>Alcance de la auditoría</b> <i>(especificar cualquier posible exclusión)</i>	Todas las titulaciones oficiales que se imparten en el referido Centro y de los que es responsable.

## TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

<b>Preauditoría</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Inicial</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Seguimiento</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Renovación</b>	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	----------------	-------------------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------

*Márquese con una "X" lo que proceda*

## REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

<b>Nombre</b>	D. Antonio López Cabanes
<b>Cargo</b>	Delegado del Rector para la Calidad
<b>Tfno. y correo</b>	dircal@um.es      609625212

*Podrá tratarse del representante legal de la institución, o bien de la persona de contacto declarada en la solicitud*

## DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

<b>Auditor Jefe</b>	Olga Diente Barragán	<b>Institución</b>	APPLUS
<b>Auditor</b>	Miguel Ángel López Domingo	<b>Institución</b>	UNIZAR
<b>Aud. Formación</b>	-	<b>Institución</b>	-

### VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)

El equipo auditor de la Agencia certificadora, una vez examinado el SGIC del citado Centro con objeto de evaluar su grado real de implantación, emite la siguiente valoración previa: (2)

<input type="checkbox"/>	<b>FAVORABLE</b>
<input type="checkbox"/>	<b>FAVORABLE CON CONDICIONES</b>
<input type="checkbox"/>	<b>DESFAVORABLE</b>

- (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 SGIC, 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 correctoras** que en su caso haya de presentar la organización auditada. Esta información será de **uso restringido para la Agencia**.

### JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

- (3) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones correctoras** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

## **INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA**

La auditoría se desarrolló de acuerdo a la planificación acordada entre la UMU y ANECA.

No se constató la existencia de ninguna incidencia relevante durante el curso de aquella.

Es oportuno hacer constar la total colaboración y disponibilidad de todo el personal de la Universidad de Murcia en general y de la Facultad de Veterinaria en particular.

## MANIFESTACIÓN DE NO CONFORMIDAD DEL AUDITADO

Recibido el Informe de Auditoría Externa correspondiente a la realizada en la Facultad de Veterinaria de la Universidad de Murcia en julio de 2013 y reunido el Representante de la Institución Auditada con Decano y Vicedecano de Calidad de la Facultad referida, queremos manifestar nuestra NO CONFORMIDAD con las siguientes observaciones que figuran en el Informe anteriormente indicado:

**OBSERVACIÓN 4:** *“Existe un mecanismo de alegaciones, reclamaciones y sugerencias (Buzón) que no aparece reflejado en el PA04-Gestión de Incidencias. Se deben corregir las incoherencias entre lo definido en el diseño y lo que realmente está implantado”*

En el procedimiento PA04 (Gestión de incidencias) en el punto 5.1 se indica, entre otros, que *“Las incidencias (S-Q-R-F) se podrán interponer, preferentemente por escrito dirigido al Equipo de Dirección del Centro, a través de fax, correo postal o electrónico o vía página web, siendo deseable cumplimentar la hoja de incidencias (S-Q-R-F, F01-PA04)”*. Entendemos que el mecanismo al que se hace referencia en el Informe de Auditoría sí que se refleja en el procedimiento (es una página o buzón web). En cuanto a las incoherencias entre diseño e implantación, no entendemos a cuáles se refiere, por lo que sugerimos que se modifique la redacción de la observación eliminando el primer párrafo y detallando las incoherencias a que se refiere.

**OBSERVACIÓN 5:** *“Es recomendable establecer valores objetivos en los indicadores que se han establecido en el SGIC”*.

Sugerimos que se modifique la redacción incluyendo “indicadores clave” en vez de “indicadores”, ya que entendemos que no todos los indicadores incluidos en nuestro SGC deben tener objetivo sólo los realmente clave o críticos.

**OBSERVACIÓN 7:** *“Se recomienda solicitar a Relaciones Institucionales la satisfacción de los alumnos con la movilidad, para poder realizar un análisis de la adecuación de las mismas”*

Sugerimos que se modifique la redacción cambiando “Relaciones Institucionales” por “Relaciones Internacionales”, nombre del servicio responsable de los temas de movilidad

**OBSERVACIÓN 9:** *“Incorporar en la documentación del SGIC cómo se define el perfil de egreso de los estudiantes”*

Entendemos que el perfil de egreso de los estudiantes de cada titulación figura en la Memoria enviada a verificación/acreditación, por lo que no vemos sentido a que figure otra vez en la documentación del SGC. En consecuencia sugerimos que se elimine esta observación.

**OBSERVACIÓN 11:** *“Se recomienda ampliar los indicadores relativos a los recursos materiales y servicios que permitan establecer acciones de mejora del alcance de la directriz 1.4”*

Entendemos que no procede esta observación ya que ni en la directriz 1.4 del programa AUDIT ni en el modelo ACREDITA de la ANECA se hace referencia a utilizar indicadores relativos a los recursos materiales y servicios. Sí se indica en este modelo ACREDITA que se ha de analizar la adecuación de dichos recursos y servicios al número de estudiantes y a las actividades formativas programadas, como se recoge en el SGC diseñado y aplicado en la UMU.

Por último, sugerimos que en el cuadro de **DEBILIDADES/OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS EN EL SGIC** se elimine el párrafo: *“Adicionalmente, se sugiere atender las recomendaciones recogidas en evaluaciones previas, detalladas en el apartado anterior de este informe”* ya que en el apartado anterior del informe no se realiza ninguna recomendación.

## 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.*

Directriz AUDIT		Directriz AUDIT	
1.0. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad	No Conf.	1.2. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes	No Conf.
1.0.1. Declaración pública y por escrito que recoja su política, alcance y objetivos de calidad		<i>1.2.1. Disponer de sistemas de información para valorar las necesidades del Centro</i>	
1.0.2. Grupos de interés implicados		1.2.2. Mecanismos para obtener y valorar información sobre los procesos anteriores	
1.0.3. Configuración del sistema para su despliegue		1.2.3. Mecanismos que regulen las directrices que afectan a los estudiantes	
1.0.4. Acciones para la mejora continua de la política y objetivos de calidad		1.2.4. Mejora continua de los procesos relacionados con los estudiantes	
1.0.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés		1.2.5. Procedimientos de toma de decisiones relacionados con los estudiantes	
1.1. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos	No Conf.	1.2.6. Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje	
<i>1.1.1. Órganos y procedimientos para la mejora continua de los títulos</i>		1.2.7. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.1.2. Sistemas de información para la mejora de la oferta formativa		1.3. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico	No Conf.
1.1.3. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos		1.3.1. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico	
<i>1.1.4. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión</i>		1.3.2. Recogida de información sobre resultados de su personal académico	
1.1.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés	<b>1</b>	<i>1.3.3. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico</i>	
1.1.6. Criterios para la eventual suspensión del título		1.3.4. Toma de decisiones relativas al acceso, evaluación y promoción	
<b>OBSERVACIONES:</b> Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas  Por cada subcriterio se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varios subcriterios		1.3.5. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal	
		1.3.6. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	

*(Sigue)*

Directriz AUDIT		Directriz AUDIT	
1.4. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios	No Conf.	1.6. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones	No Conf.
1.4.1. Obtención de información sobre requisitos de gestión de los recursos materiales y servicios		<i>1.6.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y programas</i>	
1.4.2. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		<i>1.6.2. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.</i>	
1.4.3. Mejora continua de su política y actuaciones relativas al PAS y servicios		1.6.3. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	<b>1</b>
1.4.4. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		1.6.4. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de la información sobre programas y títulos	
1.4.5. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios		<b>OBSERVACIONES:</b>  Por su vinculación con el proceso de reacreditación de titulaciones, los subapartados resaltados en color rojo deberán ser siempre auditados, y los resultados, documentados en el apartado que corresponda de este informe.	
1.4.6. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios			
1.4.7. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios			
1.5. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados	No Conf.		
1.5.1. Obtención de información sobre necesidades de los grupos de interés sobre calidad de la enseñanza			
<i>1.5.2. Recogida de información sobre resultados de aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de grupos de interés</i>			
<i>1.5.3. Mejora continua de los resultados y la fiabilidad de los datos utilizados</i>			
1.5.4. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados			
1.5.5. Procesos de toma de decisiones relacionados con los resultados			
<i>1.5.6. Implicación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados</i>			
1.5.7. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados			

## DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	1.1.5 y 1.6.3	No están disponibles en la página Web todos los informes de los títulos presentados a modificación que permitan una adecuada rendición de cuentas y de información pública.	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** ). Requiere en todos los casos un plan de acción de mejoras
  - No conformidad menor ( **nc** ). Queda a criterio de la organización auditada su inclusión en el plan de acciones de mejora que en su caso deba presentar a la Agencia.

## **RESULTADO DE LA REVISIÓN GLOBAL DE LAS MODIFICACIONES INTRODUCIDAS EN LA DOCUMENTACIÓN DEL SGIC (de acuerdo al Anexo VI)**

En noviembre de 2011, cuando se conoció la información requerida para el seguimiento de las titulaciones, la UMU revisó la documentación del SGIC de los Centros, con objetivo de simplificar la misma.

A continuación se incorpora la tabla dónde se resumen el nº de procesos, evidencias e indicadores actuales.

	SGIC original	SGC revisado
Nº procesos	25	18
Nº evidencias	86	50
Nº indicadores	72	49

Uno de los principales cambios incorporados en la documentación del sistema, es cómo el Centro gestiona los recursos materiales y servicios (directriz 1.4). La documentación actual del sistema indica que la gestión de los recursos materiales se realiza en la revisión anual del sistema, evaluando si el inventario que se incluye en la memoria de la titulación sigue siendo adecuado. No se establecen indicadores para esta directriz.

De forma general, los cambios incorporados se consideran adecuados.

## **FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SGIC (DISEÑO Y/O IMPLEMENTACIÓN)**

Se consideran fortalezas del SGIC auditado las siguientes:

1. Durante el desarrollo de la auditoría se evidencia una gran implicación de todas las partes en la implementación del SGIC del Centro, desde el Delegado del Rector para Calidad, Decano, Coordinador de Calidad y el resto de personas entrevistadas.
2. Gestión y tratamiento de las reclamaciones de los alumnos.
3. Registro y seguimiento de los indicadores definidos en el SGIC.
4. Información recogida en las actas de la Comisión de Garantía de Calidad.
5. Definición y evaluación de las competencias de las titulaciones incorporadas en las Guías Docentes.
6. Gestión de las encuestas de análisis de satisfacción de las prácticas curriculares.
7. Memorias anuales del centro.
8. Se ha realizado un esfuerzo importante en la simplificación de la documentación del SGIC así como en el nº de indicadores establecidos.
9. Se está desarrollando a nivel de UMU una aplicación informática para la gestión de las evidencias, indicadores etc. del SGIC. Esta herramienta facilitará el seguimiento de los indicadores establecidos y la propuesta de acciones de mejora.
10. El Centro dispone, a través de su página web, de un sistema de recogida de reclamaciones y sugerencias que permite la apertura de las mismas, de forma anónima, lo que fomenta la participación de los diferentes grupos de interés en este proceso.

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

**En relación a los apartados que serían objeto de reconocimiento de cara a la reacreditación de titulaciones oficiales ofertadas por el Centro:** (Según Documento Marco - Evaluación para la renovación de la acreditación de títulos oficiales de Grado, Máster y Doctorado - Programa ACREDITA, en fase borrador), se pone de manifiesto que:

### **DIRECTRIZ 1.1. CALIDAD DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS**

#### 1.1.1 Existen órganos y procedimientos para la mejora continua de los títulos.

En la documentación SGIC de la Universidad de Murcia se han desarrollado los procedimientos necesarios, que recogen lo responsables y metodología para la revisión de los títulos.

#### 1.1.4 Se dispone de mecanismos para implementar las mejoras derivados del proceso de revisión.

Se están midiendo los diferentes indicadores establecidos la documentación del SGIC relativos a esta directriz así como las acciones de mejora necesarias (Plan de Mejoras del Centro).

### **DIRECTRIZ 1.2. ORIENTACIÓN DE LA ENSEÑANZA A LOS ESTUDIANTES**

#### 1.2.1 Se dispone de sistemas de información para valorar las necesidades del centro.

La documentación del SGIC desarrollada por la Universidad de Murcia incorpora indicadores que permiten valorar las diferentes subdirectrices de Audit y en concreto las necesidades del Centro. Se muestra evidencia de la medida de estos indicadores así como del seguimiento de los mismos.

### **DIRECTRIZ 1.3. PERSONAL ACADÉMICO**

#### 1.3.3 Se realizan acciones para la mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico.

Se establecen acciones de mejora del seguimiento de los indicadores

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

### **DIRECTRIZ 1.5. ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

#### **1.5.2 Recogida de información sobre resultados de aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de grupos de interés.**

Durante el desarrollo de la auditoría se muestran evidencias sobre esta subdirectriz a través de encuestas a los alumnos.

#### **1.5.3 Mejora continua de los resultados y la fiabilidad de los datos utilizados**

Se identifica como punto fuerte nº3 la medición y seguimiento de los indicadores establecidos.

#### **1.5.6 Implicación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados.**

Se identifica como punto fuerte nº3 la medición y seguimiento de los indicadores establecidos.

### **DIRECTRIZ 1.6. PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LAS TITULACIONES**

#### **1.6.1 Se aplican procedimientos para obtener información sobre el desarrollo de titulaciones y programas.**

La documentación del SGIC establece mecanismo para la obtención de información de las titulaciones y programas. Durante el desarrollo de la auditoría se constató la implantación de los mismos.

#### **1.6.2 Se aplican procedimientos para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.**

Durante el desarrollo de la auditoría se ha podido constatar que a través de la página web se informa a los grupos de interés sobre los diferentes aspectos indicados en esta subdirectriz, aunque no siempre la información está actualizada tal y como se indica en la NC nº 1.

## **DEBILIDADES/ OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS EN EL SGIC**

Se invita a la Facultad de Veterinaria de la Universidad de Murcia a elaborar un plan de acciones correctoras para dar respuesta a las no conformidades expuestas en el apartado de "Detalle de las no conformidades".

Adicionalmente, se sugiere atender las recomendaciones recogidas en evaluaciones previas, detalladas en el apartado anterior de este informe.

Asimismo, y como oportunidades generales de mejora, se citan:

1. No se muestra evidencia de los IN01, IN02 e IN03 relativos al PA04 Incorporar en el PA04 el Buzón de sugerencias de la página web para la gestión de las quejas y sugerencias.
2. No existe evidencia de estudios de la inserción laboral del Máster Universitario de Fauna Silvestre, tal y como se establece en la documentación del SGIC.
3. Se recomienda adjuntar a las actas de la Comisión de Garantía de Calidad la información aportada para su análisis, para una correcta trazabilidad documental.
4. Existe un mecanismo de alegaciones, reclamaciones y sugerencias (Buzón) que no aparece reflejado en el PA04-Gestión de Incidencias. Se deben corregir las incoherencias entre lo definido en el diseño y lo que realmente está implantado.
5. Es recomendable establecer valores objetivos en los indicadores que se han establecido en el SGIC.
6. Se recomienda solicitar al COIE las encuestas de satisfacción de las prácticas extracurriculares realizadas por los alumnos.
7. Se recomienda solicitar a Relaciones Institucionales la satisfacción de los alumnos con la movilidad, para poder realizar un análisis de la adecuación de las mismas.
8. Evaluar qué información pública de la web es de acceso sólo para el Centro y/o para el resto de los grupos de interés.
9. Incorporar en la documentación del SGIC cómo se define el perfil de egreso de los estudiantes.

## **DEBILIDADES/ OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS EN EL SGIC**

10. Se recomienda revisar la sistemática para el seguimiento de las áreas de mejora identificadas según lo indicado en el PM01, con objeto de mejorar su trazabilidad y gestión.

11. Se recomienda ampliar los indicadores relativos a los recursos materiales y servicio que permitan establecer acciones de mejora del alcance de la directriz 1.4.

Como aspecto general, se recomienda seguir trabajando en la línea definida en la documentación diseñada. Es preciso valorar el esfuerzo que se ha hecho y el que queda, analizar la evolución del Sistema de Garantía de Calidad, los avances realizados, la eficacia y eficiencia de los métodos implantados, de sus herramientas, etc, lo que repercutirá en mejorar todos los criterios AUDIT hasta alcanzar una implementación total del modelo definido.

## PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
D. Antonio José Rouco	Decano
D. Francisco Laredo	Coordinador de Calidad
D. Juan Seva	Coordinador de Titulación CTA
D <sup>a</sup> . Rocío/Diego Romero	Coordinador de Máster Fauna Silvestre
D <sup>a</sup> . Cristina Martínez	Alumno
D <sup>a</sup> . Cristina Pérez	Alumno
D <sup>a</sup> . M <sup>a</sup> José Carrión	Alumno
D. Pablo Gambín	Alumno
D. Rodrigo Diego	Alumno
D. Juan Manuel García	Alumno

## EXCUSADOS


NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
_____	_____


## DISPOSICIÓN FINAL

El representante de la institución auditada manifiesta haber recibido copia de este informe, así como una explicación de sus conclusiones.

En el supuesto de haberse detectado no conformidades de tipo mayor, la organización auditada se compromete a elaborar un plan de acciones correctivas que será remitido a la Agencia evaluadora en un plazo de veinte días laborables desde la recepción de este informe. En dicho plan se especificará para cada no conformidad el estudio de sus causas, la/s acción/es correctoras o de mejora propuesta/s, el/ los responsables de su implantación y el plazo de tiempo estimado para su ejecución.

En Madrid, a 24 de septiembre de 2013

Por la institución auditada
  D. Antonio López Cabanes Delegado del Rector para la Calidad Murcia, 3 de octubre de 2013

Por el equipo auditor (1)
  Da: Olga Diente Barragán Cargo: Auditor Jefe <i>(1) Auditor de mayor rango del equipo</i>