



PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE MEDICINA

Fecha emisión informe: 27/06/22



**INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO
EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE
MURCIA**

Fecha: 27/06/22

DATOS DEL CENTRO AUDITADO

Universidad	UNIVERSIDAD DE MURCIA
Centro	FACULTAD DE MEDICINA
Alcance de la auditoría (especificar cualquier posible exclusión)	Todos los procesos recogidos dentro del alcance de su SAIC. Todas las titulaciones oficiales que se imparten en el referido Centro y de los que es responsable.
Fecha de la auditoría	22 de marzo de 2022

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

Preauditoria		Inicial	X	Seguimiento		Renovación	
---------------------	--	----------------	----------	--------------------	--	-------------------	--

Márquese con una "X" lo que proceda

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	Antonio Rouco Yáñez
Cargo	Coordinador de Calidad
Tfno. y/o correo	arouco@um.es

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

DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

Auditor Jefe	Arturo Alvear González	Institución	Universidad de Burgos
Auditor	M ^a Pilar Castelao de Simón	Institución	Universidad Politécnica de Madrid
Aud. Formación	-	Institución	-

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría se desarrolló de acuerdo a la agenda pactada entre el equipo auditor y el Centro auditado.

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.

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
1. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad	No Conf.	3. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes	No Conf.
1.1. Mecanismos para la aprobación y actualización periódica de la política y objetivos de calidad	1	3.1. Sistemas de información para satisfacer las necesidades de apoyo y orientación de los estudiantes	
1.2. Inclusión de aspectos vinculados a valores focales del Centro		3.2. Procedimientos para la toma de decisiones relacionadas con los estudiantes	
1.3. Participación de los grupos de interés		3.3. Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje	
1.4. Difusión y conocimiento por los grupos de interés		3.4. Mecanismos que regulen y difundan las normativas que afectan a los estudiantes	
1.5. Configuración del sistema para su despliegue		3.5. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico	No Conf.
2. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos	No Conf.	4.1. Revisión de la política institucional sobre personal académico	
2.1. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos		4.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal académico	
2.2. Alineación de los planes de estudios con su estrategia y las necesidades sociales		4.3. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico	
2.3. Órganos, grupos y procedimientos para la mejora continua de los títulos durante su ciclo de vida		4.4. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	2 y 3
2.4. Mecanismos para valorar el mantenimiento y relevancia de su oferta formativa		4.5. Procesos de toma de decisión en las actividades que afectan directamente al personal académico	
2.5. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		4.6. Mecanismos de refuerzo y mejora en el rol docente e investigador del personal académico	
2.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4.7. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	
OBSERVACIONES:		<ul style="list-style-type: none"> • Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices 	
<ul style="list-style-type: none"> • Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas 			

(Sigue)

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
5. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos y servicios (PAS)	No Conf.	7. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones y otras actividades	No Conf.
5.1. Revisión de la política institucional y actuaciones de mejora sobre el PAS	4	7.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y otras actividades	
5.2. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios		7.2. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de información sobre los títulos	
5.3. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		7.3. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.	
5.4. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios		7.4. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	
5.5. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		7.5. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos	
5.6. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios		8. Cómo el Centro garantiza el mantenimiento y actualización del SAIC	No Conf.
6. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados	No Conf.	8.1. Procedimiento de control, revisión y mejora continua del SAIC	
6.1. Mecanismos que evalúen los procesos de toma de decisiones sobre los resultados del SAIC		8.2. Participación de los grupos de interés en el diseño, implantación y mantenimiento del SAIC	
6.2. Participación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados		8.3. Procedimiento para el acceso a la documentación del SAIC y su adecuada descripción del Centro	
6.3. Mecanismos válidos de recogida de información sobre resultados del SAIC		8.4. Conocimiento operativo del SAIC por los grupos de interés	
6.4. Revisión y mejora de los indicadores y de los sistemas de análisis utilizados		8.5. Conservación de los registros generados por el SAIC	
6.5. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados de los procesos del SAIC		8.6. Procedimiento para el desarrollo de auditorías internas periódicas al SAIC	
6.6. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos		8.7. Evaluación externa periódica del SAIC	

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	1.1	Dentro de la rendición de cuentas en relación con el cumplimiento de la política y objetivos del Centro, establecida en la directriz AUDIT 1.6 y el proceso PE01, no se evidencia la identificación, medición y revisión de objetivos específicos y cuantificables.	nc
2	4.4	Con respecto a la sistemática para la garantía de la calidad de los procesos de evaluación del desempeño, promoción y reconocimiento del personal académico, dentro del proceso PA05 no se evidencian referencias a cuestiones como el desarrollo de la carrera profesional o el programa Docentium.	nc
3	4.4 5.1	Con respecto a la sistemática para la garantía de la calidad de los procesos de evaluación de la actividad que desarrolla el PAS, dentro del proceso PA05 no se clarifican las cuestiones y aspectos a realizar a la vista del texto expuesto: <i>La evaluación de la actividad que desarrolla el PAS se realizará de forma global cuando se evalúe, con fines de mejora o de reconocimiento, la titulación o el Centro en el que prestan sus servicios, y/o cuando lo establezca Gerencia.</i>	nc
4	5.1	No se evidencia dentro de mapa de procesos ni del MSAIC, una sistemática para la definición, revisión y mejora continua de la garantía de calidad del personal de administración y servicios de la Universidad/Centro/Título, más allá del PAS de apoyo a la docencia, asegurando su cualificación y desarrollo de competencias, acorde con lo establecido en la directriz AUDIT 5.1.	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). Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SAIC, que compromete de forma grave, o puede llegar a hacerlo, el logro de los objetivos de calidad del Centro o de las enseñanzas que imparte.
- No conformidad menor (nc). Aquella que, por su naturaleza o singularidad, supone una desviación leve de lo establecido en el SAIC, y no se derivan las mismas consecuencias negativas que en el caso de las NCM.

El tratamiento de las NCM, así como de las nc recogidas en el informe final de auditoría, deberá ser documentado en el Plan de Acciones de Mejora (PAM).

Nota aclaratoria:

Es oportuno destacar que, como norma general, el informe de auditoría debe recoger una imagen lo más fiel posible a la situación del SAIC en el Centro auditado, **en la fecha en la cual se produjo la visita del equipo auditor**. En este sentido, y si bien se acepta que puedan haberse llevado a cabo diversas actividades de mejora en fechas posteriores, éstas no necesariamente tienen que ser incorporadas en la segunda versión del informe.

Será en su tercera y definitiva versión, aquella que se elabora por el equipo auditor tras proceder al análisis del PAM (Plan de Acciones de Mejora), donde sí cabe incorporar (capítulo de "Disposición final") valoraciones no solo basadas en compromisos de acciones futuras, sino también en las evidencias de acciones de mejora ya realizadas, a fecha de remisión del referido Plan.

**OPORTUNIDADES DE MEJORA / OBSERVACIONES GENERALES
AL SAIC** *(excluyendo las no conformidades)*

Se realiza la auditoría de la implantación del SAIC de la Facultad de Medicina (en adelante, Centro) de la Universidad de Murcia (en adelante, UM), con el alcance a sus 4 títulos de Grado y sus 8 títulos de Máster.

Con carácter previo a la visita se han cotejado las evidencias alojadas de manera pública en la página web del Centro, alimentada principalmente por la aplicación UNICA, así como las actualizaciones documentales recibidas por correo electrónico.

Las entrevistas realizadas han tratado de verificar y comprobar el desarrollo de los procedimientos conforme a lo prescrito en la documentación del SAIC. El alcance de las audiencias mantenidas se ha ajustado a la agenda de visita consensuada junto con el Centro, permitiendo al equipo auditor mantener reuniones con profesorado, alumnado, empleadores, egresados, personal de administración y servicios y responsables orgánicos de calidad para ratificar el cumplimiento de los procesos en lo que tiene que ver con su rol en la comunidad universitaria.

La última revisión del Manual del Sistema de Aseguramiento Interno de la Calidad (MSAIC) del Centro fue aprobada por la Junta de Facultad el 31 de enero de 2022, incluyendo en esta última revisión el proceso de Auditorías Internas y los cambios normativos tras el Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre.

Tanto en 2016 como en 2018, se realizaron profundas revisiones del sistema, como consecuencia tras normativa de seguimiento y acreditación, y tras cambios en el Equipo de Gobierno de la Universidad, en primer lugar y tras cambio en el Equipo de Gobierno de la Universidad, para adaptarlo al nuevo modelo AUDIT en segundo lugar.

El proceso PA07. Auditorías internas se aprueba en su versión inicial el 20 de enero de 2020, así como en 2021 se realizan dos actualizaciones del mismo para dar cabida a lo relevante tras el curso de formación en auditorías internas y la incorporación de auditores en prácticas, si bien en la fecha de la visita externa de este equipo auditor no se evidencian resultados de dicho proceso acorde con la temporalidad bienal, tal y como figura en el punto 3 del proceso, cuestión que será de especial seguimiento en posteriores visitas externas.

El alcance temporal de la auditoría de seguimiento que se expone en este informe incide en los cursos 16/17, 17/18, 18/19, 19/20 y 20/21.

Con carácter de recomendación y/o elemento de reflexión, se facilitan al Centro los siguientes aspectos relativos al propio SAIC:

OPORTUNIDADES DE MEJORA (OM)

OM1. Establecer y evidenciar los cambios introducidos en cada versión revisada de la política y objetivos de calidad acorde con el alcance temporal establecido en el PE01 del SAIC del Centro que establece una periodicidad como mínimo bienal y que debe dejar constancia en acta de la revisión realizada, teniendo en consideración lo establecido en la directriz AUDIT 1.1.

**OPORTUNIDADES DE MEJORA / OBSERVACIONES GENERALES
AL SAIC** *(excluyendo las no conformidades)*

- OM2. Con respecto a la participación del personal académico y de apoyo a la docencia en la definición de la política del personal y su desarrollo, no se evidencia dentro del proceso PA05, en contra de lo establecido en la directriz AUDIT 4.2.
- OM3. Acorde al Criterio AUDIT 2, se recomienda potenciar, dentro del proceso PE02. *Ciclo de vida de las titulaciones*, un mayor nivel de detalle en lo referente a los mecanismos, necesidades de la sociedad y procesos para cada una de sus etapas, haciendo un especial hincapié en este último aspecto y principalmente en el nivel de detalle de la revisión periódica/seguimiento del título.
- OM4. A la vista de las evidencias aportadas y en las sesiones mantenidas, se recomienda potenciar los mecanismos de toma de decisiones relativo a la oferta formativa, tal y como se recoge en la directriz AUDIT 2.1, a la vista de la falta de docencia del Máster Universitario en Fisioterapia Neurológica del Niño y el Adulto durante un curso académico por una cuestión particular de la coordinación del título.
- OM5. En contra de lo especificado en la directriz 1.3 del modelo AUDIT, no se evidencia la implicación del PAS y otros grupos de interés internos y externos en la definición, implicación, revisión y mejora de la política y objetivos de calidad del Centro, acorde a lo establecido en el PE01 y que se muestra también en el último párrafo de la página 32 del MSAIC donde prevalece la figura del Decano o Decana.
- OM6. En relación con la orientación de sus enseñanzas a los estudiantes, acorde con lo establecido en el Capítulo 6 del MSAIC del Centro y en la directriz AUDIT 3.1, se recomienda incluir la normativa de la UM dentro de la información relacionada, las cuestiones relativas a garantía de calidad del reconocimiento de calificaciones, créditos y/o cualificación profesional obtenida.
- OM7. Dentro de proceso PC04. Orientación a estudiantes y acorde con lo indicado en la directriz AUDIT 3.5, se recomienda establecer objetivos y metas a los indicadores establecidos.
- OM8. Dentro de la sistemática del Centro y acorde con lo establecido en la directriz AUDIT 3.1 punto 9, se recomienda formalizar el seguimiento de los egresados y empleadores, potenciando el vínculo con la Facultad.
- OM9. Dentro del proceso del ciclo de vida de los programas formativos, principalmente en los másteres, se recomienda garantizar y nivelar los valores ofertados verificados y en caso de no cumplirse sucesivamente, establecer modificaciones de dichos programas formativos, incluyendo las acciones a realizar dentro del plan de mejora.
- OM10. Se recomienda potenciar el análisis, revisión y mejora de aspectos vinculados con los programas formativos, acorde con lo establecido en el criterio AUDIT 2 así como en los informes externos, como pueden ser los horarios en el Máster Universitario en Fisioterapia Neurológica del Niño y del Adulto, la realización de prácticas curriculares en farmacia o en hospital del Grado en Farmacia y la gestión del personal académico

**OPORTUNIDADES DE MEJORA / OBSERVACIONES GENERALES
AL SAIC** *(excluyendo las no conformidades)*

del Grado en Medicina, dado que en su mayoría es clínico, lo que implica ciertos cambios de última hora.

OM11. Se recomienda ampliar el desarrollo del proceso PC04 Orientación a estudiantes, de manera que se mejore la organización y planificación para su posterior evaluación, revisión y mejora en el seguimiento.

OM12. A la vista de la directriz AUDIT 3.1 punto 8 sobre la gestión de reclamaciones, quejas, sugerencias y felicitaciones, se recomienda ampliar la sistemática del proceso PA04. Gestión de Incidencias (SQRF) integrando, en la medida de lo posible, los buzones existentes y evitar posibles duplicidades y solapes.

OM13. El proceso PA06. Gestión de Materiales y Servicios, no aporta indicadores sobre aspectos relacionados con discapacidad, seguridad o gestión medioambiental, acorde con la directriz AUDIT 5.3.

OM14. La aplicación UNICA se muestra como una herramienta adecuada para la gestión de la información y documentación, dando respuesta a las necesidades para agilizar estos procesos, si bien se puede seguir trabajando en depurar ciertos aspectos como pueden ser la alimentación compartida de la información y la estructuración y actualización de los contenidos, por ejemplo, Plan de Recogida de Opiniones Vs Informes de Indicadores, falta información.

OM15. Dentro del diseño del proceso PA06 se evidencia únicamente un indicador relacionado con la disponibilidad de bibliografía IN01-PA06, indicando en el documento de proceso marco el texto: "ello no es óbice para que los Centros propongan para gestionar adecuadamente su SAIC otros indicadores" no mostrando la adecuación procedimental al Centro, que evidencia otros indicadores en el panel de indicadores del Centro relacionados con la Biblioteca, lo que se considera adecuado, si bien no se establecen indicadores sobre otras cuestiones que figuran en el desarrollo (identificación, inventario, préstamos internos y externos, etc.) OM13. Dentro del SAIC no se evidencia una sistemática en el proceso PA05 con indicadores asociados que permitan establecer la política y actuación institucional del personal de administración y servicios, más allá del personal de apoyo a la docencia.

OM16. Valorar la inclusión en el proceso PA03. Satisfacción, Expectativas y Necesidades de las encuestas particulares evidenciadas durante la visita como complemento a las establecidas en la sistemática, dado que dentro del plan de recogidas de opiniones no se realizan anualmente de todos los grupos de interés para todas las titulaciones.

OM17. Dentro del proceso PC08. Inserción laboral se recomienda llevar asociado un marco temporal de cuándo y a qué títulos se realiza los estudios, de manera que se dé respuesta a las necesidades de información.

OM18. Se evidencia la elaboración anual del Plan de Recogida de opiniones acorde a lo expuesto en el proceso PA03, si bien, a la vista de las evidencias aportadas y las sesiones mantenidas, se recomienda ampliar la temporalidad de los estudios para

**OPORTUNIDADES DE MEJORA / OBSERVACIONES GENERALES
AL SAIC** *(excluyendo las no conformidades)*

poder tener información anual de todos los grupos de interés en cada una de las titulaciones.

OM19. Se sugiere iniciar la puesta en marcha de la recogida de información sobre empleadores, más allá de la encuesta a estancias prácticas de la OIP.

OM20. Se recomienda implantar una normativa interna para garantizar la fiabilidad de la recogida de resultados de satisfacción de los diferentes grupos de interés.

OM21. Alinear la gestión de los registros generados con la información pública dentro del proceso PC09. Información Pública y rendición de cuentas, valorando la inclusión de aspectos relacionados con la diversidad.

OM22. Si bien la sistemática AUDIT no precisa explícitamente la firma de documentos, se recomienda recoger, en la medida de lo posible, dentro de la gestión documental del sistema, la firma física o electrónica de los documentos, así como el quorum existente en la sesión.

OM23. Integrar las actualizaciones en la publicación de información pública que se realizan desde el título, así como incluir esta actividad dentro del proceso como añadido a lo establecido en el desarrollo de la CAC y de la Coordinación de Calidad del Centro.

OM24. Si bien no es una premisa obligatoria, se hace necesario establecer indicadores que permitan mediar y analizar para una adecuada toma de decisiones procedimental en lo relativo al proceso PC09 sobre la publicación de la información.

OM25. Unificar la denominación dentro del MSAIC entre "Comisión de Garantía de Calidad" y "Comisión de Aseguramiento de Calidad".

OM26. Unificar la denominación dentro del MSAIC entre "Unidad para la Calidad" y "Unidad de Calidad".

OM27. Acorde con lo establecido en la directriz ANECA 6.3, se recomienda establecer una sistemática de aseguramiento de la validez y significación de los datos obtenidos, así como su análisis y acciones de mejora vinculadas, como es el caso de la participación en las encuestas de opinión de los diferentes grupos de interés en las dos titulaciones del Centro.

OM28. Se recomienda dar homogeneidad a la información web presentada so la composición de la Comisión de Aseguramiento de la Calidad de la Facultad de Medicina, establecida en el punto 3.3 del Manual del SAIC de la Facultad y alineado con la directriz AUDIT 8.1, publicando los nombres de los/as coordinadores/as de Máster miembros de la Comisión de Aseguramiento de Calidad, como así se realiza con el resto de miembros.

OM29. Acorde a lo establecido en la directriz AUDIT 8.3, a la vista de la documentación aportado y las sesiones mantenidas, se hace necesario potenciar la particularidad de la sistemática del Centro, o bien clarificar tanto documental como operativamente, la diferenciación entre los procesos y manual marco de la UM elaborado y distribuido

**OPORTUNIDADES DE MEJORA / OBSERVACIONES GENERALES
AL SAIC** *(excluyendo las no conformidades)*

desde la UC y los propios del Centro, haciéndolo particular y adaptado a sus necesidades, requerimientos y expectativas.

OM30. Acorde con la directriz AUDIT 8.4, a la vista de las evidencias aportadas y las sesiones mantenidas, se hace necesario potenciar una sistemática que permita ampliar el conocimiento operativo de lo previsto en la documentación del SAIC a todos los grupos de interés.

FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SAIC *(en su diseño e/o implementación)*

PF1. El alcance de los diferentes informes de revisión del Título, Centro y Departamento, que hacen uso de todas las fuentes de información accesibles al Centro para su análisis, toma de decisión, y puesta en marcha de mejoras para el curso académico siguiente.

PF2. Impulso, involucración y compromiso de diferentes agentes internos implicados, destacando la Unidad de Calidad (UC) como eje vertebrador y alimentador del sistema, así como otros Servicios y Unidades que aportan una alimentación de la aplicación informática para la gestión de la mejora continua del Centro.

PF3. Compromiso de las personas a nivel Centro y Titulación, como figuras imprescindibles en la gestión de calidad del Centro, dado el volumen de títulos de Grado y Máster en el Centro, así como la complejidad en la coordinación de los diferentes grupos de interés internos y externos.

PF4. De manera institucional, la UM dispone del sistema UNICA como sistema de recogida de información, que facilita su análisis y traslado a planes anuales de mejora para cada titulación del Centro, pudiendo así mantener, revisar y actualizar la oferta formativa, acorde a lo establecido en la directriz ANECA 2.4.

PF5. El engranaje de la sistemática de garantía de calidad evidencia un alto compromiso institucional de la Universidad de Murcia y de la Facultad de Medicina en la mejora continua, destacando el empuje y apoyo de la Unidad para la Calidad y del PAS de la Facultad de Medicina de la UM.

PF6. Dentro de las herramientas para la gestión de los registros se valora positivamente el cuadro de procesos a tratar.

PF7. Se evidencia una adecuada interrelación y comunicación entre los grupos de interés implicados en todo el alcance del SAIC del Centro, que permite solucionar los problemas de manera rápida y eficiente

PF8. Si bien dentro de la sistemática no se evidencia adecuadamente, las sesiones mantenidas evidencian un alto grado de implicación del personal docente e investigador con la participación en la innovación educativa.

FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SAIC *(en su diseño e/o implementación)*

- PF9. Se valora positivamente la implicación y adaptación a la formación en la metodología de simulación tanto del profesorado como del alumnado.
- PF10. Como parte a integrar en la sistemática, más allá del PAS de apoyo a la docencia, se evidencia un alto grado de satisfacción de los grupos de interés con el PAS de secretaría y Bibliotecas.
- PF11. Se evidencia un alto nivel formativo y de conocimientos de los egresados que supera en ocasiones las expectativas, destacando el Máster Universitario en Fisioterapia Neurológica del Niño y el Adulto, del Grado en Farmacia y del Grado en Medicina.
- PF12. Como parte de la política de calidad del Centro, se evidencia un alto contacto con empleadores y mercado laboral, si bien se recomienda integrar las acciones más allá de la participación en comisiones y juntas orgánicas de la Facultad.
- PF13. Destaca la integración en la vida del Centro de los distintos niveles de estructura organizativa del Centro, implicando a todos los grupos de interés y como son muchas las personas implicadas, en cierta medida permite que la información pueda llegar a diferentes agentes implicados. En este sentido se muestra como la velocidad en este sentido es diferente entre Grados y Máster, al igual que sería bueno incluir el nombre de los y las coordinadores/as de Máster dentro de la información sobre miembros actuales de la CAC, así como destacar la creación de subcomisiones específicas como es el caso de la Subcomisión para la modificación del plan de estudios del Grado en Medicina.
- PF14. Potenciar el plan de captación de alumnos especialmente en las titulaciones de la Facultad de Medicina que se alejan de las plazas ofertadas.
- PF15. Implicación de los estudiantes, llegando a tener un buen espíritu constructivo y de mejora, se ven escuchados y lo valoran muy positivamente, aquí destaca la gestión de un buzón de quejas y sugerencias propio en la Delegación de estudiantes. Informe de Calidad de cada asignatura.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Alfonsa García Ayala	Vicerrectora de Coordinación y Calidad
Rafael Ferrando Martínez	Jefe del Área de Calidad e Innovación
Carmen Robles Moreno	Decana de la Facultad
Virginia Pérez Fernández	Vicedecana de Calidad
Roberto C. López Cabanes	Técnico de la Unidad para la Calidad
Juana M. Ortiz Sánchez	Vicedecana de Farmacia
M ^a Elena del Baño Aledo	Vicedecana de Fisioterapia
Francisco J. Gómez García	Vicedecano de Odontología
Diego Salmerón Martínez	Vicedecano de Estudiantes
Francisco Gumbao Baño	PAS Decanato
Alberto Jiménez Alcaraz	Alumno miembro del CAC
Vanessa Roldán Schilling	Coordinadora MU. Hematología y Oncología Clínico Exp.
Mariano Martínez González	Coordinador MU. Fisioterapia Neurológica del Niño y del Adulto
María Matilde Moreno Cascales	Coordinadora MU. Anatomía Aplicada a la Clínica
M ^a José López Hernández	Secretaria Decanato
Rosa M ^a Espín Amor	Jefa Secretaría de la Facultad
Juan J. Mirete Tomás	PAS Secretaría de la Facultad
Mariana Lozano Garrido	PAS MU. Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud
Juan Francisco Madrid Cuevas	PDI Medicina
M ^a de Gracia Adánez Martínez	PDI Medicina y Coordinadora Sala Simulación Medicina
Francesc Medina Mirapeix	PDI Fisioterapia
Luis Alberto Bravo González	PDI Odontología
M ^a del Pilar Almela Rojo	PDI Farmacia
Julián J. Arense Gonzalo	PDI Farmacia y PDI MU. Salud Pública
Raquel Pina Ballesta	Estudiante de Medicina
Manuel Flores Peñalver	Estudiante de Odontología
Conrado Sánchez García	Estudiante de Fisioterapia
Darío Medina Domínguez	Estudiante de Farmacia
José Quereda Ruiz	Estudiante del MU. Fisioterapia Neurológica del Niño y del Adulto
José Domingo Cubillana Herrero	Jefe de Docencia de la Arrixaca
José Manuel Felices Abad	Egresado de Medicina y MU. Anatomía
Domingo A. Sánchez Martínez	Egresado de Medicina
M ^a Jesús Rodríguez Arcas	Propietaria de Farmacia y Secretaria Colegio Farmacéuticos de Murcia
Ángel Penalva Belmonte	Egresado de Farmacia
Carlos Rabal Conesa	Propietario Clínica de Fisioterapia
Juan Antonio Ruiz Roca	Propietario Clínica Odontológica
Antonio Javier Hidalgo Pérez	Egresado Odontología
Maravillas Martínez Fernández	Egresada de Fisioterapia

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN

DISPOSICIÓN FINAL

VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)	
<p>El equipo auditor de la Agencia certificadora, una vez examinado el SAIC del citado Centro con objeto de evaluar su grado real de implantación, así como los compromisos recogidos (en su caso) en el plan de acciones de mejora emite la siguiente valoración previa: (2)</p>	
<input checked="" type="checkbox"/>	FAVORABLE
<input type="checkbox"/>	DESFAVORABLE

- (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 SAIC, 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 de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)			
<p>1. El equipo auditor considera que el SAIC de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia se ha implantado, de manera general, satisfactoria y ajustadamente tanto a lo determinado por el manual y procesos del sistema como a las directrices del Programa AUDIT.</p> <p>2. La Facultad de Medicina, en su plan de mejoras, recoge las medidas necesarias para solventar las cuatro no conformidades que este informe incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ nc1: Desglosar, durante los meses de septiembre/octubre de 2022, los objetivos específicos medibles y cuantificables en la próxima reunión de la CAC y establecer una correcta formulación y un panel de indicadores con el apoyo de la Unidad para la Calidad. Igualmente aprobar estos objetivos para el próximo curso en la CAC y en la Junta de Centro tal y como recoge la sistemática del SAIC. ○ nc2: Solicitar a la Unidad para la Calidad en julio de 2022 la revisión y modificación para el curso 2022/23 del PA05 de la Gestión del personal académico y de apoyo a la docencia, de manera que incorpore aquellos aspectos competenciales del Vicerrectorado de Profesorado y del Área de Recursos Humanos, como son la evaluación del desempeño, promoción y reconocimiento del PDI. En lo relativo a la incorporación en el PA05 de lo relativo al aseguramiento de la calidad docente a través del programa DOCENTIUM, se establece su inclusión en el momento de certificación de su implantación. ○ nc3: Solicitar en julio de 2022 a la Gerencia los informes de resultados de la evaluación de la actividad que desarrolla el PAS del Centro así como solicitar a la Unidad para la 			
<table border="1"> <tr> <td>Guía Certificación AUDIT. Doc. 05. Anexo II</td> <td>Página 13 de 17</td> <td>Versión 03</td> </tr> </table>	Guía Certificación AUDIT. Doc. 05. Anexo II	Página 13 de 17	Versión 03
Guía Certificación AUDIT. Doc. 05. Anexo II	Página 13 de 17	Versión 03	

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

Calidad la revisión del PA05 para clarificar las cuestiones referentes a la evaluación del PAS, siendo este el aspecto sobre el que prestar especial atención de manera que se fije una sistemática, metodología, variables, tiempos, ... y demás cuestiones que se consideren oportunos para la evaluación de la actividad del PAS.

- nc4: Solicitar a la Unidad para la Calidad en julio de 2022 la revisión y modificación para el curso 2022/23 del PA05 para aclarar la terminología y evitar confusiones entre los tipos de PAS, así como continuar analizando los resultados en el CFYDP, si bien se recomienda potenciar otros campos más allá de la formación como mejora del puesto de trabajo.

De manera general, se considera que las propuestas de mejora subsanan las cuatro no conformidades, si bien serán de especial seguimiento en próximas auditorías internas del SAIC del Centro, bajo el procedimiento PA07, que teniendo en cuenta la temporalidad se realizará en 2023.

3. El centro atiende directamente 21 de las 30 oportunidades de mejora en los términos:

- OM1: Durante la próxima revisión de la política y objetivos de calidad, se va a comprobar que se realizan las revisiones de la política y objetivos de calidad, con una periodicidad como mínimo bienal (PE01), dejando constancia de las mismas en las actas correspondientes de la Comisión de Aseguramiento de la Calidad del Centro, así como se va a incorporar como información adicional un documento específico en que se reflejen los cambios realizados, conservando el histórico de las revisiones anteriores en la web.
- OM3: Solicitar a la Unidad para la Calidad en julio de 2022 la revisión y modificación para el curso 2022/23 del PE02 para que se recoja un mayor nivel de detalle la forma en que se hace la revisión y seguimiento anual de cada título.
- OM4: Potenciar desde el curso 2022-23 los mecanismos de toma de decisiones con relación a la oferta formativa, evitando en lo posible problemas de coordinación o impartición de títulos, a la vista de la falta de docencia en el MU. Fisioterapia Neurológica del Niño y el Adulto durante un curso académico por una cuestión particular de la coordinación del título.
- OM5: durante septiembre/octubre de 2022 se va a realizar una difusión activa de la política y objetivos de calidad del centro a través del correo electrónico institucional y la página web del centro. No solamente para que todas las personas interesadas la conozcan sino también para hacerles partícipes del proceso indicándoles la posibilidad de realizar sugerencias, aportaciones, comentarios, etc.
- OM6: durante el curso 2022/23 se va a incluir en el plan de orientación información detallada sobre la distinta normativa que afecta a los estudiantes y donde pueden consultarla, en concreto cuestiones relativas al reconocimiento de calificaciones, créditos y/o cualificación profesional obtenida.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

- OM7: durante el curso 2022/23 se va a solicitar a la Unidad para la Calidad la revisión y modificación del PC04, así como revisar los indicadores establecidos para el PC04, incluyendo, en los casos que se vea conveniente, y a partir de los datos del curso previo, objetivos y metas para el siguiente.
- OM8: durante el curso 2022/23 se va a solicitar al COIE una ampliación del seguimiento y la relación que se mantiene con los egresados y empleadores, así como se van a potenciar del Centro con colegios profesionales, propietarios de clínicas, ... y finalmente se van a potenciar las actuaciones sobre orientación profesional en colaboración con colegios profesionales, clínicas y otros agentes sociales. Con todo, se recomienda incluir estas cuestiones dentro de la sistemática del SAIC del Centro, acorde con lo establecido en la directriz 3.1 punto 9.
- OM9: durante el curso 2022/23 y sucesivos, se quiere insistir a las comisiones académicas de los títulos de la Facultad para que analicen y revisen la situación de estos títulos, solicitando en su caso la modificación del título. Sobre esta línea, se recomienda potenciar este análisis y revisión sobre los valores ofertados verificados.
- OM10: durante el curso 2022/23 y sucesivos, se quiere insistir a las comisiones académicas de los títulos de la Facultad para que analicen y revisen los aspectos relacionados con los programas formativos. Sobre esta línea, se recomienda potenciar este análisis y revisión principalmente en los horarios en el Máster Universitario en Fisioterapia Neurológica del Niño y del Adulto, la realización de prácticas curriculares en farmacia o en hospital del Grado en Farmacia y la gestión del personal académico del Grado en Medicina, dado que en su mayoría es clínico, lo que implica ciertos cambios de última hora.
- OM11: vinculada con la OM7.
- OM14: Desde junio de 2022 se encuentra resuelto la cumplimentación en tiempo y forma de las tareas que se incluyen en la aplicación UNICA (documentación, actas, ...) cuestión apoyada por el soporte de mantenimiento y de incorporación de nuevas funcionales de dicha aplicación.
- OM16: durante julio de 2022 se va a incluir informes de desarrollo de los Grados que se realizan desde la Delegación de alumnos de Medicina y Odontología, así como se va a incluir dicho informe como evidencia en el PA03.
- OM18: durante el curso 2022/23 se va a revisar por parte de la CAC el plan de recogida de opiniones anuales, para evaluar la periodicidad de las encuestas y modificarlo en caso necesario.
- OM19: durante el curso 2022/23 se valorará la posible separación entre las encuestas a empleadores y encuestas a tutores de prácticas/empleadores.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

- OM21: durante el curso 2022/23 se va a incluir un apartado visible en la web con información sobre la Comisión de Diversidad de la Facultad, incluyendo igualmente un enlace al Servicio de Atención a la Diversidad de la UM.
 - OM22: durante el curso 2022/23 la CAC va a revisar y determinar el tipo de documentos que deben incorporar firma y responsable/s de dicha firma.
 - OM23: durante el curso 2022/23 desde la CAC se continuará con la importancia de la revisión y mantenimiento de la información pública, si bien se recomienda contemplar este aspecto dentro del proceso.
 - OM25 y OM26: durante las revisiones a realizar en el curso 2022/23, se va a revisar la denominación de la comisión en la información pública y los documentos del sistema, con el apoyo de la Unidad para la Calidad, en lo relativo a la unificación terminológica de "Comisión de Garantía de Calidad" y "Comisión de Aseguramiento de Calidad" y de "Unidad para la Calidad" y "Unidad de Calidad".
 - OM28: durante junio de 2022 se actualiza en la web los nombres de los/as coordinadores/as de Máster, miembros de la Comisión de Aseguramiento de Calidad.
 - OM30: durante el curso 2022/23, se va a realizar formación sobre el SAIC a los grupos de interés, así como desde la CAC se analizará la periodicidad adecuada para estas charlas.
4. Dentro del plan de mejoras, se evidencia un error en el texto expuesto por el equipo evaluador en la OM27, donde se indican "dos titulaciones del centro", siendo el texto correcto "las titulaciones del centro". Con esto, Acorde con lo establecido en la directriz ANECA 6.3, se recomienda establecer una sistemática de aseguramiento de la validez y significación de los datos obtenidos, así como su análisis y acciones de mejora vinculadas, como es el caso de la participación en las encuestas de opinión de los diferentes grupos de interés en las titulaciones del Centro.
5. Dentro del plan de mejoras, el Centro valora el traslado de 6 oportunidades de mejora a la Unidad para la Calidad de la Universidad de Murcia, realizando en algunas de ellas la solicitud a la Unidad para la Calidad en julio de 2022 y la revisión del SAIC en el curso 2022/23 (OM2 para fomentar la participación del personal académico y de apoyo a la docencia en la definición de la política del personal y su desarrollo dentro del PA05; OM12 para ampliar la sistemática del proceso PA04. Gestión de Incidencias (SQRF) integrando, en la medida de lo posible, los buzones existentes, así como los informes de los estudiantes al respecto, para evitar posibles duplicidades y solapes; OM13 para incrementar los indicadores del PA06; OM15 para la inclusión de la participación del personal de administración y servicios, más allá el personal de apoyo a la docencia, en la definición de la política de personal y su desarrollo dentro del PA05; OM15 para incluir indicadores en el PA06 sobre aspectos relacionados con identificación, inventario, préstamos internos y externos, ...; OM24 para valorar la revisión y modificación del PC09 que permita establecer la periodicidad de la publicación; OM29 para potenciar la particularidad de la sistemática



JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

del Centro o clarificar tanto documental como operativamente la diferenciación entre los procesos y manual marco de la UM, acorde con lo establecido en la directriz AUDIT 8.3.

No se valoran dentro del Plan de Mejoras el análisis las oportunidades de mejora OM17. *Dentro del proceso PC08. Inserción laboral se recomienda llevar asociado un marco temporal de cuándo y a qué títulos se realiza los estudios, de manera que se dé respuesta a las necesidades de información y OM20. Se recomienda implantar una normativa interna para garantizar la fiabilidad de la recogida de resultados de satisfacción de los diferentes grupos de interés.*

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

En Burgos, a 27/06/2022

Por el equipo auditor

D/a. Arturo Alvear González
Auditor jefe