




PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE ÓPTICA Y OPTOMETRÍA

Fecha emisión informe: 27/06/22

	INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE ÓPTICA Y OPTOMETRÍA DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA
	Fecha: 27/06/22

DATOS DEL CENTRO AUDITADO

Universidad	UNIVERSIDAD DE MURCIA
Centro	FACULTAD DE ÓPTICA Y OPTOMETRÍA
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	23 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.

Durante la primera sesión el Auditor Jefe no pudo conectarse por problemas de conexión, siendo la auditora M^a Pilar la encargada de dirigir la sesión. Estos problemas se solucionan en las siguientes sesiones, no ocasionando problemas al adecuado desarrollo de las audiencias con los distintos grupos de interés.

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		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	1	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	2	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	3 y 4
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: • Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas			
• Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices			

(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	5	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

N.º No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	1.2	No se evidencian actas de la comisión de coordinación desde el curso 2019/20 hacia atrás	nc
2	1.5	En los planes de recogida de opiniones no está recogido el grupo de empleadores ni para el curso 2019/20 ni para el 2020/21	nc
3	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
4	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
5	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 Óptica y Optometría (en adelante, Centro) de la Universidad de Murcia (en adelante, UM), con el alcance a su título de Grado y su título 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 12 de marzo de 2020, incluyendo en esta última revisión el proceso de Auditorías Internas, siguiendo las recomendaciones de Auditorías Internas realizadas y acorde con el Modelo AUDIT de 2018.

En diciembre de 2018 concluyó una profunda revisión del sistema, como consecuencia del Equipo de Gobierno de la UM y de la necesidad de adaptarlo al nuevo modelo AUDIT 2018, todo ello cuajó con la implantación y actualización de procesos.

En diciembre de 2019 se realizó la primera auditoría interna del SAIC del Centro, si bien aún no figuraba el marco procedimental dentro del SAIC. Una vez aprobado el proceso PA07 de Auditorías Internas en su versión inicial en enero de 2020, así como tras sus dos revisiones en febrero y junio de 2021, en diciembre de 2021 se realiza la segunda auditoría interna del SAIC del Centro, cumpliendo así con la temporalidad establecida de al menos una auditoría interna cada dos años.

En este último informe de la Auditoría Interna se detectaron una serie de Hallazgos y de Observaciones / No Conformidades para cada uno de los Criterios del Modelo de Evaluación de AUDIT, alineado con los Criterios y Directrices para el aseguramiento de la calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior (ESG).

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)

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

- 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.
- OM2. 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.
- OM3. De las sesiones mantenidas, se recomienda adaptar la normativa y sistemática marco de la UM a un Centro con 1 título de Grado y 1 título de Máster, de manera que no se dupliquen órganos y comisiones con los mismos miembros.
- OM4. 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.
- OM5. 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, más allá del uso de redes de forma particular y por iniciativas privadas.
- 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 del proceso PC07 y acorde a la directriz AUDIT 3.1 en su punto 7 sobre la realización de prácticas y acorde a los 18 créditos del plan de estudios del Grado, se recomienda incluir un mayor alcance en el apartado de indicadores para la revisión, de manera que se incluyan indicadores relacionados con las prácticas externas curriculares.
- OM8. 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.
- OM9. Dentro del Grado, se recomienda potenciar la modificación de la organización de la docencia y su ajuste temporal de las asignaturas de plan de estudios, así como la

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

adaptación de las guías docentes.

OM10. 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, dado que se evidencia el seguimiento de los planes de orientación hasta 2015.

OM11. Dentro de la sistemática del PC04, se recomienda clarificar, tras las sesiones mantenidas, la interrelación con el PAT.

OM12. 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.

OM13. 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, así como los informes de los estudiantes al respecto, para evitar posibles duplicidades y solapes.

OM14. A la vista de las sesiones mantenidas, se recomienda clarificar la población de PAS a encuestar dado que se comparte con otros Centros, tanto en laboratorios como en secretaría.

OM15. 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.

OM16. 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.

OM17. Dentro del proceso PA06. Gestión de los recursos materiales y servicios, se evidencia un único indicador IN01-PA06 Disponibilidad de bibliografía recomendada, se recomienda integrar los aspectos de la directriz AUDIT 5.3, sobre los mecanismos para obtener, valorar y utilizar información atendiendo, entre otros, a los aspectos relacionados con discapacidad, seguridad y prevención de riesgos, y gestión medioambiental.

OM18. 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.

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

- OM19. 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, así como aquellas preguntas que se definen dentro de la CAC.
- OM20. 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.
- OM21. En lo referente al acceso al mercado laboral de los egresados de las titulaciones del Centro, se recomienda potenciar y mejorar la adquisición de un mayor grado en soft skills, como el trabajo de cara al público y trato con el paciente principalmente, si bien en 3º y 4º curso del Grado se traen a pacientes y van mejorando estas habilidades.
- OM22. 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 poder tener información anual de todos los grupos de interés en cada una de las titulaciones.
- OM23. 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.
- OM24. 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.)
- OM25. Se recomienda implantar una normativa interna para garantizar la fiabilidad de la recogida de resultados de satisfacción de los diferentes grupos de interés.
- OM26. 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.
- OM27. 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

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

aspectos relacionados con la diversidad.

OM28. 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.

OM29. 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.

OM30. 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.

OM31. 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 desde la UC y los propios del Centro, haciéndolo particular y adaptado a sus necesidades, requerimientos y expectativas.

OM32. Acore 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 para la 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

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

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 Óptica y Optometría en la mejora continua, destacando el empuje y apoyo de la Unidad para la Calidad y del PAS, tanto el vinculado a este Centro como a la Facultad de Química.

PF6. 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

PF7. Se valora muy positivamente al profesorado de la UM, tanto dentro como fuera de la institución, teniendo relevancia en un marco internacional.

PF8. 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.

PF9. Se valora muy positivamente tanto por este equipo auditor como por los grupos de interés entrevistados, la existencia y accesibilidad de la Clínica Universitaria de Visión Integral (CUVI).

PF10. Se valora positivamente la aplicación GESTA para la comunicación de la secretaría del Centro con los estudiantes.

PF11. 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.

PF12. 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
Eloy Ángel Villegas Ruíz	Decano
Josefa Bastida Rodríguez	Secretaria de la Facultad
Pedro Prieto Corrales	Vicedecano de Planificación Académica
Marcelino Avilés Trigueros	Vicedecano de Calidad
Caridad Galindo Romero	Vicedecana de Empresa y Comunicación
Rafael Ferrando Martínez	Representante UNICA
Alfonsa García Ayala	Vicerrectora de Calidad
Maria Pilar Gámez Cabezas	Representante del PAS
Maria Dolores Fernández Rodríguez	Representante UNICA
Emma Martínez Alonso	Representante PDI
David Martínez Sánchez	Delegado de la Facultad
Diego García Ayuso	Profesor/Tutor
Diego López Alcón	Profesor/Tutor
Edmundo Usón González	Profesor/Tutor
Esther Berrio López	Profesora/Tutora
Francisco Lara Lacárcel	Profesor/Tutor
Maria Dolores Murcia Almagro	Profesora/Tutora
Paloma Sobrado Calvo	Profesora/Tutora
Paloma Vicente Aranda	Subdelegada de la Facultad
Omar El Farour Mekhissi Berakeche	Estudiante
Patricia Castillo Viguera	Estudiante
Jeymi Lilibeth Bernabe Ramos	Estudiante
M ^a Ester Mainar Andreu	COORM
Beatriz Gargallo Martínez	Empleadora
Almudena Guillén Viguera	Empleadora
Elsa Alberó Ros	Egresada
Begoña Sánchez Juliana	Egresada
María Apolinaria Sánchez Sánchez	Egresada
Consuelo Robles García	Egresada
Beatriz García Martínez-Lozano	Egresada

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Lourdes Fernández Fernández	Estudiante
Iryna Standret	Estudiante
José Manuel Maldonado Pérez	Estudiante

DISPOSICIÓN FINAL

VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)

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)

<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)

- El equipo auditor considera que el SAIC de la Facultad de Óptica y Optometría 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.
- La Facultad de Óptica y Optometría, en su plan de mejoras, recoge las medidas necesarias para solventar las cinco no conformidades que este informe incluye:
 - nc1: *Recopilar las actas de coordinación de curso de acuerdo al programa de reuniones periódicas de coordinación establecido desde la secretaria del Equipo decanal, evidenciándola desde su visualización en la web y su registro en la aplicación UNICA*, si bien se recomienda seguir coordinando la publicación y control documental de las actas a la vista del estado de la publicación en la web (<https://www.um.es/en/web/optica/conoce-la-facultad/estructura/comision/comision-planificacion-academica#Actas>) con ausencias de actas desde planificación académica para 2020/21 y 2021/22 así como actas de coordinación de curso con la publicación de 6 de las 12 del curso 2021/22, único curso publicado.
 - nc2: Corrección del Plan de Recogida de Opiniones del presente curso, de manera que se incluya la recogida de opiniones de los empleadores, si bien para el 2019/20 y para el 2020/21, no se puede subsanar su recogida.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

- nc3: 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.
- nc4: Solicitar 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 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.
- nc5: 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 cinco no conformidades, si bien serán de especial seguimiento en próximas auditorías internas del SAIC del Centro, bajo el procedimiento PA07.

3. El centro atiende directamente 17 de las 32 oportunidades de mejora en los términos:

- OM1: durante el curso 2022/23 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.
- OM2: durante el curso 2022/23 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.
- OM5: durante el curso 2022/23 se van a potenciar las actuaciones sobre orientación profesional en colaboración con colegios profesionales, clínicas y otros agentes sociales.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

- 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.
 - OM8: durante el curso 2022/23 se van a 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 realistas para el siguiente curso académico.
 - OM9: a la vista de la actividad que desarrollan las distintas comisiones de curso académica del Máster y de planificación académica.
 - OM11: se ha incluido una nueva definición aclaratoria del Plan de Orientación y del PAT, como parte del anterior, lo que permite clarificar entre los grupos de interés la sistemática expuesta en el PC04.
 - OM14: en octubre de 2023 se incluirá en el plan de recogida de opiniones el PAS, valorando igualmente la inclusión del PAS de otros Centros participantes en los títulos de otro Centro.
 - OM21: durante el curso 2022/23 se va a proponer la incorporación de talleres sobre las soft skills en colaboración con el COIE, así como potenciar la realización de prácticas extracurriculares.
 - OM23 asociado a lo establecido ya en la nc2.
 - OM27: inclusión realizada de un apartado en la web del Centro (dentro del apartado Actividades-Plan de Orientación) que aporte mayor visibilidad a la información relativa a los aspectos de diversidad que se desempeñan por el Servicio de Atención a la Diversidad de la UM.
 - OM28: desde el curso 2022/23 se establece la sistemática para determinar el tipo de documentos que deben incorporar firma y responsable/s de dicha firma.
 - OM32: durante el curso 2022/23, se va a realizar formación sobre el SAIC a los grupos de interés a través del CFyDP.
4. Dentro del plan de mejoras, el Centro valora el traslado de 12 oportunidades de mejora a la Unidad de 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 modificación del proceso para el curso 2022/23 (OM4 para recoger un mayor nivel de detalle de la forma en la que se hace la revisión y seguimiento anual de cada título dentro del PE02, OM29 para valorar la revisión y modificación del PC09 que permita establecer la periodicidad de la publicación, OM7 para valorar la inclusión en el PC07 de indicadores relacionados con las prácticas externas curriculares, OM12 para la inclusión de la participación del personal académico y de apoyo a la docencia en la definición de la política de personal y su desarrollo dentro

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

del PA05, OM13 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, OM15 para incluir indicadores en el PA06 sobre aspectos relacionados con discapacidad, seguridad o gestión medioambiental, acorde con la directriz AUDIT 5.3, OM17 para valorar la integración de los aspectos de la directriz AUDIT 5.3 sobre los mecanismo para obtener, valorar y utilizar información atendiendo, entre otros, a los aspectos relacionados con discapacidad, seguridad y prevención de riesgos, y gestión medioambiental, OM18 para evidenciar la 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, OM20 que dentro del PC08 permita establecer un marco temporal de cuándo y a qué títulos se realizan los estudios, OM24 para incrementar los indicadores del PA06, OM25 para implantar una normativa interna para garantizar la fiabilidad de la recogida de resultados de satisfacción, OM26 para establecer una sistemática de aseguramiento de la validez y significación de los datos obtenidos, OM30 para 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 y OM31 para 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 desde la UC y los propios del Centro, haciéndolo particular y adaptado a sus necesidades, requerimientos y expectativas.

5. No se valoran dentro del Plan de Mejoras el análisis del resto de oportunidades de mejora.

- (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