



PROGRAMA AUDIT. V 2022

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad de Murcia
Centro	Facultad de Enfermería
Alcance de la auditoría (especificar cualquier posible exclusión)	Todos los procesos incluidos dentro del alcance de su Sistema de Aseguramiento Interno de Calidad y de los que es responsable. No aplican los criterios 6, 7 y 8 del Modelo AUDIT.
Fecha de la auditoría	30 de abril de 2024

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

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

Márquese con una "X" lo que proceda

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	D ^a . Cecilia Ruiz Esteban
Cargo	Coordinadora de calidad
Tfno. y correo	coordinacion.calidad@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	Alberto Alvarez Suárez	Institución	Universidad de Oviedo
Auditora	Sonia Corujo Capote	Institución	Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
Aud. Formación		Institución	

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La visita se ha desarrollado sin incidencias. Se han podido completar todas las entrevistas previstas en la agenda consensuada entre el Vicerrectorado de Coordinación y Calidad, la Facultad de Enfermería y el equipo auditor.

La organización de la visita por parte de la Universidad y la Facultad ha sido altamente satisfactoria. Todas las personas que han participado en las entrevistas han mostrado interés por el proceso y han colaborado con el equipo auditor respondiendo a todas las preguntas planteadas.

La Unidad de Calidad ha colaborado activamente facilitando evidencias y enlaces a la documentación y registros del SAIC que permitieron llevar a cabo la revisión documental previa a la visita de auditoría.

Se ha realizado una visita a las instalaciones con el objetivo de constatar la existencia de recursos adecuados para la correcta impartición de las titulaciones impartidas en la Facultad.

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. Política y objetivos de calidad	No Conf.	3. Orientación de las 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		3.2. Procedimientos para la toma de decisiones relacionadas con los estudiantes	
1.3. Participación de los grupos de interés		3.3. Mecanismos que regulen y difundan las normativas que afectan a los estudiantes	
1.4. Difusión y conocimiento por los grupos de interés		3.4. Mecanismos para el desarrollo, revisión y mejora de los procesos relacionados, y participación de los grupos de interés	
1.5. Configuración del sistema para su despliegue		3.5. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.6. Implementación de mejoras derivadas de la evaluación periódica			
1.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4. Personal académico/ investigador (PAI) y de apoyo a la docencia	No Conf.
2. Garantía de calidad de los programas formativos	No Conf.	4.1. Información sobre necesidades de PAI, según su política de personal y normativa	
2.1. Órganos, grupos de interés y procesos para el desarrollo de los programas formativos en todas sus etapas		4.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal académico/ investigador	
2.2. Alineación de los planes de estudios con su estrategia y las necesidades sociales		4.3. Información sobre competencias y resultados de su PAI para la mejora continua de sus actuaciones	
2.3. Mecanismos de toma de decisiones sobre oferta formativa y su ciclo de vida		4.4. Procesos de toma de decisiones	
2.4. Mecanismos para valorar el mantenimiento y relevancia de su oferta formativa		4.5. Mecanismos de refuerzo y mejora en el rol docente e investigador del personal académico	
2.5. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		4.6. Revisión y mejora continua de las actuaciones referidas a este personal	
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"> 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 			

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
5. Recursos y servicios	No Conf.	7. Vinculación con el medio	No Conf.
5.1. Revisión de la política institucional y actuaciones de mejora sobre el PAS		7.1. Órgano responsable del mantenimiento de la política y objetivos de las acciones de extensión y proyección social	
5.2. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios		7.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política y objetivos de extensión y proyección social	
5.3. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		7.3. Procedimiento de toma de decisiones para la aprobación y desarrollo de las acciones de vinculación con el medio	
5.4. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios		7.4. Procedimientos para asegurar la ejecución de los proyectos de extensión y proyección social	
5.5. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		7.5. Mecanismos de comunicación y difusión de las acciones realizadas	
5.6. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios		7.6. Procedimiento de control, revisión y mejora continua de las acciones realizadas	
6. I+D+i y transferencia del conocimiento	No Conf.	7.7. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados e impacto obtenidos	
6.1. Órgano responsable de la política, objetivos y líneas de I+D+i.		8. Dimensión externa de la IES	No Conf.
6.2. Grupos de interés implicados y vías de participación en la definición de la política, objetivos y líneas de investigación.		8.1. Órgano responsable de la estrategia de proyección y dimensión nacional e internacional de sus actividades	
6.3. Procesos de toma de decisiones para la aprobación y ejecución de los proyectos de I+D+i.		8.2. Mecanismos de toma de decisiones en la fijación de objetivos y ejecución de actividades vinculadas	
6.4. Mecanismos para la evaluación de los proyectos de investigación y su protección/ explotación		8.3. Participación de los grupos de interés en los procesos asociados	
6.5. Transferencia de resultados de los proyectos de investigación.		8.4. Modelo de alineación con el entorno para proyectar a la institución e insertarla en los diferentes ámbitos	
6.6. Implementación de las mejoras derivadas de la revisión de actividades de I+D+i.		8.5. Mecanismos de colaboración e integración en redes	
6.7. Rendición de cuentas de las actividades de I+D+i y los resultados obtenidos.		8.6. Mecanismos de medición, análisis y mejora de los resultados	
		8.7. Procedimiento de rendición de cuentas	
OBSERVACIONES: <ul style="list-style-type: none"> 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 			

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
9. Publicación de información sobre el desarrollo de actividades y programas	No Conf.	10. Mantenimiento y actualización del SAIC	No Conf.
9.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y otras actividades		10.1. Procedimiento de control, revisión y mejora continua del SAIC y de su documentación de soporte	
9.2. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de información sobre los títulos		10.2. Participación de los grupos de interés en el diseño, implantación y mantenimiento del SAIC	
9.3. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.		10.3. Procedimiento para el acceso a la documentación del SAIC y su adecuada descripción de los procesos del Centro	
9.4. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés		10.4. Conocimiento operativo del SAIC por los grupos de interés	
9.5. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos en la publicación y difusión de la información		10.5. Conservación de los registros generados por el SAIC	
		10.6. Procedimiento para el desarrollo de auditorías internas periódicas al SAIC	
		10.7. Evaluación externa periódica del SAIC	
OBSERVACIONES: <ul style="list-style-type: none"> 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 			

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)

- (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)*

OM1.- Revisar y, si procede, actualizar el Reglamento Interno de la Facultad (última modificación de noviembre de 2010) para que se ajuste a la estructura organizativa que establece el Manual de Aseguramiento Interno de la Calidad.

OM2.- Fomentar la participación del estudiantado en las acciones de orientación laboral y, en la medida de lo posible, desplegar un mayor número de acciones, especialmente en los estudios de máster.

OM3.- Disponer de los correos electrónicos personales y actualizados de las personas egresadas, lo que le permitirá al centro mantener el contacto con este colectivo en el futuro para conocer su opinión, por ejemplo, a través de la aplicación de encuestas.

OM4.- Teniendo en cuenta que existe un procedimiento documentado para la gestión del personal académico y de apoyo a la docencia (PA05) en el que se atiende a la formación del PDI y del PTGAS (apartado 4.2), valorar incluir algún indicador relacionado con este aspecto para medir su implantación y rendimiento.

OM5.- Valorar el diseño e implantación de un procedimiento para la innovación docente.

OM6.- Velar porque los indicadores analizados y comentados en los informes estén actualizados. (p.e. el indicador de la tasa de graduación en el MÁSTER U. EN ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL PACIENTE CRÍTICO (343-M) curso 2022/23 Medición, análisis y mejora (PM01) F02-PM01 Panel Indicadores (enlace <https://www.um.es/web/enfermeria/calidad/evidencias>).

OM7.- Velar porque los resultados de satisfacción del alumnado con la docencia impartida por el profesorado del título estén visibles en la web en tiempo y forma.

OM8.- Llevar a cabo acciones de divulgación que les permitan conocer a los grupos de interés su implicación en el SAIC y los resultados generados de su implantación.

OM9.- Revisar y actualizar la carta de servicios de la Unidad para la Calidad de fecha mayo de 2013 para que estén actualizados y alineados los indicadores con las necesidades de los Centros (<https://www.um.es/documents/1277604/1326676/Carta+de+Servicios+2013/37d8f752-86d4-4343-9fd1-11b3cd339e9a>).

OM10.- Revisar en el apartado de Becas y prácticas del Máster Universitario en Enfermería en la Atención y Cuidados del Paciente Crítico (<https://www.um.es/web/estudios/masteres/atencion-cuidados-paciente-critico/practicas-becas>), no aparece la información de los Practicum A y B.

OM11.- Continuar con la detección de mejoras asociadas a las infraestructuras para adecuar el nuevo edificio a las necesidades de los grupos de interés.

OM12.- Detallar las líneas de trabajo asociados a los trabajos fin de máster para facilitar la toma de decisiones del estudiantado.

OM13.- Implementar acciones para valorar la satisfacción del estudiantado con los tutores prácticos.

OM14.- Valorar implantar iniciativas de conciliación dado el perfil del estudiantado en algunos títulos, ya que están trabajando.

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

Obs 1.- Según se define en el procedimiento de información pública PC09 (apartado 4. Desarrollo), aunque existen algunas acciones, no se evidencia que el Equipo de Dirección del Centro planifique la información que se debe publicar y a qué grupos de interés va dirigida, que es aprobada por la Junta de Centro.

Obs 2.- Revisar el procedimiento documentado PA07 de Auditorías Internas de marzo de 2024 para asegurar que se revisa la implantación del sistema con los diferentes grupos de interés, ahora mismo es una revisión documental. Asimismo, tratándose de una planificación, se recomienda incorporar en el Plan de auditoría aspectos como el periodo aproximado para la entrega del Informe o el plazo para enviar las alegaciones.

Obs 3.- Revisar el diseño del Procedimiento de Prácticas externas (PC07) por si es necesario especificar con más detalle el desarrollo de dicho procedimiento, por ejemplo, contemplando la fase en la que los alumnos deben afiliarse a la Seguridad Social.

Obs 4.- Atender a las siguientes erratas detectadas en el diseño del MSAIC y alguno de los procedimientos que conforman el SAIC:

- MSAIC
 - El pie de página tiene la fecha del 10 de 2023. Versión 09
 - Reemplazar PAS por PTGAS
- Erratas en el Manual de Procedimientos:
 - PC07. EtaPTGAS (pág. 7)
 - PC08. EtaPTGAS (pág. 5)
 - PC05. Nivel de desagregación por Universidad y Rama en algunos indicadores como Tasa de graduación, Tasa de abandono.

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

1. La implicación del equipo decanal para facilitar y fomentar el desarrollo de los procesos de calidad en la Facultad, en concreto, del Vicedecano de Calidad.
2. El apoyo del Vicerrectorado de Coordinación y Calidad y de la Unidad Técnica de Calidad para que la Facultad implante el SAIC, facilitando herramientas de apoyo como modelos de actas, propuestas de agenda, etc.
3. Se evidencia un alto compromiso en la gestión y difusión del SAIC por parte de la Comisión de Aseguramiento de Calidad y de las personas responsables de la coordinación de los títulos.
4. La satisfacción del estudiantado participante a las entrevistas sobre la atención y accesibilidad prestada por sus responsables de título.
5. La Universidad de Murcia dispone de la aplicación UNICA como sistema de recogida de información, que facilita su análisis y traslado a planes anuales de mejora para cada titulación del Centro.
6. El apoyo del COIE como servicio de orientación y empleabilidad.
7. Se percibe por las partes interesadas (estudiantado y egresados) la definición e implantación de mejoras en la Facultad, que son muy bien valoradas.
8. La proactividad de la Facultad en materia de calidad, como, por ejemplo, la realización de grupos focales para analizar y detectar mejoras con los estudiantes de los títulos.
9. La estrecha colaboración del Equipo Directivo con la Delegación de Estudiantes que permite la dinamización de la comunicación.
10. La buena preparación de las reuniones de la Comisión de Aseguramiento de la Calidad, remitiendo la documentación con antelación suficiente, la realización de presentaciones que facilitan la divulgación (por ejemplo <https://view.genial.ly/65e350b5381d2600142c2729>) y la elaboración de una preacta que permite que se pueda aprobar el acta definitiva rápidamente.
11. La implicación del Personal Técnico, de Gestión y Administración y Servicios (PTGAS) en el sistema de aseguramiento interno de calidad como se evidenció las reuniones mantenidas.

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

GRUPO DE INTERÉS	CARGO/ OCUPACIÓN
Vicerrectorado de Coordinación y Calidad	<ul style="list-style-type: none"> Vicerrectora de Coordinación y Calidad Coordinadora General de Calidad
Equipo Decanal	<ul style="list-style-type: none"> Decano Vicedecano de Simulación Clínica y prácticas externas Vicedecana de Infraestructuras, Organización Académica y Extensión Universitaria Vicedecana de Estudiantes, Relaciones Internacionales y Movilidad Vicedecano de profesorado y Trabajo Fin de Grado Vicedecano de Calidad y Estudios Secretario Facultad
Estudiantes	<ul style="list-style-type: none"> 1 Estudiante de primer y segundo. Grado en Enfermería 2 Estudiantes del Grado en Enfermería. Tercer curso 1 Estudiante del Grado en Enfermería. Cuarto Curso 2 Estudiantes del Máster Universitario en Salud, Mujer y Cuidados 1 Estudiante del Máster Universitario en Enfermería en la Atención y Cuidados del paciente Crítico
Personal Técnico, de Gestión y Administración y Servicios (PTGAS)	<ul style="list-style-type: none"> Personal Secretaria de Dirección Personal Secretaría. Jefe de Sección Personal Secretaria. Personal administrativo Técnico de Laboratorio. Departamento de Enfermería
Personal Docente e Investigador (PDI)	<ul style="list-style-type: none"> 7 PDI que imparten su docencia en las siguientes titulaciones: <ul style="list-style-type: none"> Grado en Enfermería Máster Universitario en Salud, Mujer y Cuidados Máster Universitario en Enfermería en la Atención y Cuidados al paciente crítico
Comisión de Aseguramiento de la Calidad (CAC)	<ul style="list-style-type: none"> Decano Vicedecano Calidad y Estudios Secretario Facultad Responsables de las Titulaciones que se imparten o representantes: <ul style="list-style-type: none"> Grado en Enfermería Máster Universitario en Salud, Mujer y Cuidados Máster en Atención y Cuidados al Paciente Crítico Representante Unidad para la Calidad Representación PDI, PAS y estudiantes según Reg. Régimen Interno: <ul style="list-style-type: none"> 3 PDI funcionarios 1 PTGAS 1 Representante de estudiante
Egresados/as	<ul style="list-style-type: none"> 3 Grado en Enfermería 2 Máster Universitario en Salud, Mujer y Cuidados

Tutores/as Externos de prácticas y empleadores/as de personas egresadas	<ul style="list-style-type: none"> • Tutora, profesora asociada de ciencias de la salud y Coordinadora de Docencia del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. • Directora de Enfermería del 061 de la Región de Murcia • Director de Enfermería. HGU 'Reina Sofía'. Área VII (Murcia-Este). • Subdirector de Enfermería de Cuidados del Área VII de Salud. • Profesor Asociado de ciencias de la salud y tutor clínico. Vocal del Ilustre colegio de Enfermería de la Región de Murcia. • Supervisora de docencia. Hospital de Molina.
---	---

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 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)

- (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 Madrid, a 10 de Mayo de 2024

POR EL EQUIPO AUDITOR

D. Alberto A. Suárez
Auditor/a Jefe