

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad de Murcia
Centro	Facultad de Bellas Artes
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. Se excluyen por parte del Centro los Criterios 6, 7 y 8
Fecha de la auditoría	12 de diciembre 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	CECILIA MARÍA RUIZ ESTEBAN
Cargo	DIRECTORA OFICINA TÉCNICA DE CALIDAD DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA
Tfno. y correo	cruiz@um.es. Teléfono: 86888 9259

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	DOLORES CEJALVO LAPEÑA	Institución	UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA SAN VICENTE MÁRTIR
Auditor	AMPARO CHIRIVELLA RAMÓN	Institución	UNIVERSITAT DE VALENCIA
Aud. Formación		Institución	

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA
La auditoría externa (presencial) se desarrolló sin incidencias, y de acuerdo con la agenda pactada entre el equipo auditor y el centro auditado.



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE BELLAS ARTES UNIV. DE MURCIA

Versión: 02

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	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		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. Asegurar la impartición de los títulos de acuerdo a las memorias verificadas/ acreditadas y guías docentes		4.3. Información sobre competencias y resultados de su PAI para la mejora continua de sus actuaciones	
2.3. Alineación de los planes de estudios con su estrategia y las necesidades sociales		4.4. Procesos de toma de decisiones	
2.4. Mecanismos de toma de decisiones sobre oferta formativa y su ciclo de vida		4.5. Mecanismos de refuerzo y mejora en el rol docente e investigador del personal académico	
2.5. Mecanismos para valorar el mantenimiento y relevancia de su oferta formativa		4.6. Revisión y mejora continua de las actuaciones referidas a este personal	
2.6. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión	1	4.7. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	
2.7. Rendición de cuentas a los grupos de interés			
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	



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE BELLAS ARTES UNIV. DE MURCIA

Versión: 02

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 PTGAS		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 y servicios de apoyo y bienestar ofrecidos		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 política/ 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 			



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE BELLAS ARTES UNIV. DE MURCIA

Versión: 02

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	2
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	
		10.8. Rendición de cuentas sobre los resultados de la aplicación 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	2.6	<p>En contra de lo especificado en la directriz 2.6 del Modelo AUDIT y el procedimiento del SAIC del Centro, PM01 Plan de acciones de mejora, se ha evidenciado que hay una falta de trazabilidad de las mejoras propuestas por la Comisión Académica del Centro, de grado y de máster y su aprobación en la Comisión de Aseguramiento de la Calidad del Centro.</p> <p>Ejemplo: en la Comisión Académica de fecha 10/11/2023, se aprueban entre otras las siguientes acciones de mejora:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenciar la visibilidad del máster y la difusión de los resultados de los proyectos e investigaciones de los estudiantes, mediante la realización de publicaciones, exposiciones, ponencias, etc. - Buscar opciones para disminuir, en la medida de lo posible, la coincidencia de dos asignaturas en una misma franja horaria. - Buscar estrategias para que ninguna asignatura se imparta a coste cero (4 o menos estudiantes matriculados). <p>Estas mejoras propuestas no se encuentran reflejadas en ninguna de las Actas de la Comisión de Aseguramiento de la Calidad posteriores a la reunión de la Comisión Académica anteriormente citada (10/11/23)</p> <p>Al igual que sucede en la Comisión Académica del Máster de 19/12/23 que no se ha evidenciado la inclusión de dichas propuestas en la Comisión de Aseguramiento de la Calidad.</p>	nc
2	10.1	<p>En contra de lo establecido en el modelo AUDIT y el SAIC en su procedimiento PA03, se ha</p>	nc

		evidenciado que los indicadores considerados como CLAVE, se encuentran sin datos, ni tampoco se indica el valor objetivo. Ejemplo: IN-03-P4-PA03: Asistentes a reuniones focales en el curso 21/22 y en el curso 22/23	
3	1.1	<p>En contra de lo especificado en el criterio 1 del Modelo AUDIT, y la introducción del Plan Anual de Calidad: “la mejora de los indicadores de seguimiento se refiere a un avance respecto al valor del indicador en el curso anterior o, en su defecto, a la estabilidad de los valores cuando se considere que el indicador ha alcanzado un nivel de madurez suficiente, tomando como referencia los objetivos para los indicadores clave del curso”. Los valores establecidos para analizar los objetivos de calidad fijados dentro de los ejes del plan anual del curso 2020-25 no son coherentes dado que estos están en rangos inferiores a la citada excelencia que se desea alcanzar.</p> <p>Esta discrepancia se evidencia en los siguientes ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el Eje 1- Programa Formativo, en concreto en la acción 1.6 se especifica como indicador de seguimiento evaluar el grado de satisfacción general del estudiantado matriculado y el valor establecido para el estudiantado es ≥ 3 (escala entre 1 y 5). <p>En el mismo eje, otro indicador en la acción 1.7 es alcanzar los siguientes valores objetivo en los Niveles de satisfacción general con la actividad docente del profesorado (escala entre 1 y 5) y se estima el valor de estudiantes en ≥ 3.</p>	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)*

OM1. Se ha detectado la codificación errónea en las acciones de mejora (no se mantiene el mismo código a lo largo de los años, lo que dificulta su trazabilidad). Hallazgo: en el plan de mejoras de 2024 la AM2 “Continuar estudio para analizar la conveniencia de adelantar optativas del segundo al primer cuatrimestre y atrasar TFG”. Esta mejora anteriormente en el 2023 se codificaba como AM 7; La AM3 del plan de mejoras 2024 “Revisar, coordinar e implantar para el curso de tercero de grado un calendario de entrega de tareas por asignaturas para evitar la coincidencia de plazos de distinta”. Esta mejora en el 2023 se codificaba como AM6.

OM2. No se evidencia ni en los planes de estudio ni en la política y objetivos de calidad de centro acciones relacionadas con la garantía integral de la libertad sexual, siguiendo lo establecido en la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de “Garantía integral de la libertad sexual”.

OM3. Revisado el PAM elaborado por la Facultad en los cursos evaluados, se evidencia que adolece de carencias en cuanto a la concreción de las mejoras propuestas, sus acciones y seguimiento de éstas, lo cual dificulta su aplicabilidad. Por ejemplo, en algunas mejoras se carece del descriptor de seguimiento, no existen evidencias de su concesión y se debería incluir en el seguimiento un indicador de proceso y/o de resultado.

OM4. En la revisión de las evidencias del sistema de aseguramiento de la calidad, se ha detectado que los enlaces de las actas no funcionan. Como ejemplo se reflejan los siguientes enlaces:

“En el acta de la Comisión Académica del Máster (8/7/2024): el enlace sobre las modificaciones en el plan de mejoras (Anexo 1.a) no funciona:

file:///Users/dolorescejalso/Downloads/Acta%20web%2008-07-2024%20Comisi%C3%B3n%20acad%C3%A9mica%20MUPGA_20241007_1728294807355.pdf

En el Acta de la Comisión Académica del Grado de 4/10/2023, los enlaces están rotos:

[file:///Users/dolorescejalso/Downloads/Acta%20%2004-10-2023%20reuni%C3%B3n%20de%20la%20Comisi%C3%B3n%20Acad%C3%A9mica%20de%20Centro_20240416_1713260807145%20\(1\).pdf](file:///Users/dolorescejalso/Downloads/Acta%20%2004-10-2023%20reuni%C3%B3n%20de%20la%20Comisi%C3%B3n%20Acad%C3%A9mica%20de%20Centro_20240416_1713260807145%20(1).pdf)

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

En el Acta de la Comisión Académica de Máster de 13/3/2024. Los enlaces no funcionan (Anexo 2; Anexo 3..)

file:///Users/dolorescejalvo/Downloads/Acta%2013-03-2024%20Comisi%C3%B3n%20acad%C3%A9mica%20MUPGA_20240417_1713341050069.pdf

OM5. En la página web de calidad del centro en el apartado de Evidencias: Actas, se observa que el acta de la Comisión Académica del Máster del 29/2/24 no se encuentra ningún anexo que corrobore los datos que aparecen en la propia acta (ejemplo: resultados académicos 22/23, oferta de plazas, movilidad...). Lo mismo ocurre en el acta 2/5/24 donde quedan reflejados aprobación de datos que no aparecen en ningún anexo (ejemplo: Análisis de resultados PDI y PTGAS, curso académico 2022-23 correspondiente al PA05 Gestión del personal académico y de apoyo a la docencia).

OM6. En las audiencias con los alumnos y egresados, se detectó la necesidad de un mayor grado de optatividad en el plan de estudios del Grado en Bellas Artes.

OM7. El informe anual de seguimiento de los títulos del centro sólo se encuentra en la aplicación de intranet UNICA y no se publica en la página web, siendo información útil para los grupos de interés.

OM8. Se sugiere que en la documentación del SAIC y en las memorias del centro se especifique con mayor grado de detalle las responsabilidades que asume la universidad a nivel institucional y el centro en el ámbito de la I+D+i y en la transferencia del conocimiento.



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

1. Alto grado de implicación del equipo de Dirección en la mejora continua de las titulaciones
2. Elevado grado de participación e implicación de los estudiantes en las comisiones del centro.
3. En opinión del estudiantado, el profesorado está altamente disponible para atender las demandas del estudiantado.
4. Adecuada dotación de recursos e instalaciones. Es destacable la presencia de la tienda para la adquisición de material.
5. El plan de formación permanente del PDI y PTGAS responde satisfactoriamente a las necesidades de éstos, existiendo una adecuada oferta.
6. Los empleadores valoran positivamente la adecuación de las competencias y perfil de egreso.
7. Los egresados se muestran satisfechos con los estudios cursados, valorando la adecuación de estos a las necesidades del mercado laboral.

**GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEJoras PLANTEADAS EN EVALUACIONES /
AUDITORÍAS ANTERIORES**

(Borrar si no aplica)



PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

GRUPO	CARGO/ OCUPACIÓN
Dirección Universidad de Murcia	Vicerrectora de Coordinación y Calidad
Dirección Universidad de Murcia	Coordinadora General de Calidad
Dirección del Centro	Decana de la Facultad:
Dirección del Centro	Vicedecana de Calidad y estudiantes
Dirección del Centro	Vicedecana de estudios
Dirección del Centro	Vicedecano de Cultura e investigación
Dirección del Centro	Vicedecano de infraestructuras y comunicación
Dirección del Centro	Secretaría de la Facultad
Estudiantado	Estudiante 1º Grado
Estudiantado	Estudiante 2º Grado
Estudiantado	Estudiante 2º Grado
Estudiantado	Estudiante 3º Grado
Estudiantado	Estudiante 3º Grado
Estudiantado	Estudiante 4º Grado
Estudiantado	Estudiante Máster
Estudiantado	Estudiante Máster
PTGAS	Técnico especialista
PTGAS	Secretaría
PTGAS	Secretaría
PTGAS	Conserjería
PTGAS	Conserjería
PTGAS	Secretaria Decanato
Profesorado Grado/Máster	Coordinadora del Grado



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE BELLAS ARTES UNIV. DE MURCIA

Versión: 02

Profesorado Grado/Máster	Coordinadora del Máster
Profesorado Grado /Máster	PDI
Profesorado Grado /Máster	PDI
Profesorado Grado /Máster	PDI
Profesorado Grado /Máster	PDI
Profesorado Grado /Máster	PDI
Profesorado Grado /Máster	PDI
Comisión de Calidad	Decana del Centro
Comisión de Calidad	Coordinadora Calidad Centro
Comisión de Calidad	Coordinadora del Grado (vocal)
Comisión de Calidad	Coordinadora del Máster (vocal)
Comisión de Calidad	Técnico de Calidad de la UMU (Vocal)
Comisión de Calidad	Representante de PDI en la Comisión de Calidad de la Facultad
Comisión de Calidad	Representante de PDI en la Comisión de Calidad de la Facultad
Comisión de Calidad	Representante de PDI en la Comisión de Calidad de la Facultad
Comisión de Calidad	Representante de PDI en la Comisión de Calidad de la Facultad
Comisión de Calidad	Representante de PDI en la Comisión de Calidad de la Facultad
Comisión de Calidad	Representante de los estudiantes en la Comisión de Calidad de la Facultad
Comisión de Calidad	Representante de PTGAS en la Comisión de Calidad de la Facultad
Egresado Grado/Máster	Egresado
Egresado Grado/Máster	Egresada
Egresado Grado/Máster	Egresada



INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE BELLAS ARTES UNIV. DE MURCIA

Versión: 02

Egresado Grado/Máster	Egresado
Egresado Grado/Máster	Egresada
Tutor/a /Empleador/a	Tutora externa de prácticas y empleadora (arte)
Tutor/a /Empleador/a	Tutor externo de prácticas y empleador (fundación caja Murcia)
Tutor/a /Empleador/a	Tutor externo de prácticas y empleador (CARM)
Tutor/a /Empleador/a	Tutor externo de prácticas y empleador
Tutor/a /Empleador/a	Tutor externo de prácticas y empleador

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN

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)

☒

FAVORABLE



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)

En fecha 30/01/25 se recibe el Plan de Acciones de Mejora (PAM) del Centro. Para cada no conformidad se incluye la descripción de esta, las acciones a desarrollar o ya desarrolladas, la fecha de ejecución y el responsable de la ejecución y/o seguimiento.

En el apartado de acciones a desarrollar recoge el compromiso explícito de su cumplimiento en el futuro.

Por otro lado, también se da respuesta a cada una de las OM que aparecen en el informe de auditoría en su versión 01.

Fruto de la revisión del PAM, el equipo auditor considera que:

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

nc 1: En contra de lo establecido en el programa AUDIT, se ha detectado una contradicción en el Manual del Sistema de Aseguramiento de Garantía de la Calidad de la Facultad, en el que se especifica en su alcance la exclusión del criterio 6 sobre I+D+i y transferencia del conocimiento, ya que no es competencia del centro. Sin embargo, en mismo documento, capítulo 2, sobre presentación del centro se comenta: “La transferencia del conocimiento en el ámbito de la investigación en Bellas Artes es un compromiso que adquieren todos los miembros del (PDI) Personal Docente Investigador adscritos al centro, así como de los Grupos de Investigación que se encuentran en la facultad”...

El centro en su PAM indica que la gestión de la investigación no forma parte de las funciones de la facultad y que además desde la Universidad de Murcia en septiembre de 2023 se tomó la decisión de excluir el criterio 6 del AUDIT INTERNACIONAL en todos sus centros ya que pertenece a una gestión central de la universidad. Aun así, el centro propone medidas a implantar que resultan satisfactorias con el fin de evitar confusión en el órgano que gestiona la investigación. Por ello, el equipo auditor decide suprimir del informe (versión 02) la no conformidad (nc1), pasando a incluirla como acción de mejora (OM8).

nc 2: En contra de lo especificado en la directriz 2.6 del Modelo AUDIT y el procedimiento del SAIC del Centro, PM01 Plan de acciones de mejora, se ha evidenciado que hay una falta de trazabilidad de las mejoras propuestas por la Comisión Académica del Centro, de grado y de máster y su aprobación en la Comisión de Aseguramiento de la Calidad del Centro. Se especifican diferentes ejemplos

Se acuerda sistematizar que los acuerdos de las Comisiones Académicas de las titulaciones de Grado y Máster Universitario serán elevados a la Comisión de Aseguramiento de la Calidad del Centro y para ello se realizará un seguimiento de este proceso previamente a la convocatoria de cada reunión de la Comisión de Aseguramiento de la Calidad.

En el PAM del centro se especifica que está resuelto, sin embargo, el equipo auditor considera que, aunque se ha tomado la decisión para que la trazabilidad de las propuestas por las comisiones académicas resulte más clara, no se puede evidenciar actualmente que la no conformidad detectada, se haya solucionado.

nc 3: En contra de lo establecido en el modelo AUDIT y el SAIC en su procedimiento PA03, se ha evidenciado que los indicadores considerados como CLAVE, se encuentran sin datos, ni tampoco se indica el valor objetivo. Ejemplo: IN-03-P4-PA03: Asistentes a reuniones focales en el curso 21/22 y en el curso 22/23

El Centro, ante esta no conformidad, considera que se va a revisar los indicadores clave que aparecen en la aplicación UNICA y considerar qué indicadores se deben mantener como clave y cuáles no.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

nc 4: En contra de lo especificado en el criterio 1 del Modelo AUDIT, y la introducción del Plan Anual de Calidad: “la mejora de los indicadores de seguimiento se refiere a un avance respecto al valor del indicador en el curso anterior o, en su defecto, a la estabilidad de los valores cuando se considere que el indicador ha alcanzado un nivel de madurez suficiente, tomando como referencia los objetivos para los indicadores clave del curso”. Los valores establecidos para analizar los objetivos de calidad fijados dentro de los ejes del plan anual del curso 2020-25 no son coherentes dado que estos están en rangos inferiores a la citada excelencia que se desea alcanzar. Esta discrepancia se evidencia en diferentes ejemplos-

Frente a esta no conformidad, el Centro se compromete a que las Comisiones Académicas de los títulos y la Comisión de Aseguramiento de la Calidad, estudiarán y analizarán para el próximo curso en el Plan anual de calidad estos valores en función del histórico, intentando ser más ambiciosos, buscando siempre una progresión asumible y realista.

A continuación, en su PAM, tratan todas las OM que figuran en el informe de Auditoría externa en su versión 01 (OM1-OM7):

OM-1. Se ha detectado la codificación errónea en las acciones de mejora (no se mantiene el mismo código a lo largo de los años, lo que dificulta su trazabilidad)..

Se realizará una nueva codificación en el Plan de Acciones de Mejora del año 2025 para que la trazabilidad se pueda realizar

OM-2. No se evidencia ni en los planes de estudio ni en la política y objetivos de calidad de centro acciones relacionadas con la garantía integral de la libertad sexual, siguiendo lo establecido en la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de “Garantía integral de la libertad sexual”.

El centro propone las siguientes acciones:

Incluir en el eje 5 de los objetivos de calidad del centro la garantía y protección integral del derecho a la libertad sexual y la erradicación de todas las violencias sexuales. Por otra parte, los equipos directivos del Centro realizarán la formación que garantice de manera integral la capacitación para la prevención, sensibilización y detección en materia de violencias sexuales, a través del Centro de Formación Permanente de la Universidad de Murcia. siguiendo lo establecido en la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. Se nombrará a una persona que coordine los temas de Igualdad y la garantía y protección integral del derecho a la libertad sexual y la erradicación de todas las violencias sexuales en el Centro. Esta persona se designará de entre el personal adscrito al Centro (PTGAS y/o PDI), que se encargue de recibir quejas y sugerencias en esta materia, proponer actividades destinadas a prevenir la violencia machista, visibilizar los logros, pasados y presentes, de las mujeres, como profesionales en nuestro ámbito de conocimiento, entre otras. Remitir la información del nombramiento a la Unidad de Igualdad de la Universidad de Murcia. Y por último, se dará mayor visibilidad a la figura de estudiante violeta dentro de la Delegación de Estudiantes, que desarrolla funciones de mediación y detección de necesidades específicas

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

sobre los temas de igualdad y la garantía y protección integral del derecho a la libertad sexual y la erradicación de todas las violencias sexuales.

OM3. Revisado el PAM elaborado por la Facultad en los cursos evaluados, se evidencia que adolece de carencias en cuanto a la concreción de las mejoras propuestas, sus acciones y seguimiento de éstas, lo cual dificulta su aplicabilidad. Por ejemplo, en algunas mejoras se carece del descriptor de seguimiento, no existen evidencias de su concesión y se debería incluir en el seguimiento un indicador de proceso y/o de resultado.

El centro se compromete a revisar y cuidar la redacción de los PAM en cuanto a la concreción de las propuestas y su seguimiento.

OM4. En la revisión de las evidencias del sistema de aseguramiento de la calidad, se ha detectado que los enlaces de las actas no funcionan. Esto se refleja en diferentes ejemplos.

El centro, se compromete a revisar todas las actas de las comisiones e incluir una adenda en cada una de ellas con los nuevos enlaces activos.

OM5. En la página web de calidad del centro en el apartado de Evidencias: Actas, se observa que el acta de la Comisión Académica del Máster del 29/2/24 no se encuentra ningún anexo que corrobore los datos que aparecen en la propia acta (ejemplo: resultados académicos 22/23, oferta de plazas, movilidad...). Lo mismo ocurre en el acta 2/5/24 donde quedan reflejados aprobación de datos que no aparecen en ningún anexo.

El centro, se compromete a realizar una revisión sistemática de todas las actas y, en su caso, se incorporarán los anexos que corroboren los datos que aparecen.

OM6. En las audiencias con los alumnos y egresados, se detectó la necesidad de un mayor grado de optatividad en el plan de estudios del Grado en Bellas Artes.

El centro tratará el aumento de la oferta de optatividad en la Comisión Académica de la Titulación y se aprobará, en su caso, en Junta de Centro. Se solicitará al vicerrectorado de estudios que amplíe, si es posible, la oferta de optatividad del Grado puesto que actualmente estamos ofreciendo el máximo que permite la normativa de la propia universidad



JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

OM7. El informe anual de seguimiento de los títulos del centro sólo se encuentra en la aplicación de intranet UNICA y no se publica en la página web, siendo información útil para los grupos de interés.

El informe anual de seguimiento de los títulos del centro se publicará anualmente en la página web (y no exclusivamente en la aplicación UNICA). Igualmente, la memoria anual de calidad que se presentará en el Claustro y en el Consejo Social para cumplir con la rendición de cuentas contendrá enlaces a los informes de seguimiento de los títulos.

- (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 26 de febrero de 2025

POR EL EQUIPO AUDITOR

D/ª.DOLORES CEJALVO LAPEÑA
Cargo: Auditora Jefe