



## PROGRAMA AUDIT INTERNACIONAL

### INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

#### DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad CEU Cardenal Herrera
Centro	Facultad de Ciencias de la Salud de Elche
Alcance de la auditoría (especificar cualquier posible exclusión)	En este caso, y tratándose de una reauditoría, el alcance de aquella queda limitado a comprobar si se han resuelto las no conformidades y observaciones del anterior informe de auditorías de cada centro, según lo previsto en PAM.
Fecha de la auditoría	10 de marzo de 2023

#### 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	José Manuel Amiguet Esteban
Cargo	Secretario General y Vicerrector de Desarrollo Estratégico y Comunicación de la Universidad CEU Cardenal Herrera
Tfno. y correo	jamiguet@uchceu.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	Antonio Rouco Yáñez	Institución	Univ. de Murcia
Auditor		Institución	
Aud. Formación		Institución	

#### INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Auditoría presencial que se desarrolló sin incidencias.



## 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	1*	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	1*	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	
2.4. 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	
<b>OBSERVACIONES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas</li> <li>• Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices</li> </ul>			

(Sigue)

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
<b>5. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos y servicios (PAS)</b>	<b>No Conf.</b>	<b>7. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones y otras actividades</b>	<b>No Conf.</b>
5.1. Revisión de la política institucional y actuaciones de mejora sobre el PAS		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	<b>2*</b>
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		<b>8. Cómo el Centro garantiza el mantenimiento y actualización del SAIC</b>	<b>No Conf.</b>
<b>6. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados</b>	<b>No Conf.</b>	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	<b>2*</b>	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	<b>3*</b>
6.6. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos		8.7. Evaluación externa periódica del SAIC	

\* Hallazgos de la auditoría celebrada el 19/05/22

**DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES**

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	1.1 2.1 1.3	<p><b>Detalle de la NCM:</b></p> <p><i>El sistema es centralizado y piramidal de Universidad. Las decisiones importantes, las toma una comisión denominada CECU. Las comisiones importantes de Centro: CSI o CGC, se limitan a recibir la información, o a alimentar a la CECU con información generada por el centro.</i></p> <p><i>No hemos podido encontrar actas de las decisiones que en materia de Calidad toma la CECU. Las hemos solicitado en la auditoría y se nos han facilitado actas de la Comisión Permanente del Consejo de Gobierno.</i></p> <p><i>La CECU, por su composición, parece la Comisión Permanente del Consejo de Gobierno, en todo caso es la Comisión que toma las decisiones en materia de Política y Objetivos de Calidad. Estimamos que su composición no es la idónea, faltan grupos de interés importantes, como estudiantes, PAS, y, en menor medida podría ser recomendable que se le sumaran grupos de interés externos como empleadores por ejemplo.</i></p> <p><b>Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:</b></p> <p><b>La Universidad se compromete a modificar la estructura y composición de la CECU en un plazo relativamente corto de tiempo (antes del 30 de septiembre), se incorporarán nuevos grupos de interés: estudiantes, PAS, empleadores externos. Además con eso se conseguiría desligar la CECU de la Comisión Permanente de Consejo de Gobierno.</b></p> <p><b>Hallazgo de auditoría tras la visita:</b></p> <p>Tal y como se comprometió la Universidad, se modificó la estructura y composición de la CECU, la sesión constitutiva de la nueva CECU fue el 24 de enero de 2023. Se aprecia que se incorporaron nuevos grupos de interés: estudiantes, PAS y empleadores externos. Posteriormente tuvo lugar otra reunión el 22 de febrero de 2023. En el orden del día de ambas reuniones se observa que se tratan específicamente cuestiones relacionadas con Calidad, con lo que la NCM se puede considerar resuelta.</p>	NCM
2	6.2 7.2	<p><b>Detalle de la nc:</b></p> <p><i>El sistema tal y como está concebido ahora mismo todavía no ha cerrado un ciclo completo. Es cierto que a través de las CSI se realizan mediciones que dan lugar a informes, pero no se realizan análisis que implementen decisiones, y tampoco se puede establecer con certeza cómo, ni quién lo hará.</i></p>	nc

		<p><b>Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:</b></p> <p><b>Se realizarán cursos de formación para la elaboración de Informes de Seguimiento Interno. Se revisarán los informes por parte de los coordinadores de Calidad y responsables del Posgrado. Se revisará el Reglamento de las Comisiones de Seguimiento Interno de las titulaciones.</b></p> <p><b>Entendemos que todas estas acciones servirán para implantar definitivamente el sistema tal y como está concebido ahora mismo, y que todavía no ha cerrado un ciclo completo, con ello entendemos que se realizarán no solo mediciones, sino también propuestas de manera sistematizada que servirán para mejorar.</b></p> <p><b>Hallazgo de auditoría tras la visita:</b></p> <p>Se han implantado todas las cuestiones reflejadas en el PAM, con lo que la nc se puede considerar resuelta.</p>	
3	8.6	<p><b>Detalle de la nc:</b></p> <p>Existe un procedimiento de Auditorías Internas, sin embargo, entendemos que no satisface aquello para lo que fue concebido, que el sistema esté en correcto estado y se mantenga implantado sin desviaciones, por varias razones: el tiempo entre una auditoría y la siguiente es excesivamente prolongado (5 años), no se audita todo el sistema tal y como dice el procedimiento, sino solo 4 procedimientos, no hay implantado un sistema de seguimiento.</p> <p><b>Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:</b></p> <p><b>El Centro reconoce que el procedimiento no se podía seguir por imposibilidad de realizar una auditoría interna anualmente. Proponen modificar el procedimiento para realizar las auditorías cada tres años, de acuerdo con lo que en un futuro dirá el PE04 del Sistema.</b></p> <p><b>Hallazgo de auditoría tras la visita:</b></p> <p>Se ha modificado el procedimiento PE04 para realizar auditorías cada tres años y con un alcance que abarca a todos los procedimientos del sistema, con lo que la nc se puede considerar resuelta.</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)*

**Detalle de la OM1.** Las Tasas de Abandono a pesar de tratarse de carreras como Medicina son un poco más altas de lo normal. En el Centro son conscientes de la problemática y lo están analizando, a pesar de ello no se han propuesto acciones de mejora.

Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:

**El Vicedecanato de Ciencias de la Salud elaborará un informe anual por titulación con las causas de abandono detectadas para trasladarlo a las respectivas CSI. Habría que analizar la bondad de la medida porque la elaboración de un informe sin que conlleve propuestas de mejora probablemente no sirva de nada.**

Hallazgo de auditoría tras la visita:

La Universidad ha elaborado el "Plan de Acción 2023 para la contención de bajas de estudiantes de Grado de la Universidad CEU Cardenal Herrera", consistente en detectar los estudiantes con unos rendimientos académicos notables y que tendrán que abandonar, fundamentalmente por motivos académicos, a esos estudiantes se les subvencionará a fondo perdido todo lo que resta de carrera, la Universidad pide a cambio que, para continuar en el Plan, el rendimiento sea de una media mínima de notable y que se comprometan a un mínimo de horas de trabajo en servicios comunitarios. Entendemos que se atiende satisfactoriamente a la OM1.

**Detalle de la OM2.** Bajo nivel de contestación a las encuestas de satisfacción de los estudiantes. Implementar medidas para aumentar el porcentaje de respuestas.

Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:

**Se propone la implantación de un sistema informático que nos informe del nivel de contestaciones. Entendemos que su implantación permitirá detectar en tiempo y forma el nivel de contestación a las encuestas y puede suponer una mejora sustancial.**

Hallazgo de auditoría tras la visita:

Se ha implantado el sistema al que se hace referencia que, aparte de simplificar la elaboración de encuestas, permite detectar en tiempo real el nivel de respuestas, ello le permite a los coordinadores avisar a los estudiantes para que contesten a la encuesta. El resultado final es que el nivel medio de contestación ha subido considerablemente hasta situarse en un 40-45%, con ello entendemos que se atiende satisfactoriamente a la OM2.

**Detalle de la OM3.** En ocasiones, en el doble grado Fisioterapia-Enfermería se dan problemas de solapamiento docente.

Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:

**Se realizarán reuniones específicas de planificación con estudiantes del doble grado. Se realizarán también acciones de seguimiento y coordinación.**

**OPORTUNIDADES DE MEJORA / OBSERVACIONES GENERALES AL SAIC** *(excluyendo las no conformidades)***Hallazgo de auditoría tras la visita:**

Se están realizando las reuniones a las que alude el PAM, incluso se ha podido constatar que se hacen tutorizaciones individualizadas para resolver problemas de solapamiento que pudieran surgir.

**Detalle de la OM4.** Las encuestas a estudiantes sobre la estructura y el diseño de la oferta docente solo se realizan a estudiantes de último curso. Se debería de contar también con la opinión de los estudiantes del resto de los cursos en esta u otras encuestas, como la realizada en la Jornada de Bienvenida.

**Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:**

**Se propone también incorporar a las encuestas a los estudiantes en las Jornadas de Acogida, lo que puede suponer una mejora.**

**Hallazgo de auditoría tras la visita:**

La Universidad ha incorporado al sistema las encuestas que le hace a los estudiantes en las Jornadas de Bienvenida o acogida con ello entendemos que se atiende a la OM4, aunque se podría hacer otra encuesta a mitad de titulación en 2º ó 3º de carrera.

**Detalle de la OM5.** Los estudiantes dicen que la oferta de hospitales públicos en fisioterapia no existe, piden cambiar esa situación.

**Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:**

**Se enviará, a quien corresponda, cartas con registro de salida solicitando plazas en hospitales públicos.**

**Hallazgo de auditoría tras la visita:**

La oferta en hospitales públicos está copada por la Universidad pública (Miguel Hernández), en otras ocasiones se hacía una comunicación informal pidiendo plazas para los estudiantes del CEU, esa comunicación ha pasado a ser oficial, con registro de salida y copia a las consejerías correspondientes. Esto cumple con lo manifestado en la OM5.

**Detalle de la OM6.** Los estudiantes manifiestan que la oferta de instalaciones deportivas del Centro no existe. Piden que se cambie esta situación, vía construcción de instalaciones o convenios.

**Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:**

**Hay toda una batería de medidas para dar a conocer la oferta y ampliarla.**

**Hallazgo de auditoría tras la visita:**

Se han tomado medidas tales como: Dar a conocer la oferta, firmar convenios con los clubes deportivos más importantes de la ciudad, organizar torneos de varias actividades deportivas. Los estudiantes han manifestado que la situación ha mejorado considerablemente con lo que la OM6 estaría en vías de solución.

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

**Detalle de la OM7.** No están claros los criterios de elección de los estudiantes egresados para realizar encuestas de satisfacción. Tampoco está claro en qué momento se realizarán.

Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:

**Se propone la modificación del PC10 Inserción Laboral para incorporar los criterios de selección de estudiantes egresados a los que se le va a proponer la realización de encuestas de satisfacción.**

Hallazgo de auditoría tras la visita:

Independientemente de la modificación del PC10 Inserción Laboral, se constata que esas encuestas se les envían a todos los estudiantes egresados, y el nivel de contestación también es elevado, del 70-80%, con ello entendemos que se atiende a la OM7.

**Detalle de la OM8.** El profesorado manifiesta que las infraestructuras laboratoriales son pequeñas.

Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:

**Se propone la ampliación, a lo largo del curso 2022/23, de los laboratorios de Biología y Bioquímica.**

Hallazgo de auditoría tras la visita:

Se está acometiendo la ampliación a la que hace referencia el PAM no sólo en esos laboratorios, sino también en otras dependencias. El profesorado se muestra satisfecho con la medida, por lo que entendemos que se atiende a la OM8.

**Detalle de la OM9.** Los tutores externos manifiestan que necesitarían ayuda para rellenar informes por un doble motivo: falta de tiempo y porque no todos disponen de un PC o similar. En ese sentido solicitan que se les facilite la tarea.

Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:

**Fomentar el uso de la plataforma de prácticas en el Grado en Enfermería a través de la formación.**

**Facilitar el uso a la plataforma de prácticas utilizando las instalaciones de la Facultad.**

Hallazgo de auditoría tras la visita:

Los tutores externos manifiestan que encuentran muchas más facilidades por la mejora de la plataforma informática para la elaboración de informes, con ello entendemos que se atiende a la OM9.

**Detalle de la OM10.** Los tutores externos dicen que a veces los estudiantes se enfrentan a las prácticas sin base teórica suficiente, siendo un problema de planificación.

Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:

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

**Reuniones y entrevistas con tutores de prácticas externos para identificar las carencias. Tras identificarlas y analizarlas se promoverán las acciones oportunas para su mejora, de las cuales se realizará un seguimiento antes de que termine el curso académico.**

**Hallazgo de auditoría tras la visita:**

Consultados los tutores externos comprobamos que el problema está en Enfermería, grado en el que tienen varios Practicum que comienzan en 2º curso, los tutores en general son conscientes de la situación y lo que harán es intentar amoldarse a los conocimientos de los estudiantes según el curso en el que se encuentren.

**Detalle de la OM11.** Los tutores externos piden que se elimine el papel de las gestiones que realizan en las prácticas.

**Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:**

**Fomentar el uso de la plataforma de prácticas en el Grado en Enfermería a través de la formación.**

**Facilitar el uso a la plataforma de prácticas utilizando las instalaciones de la Facultad.**

**Hallazgo de auditoría tras la visita:**

Los tutores externos manifiestan que encuentran muchas más facilidades por la mejora de la plataforma informática para la elaboración de informes, con ello entendemos que se atiende también a la OM11.

**Detalle de la OB1.** El número de doctores en el Centro es bajo. Se deben tomar medidas para mejorar esta circunstancia.

**Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:**

**El PAM elaborado en su momento no reflejó ningún compromiso respecto a la OB1.**

**Hallazgo de auditoría tras la visita:**

Se nos dice que contaban mal el número de doctores, incluyendo figuras contractuales que claramente eran predoctorales y en formación, eliminando esas figuras el porcentaje de doctores ha aumentado, al tiempo que se sigue incentivando la realización de tesis doctorales, con ello creemos que se está en el buen camino para atender la OB1.

**Detalle de la OB2.** La denominación de "Centro" englobando a todas las titulaciones ubicadas en Elche es confusa, sobre todo en nuestro caso que hemos tenido que auditar solo una parte de ese Centro.

**Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:**

**El PAM elaborado en su momento no reflejó ningún compromiso respecto a la OB2.**

**OPORTUNIDADES DE MEJORA / OBSERVACIONES GENERALES AL SAIC** *(excluyendo las no conformidades)***Hallazgo de auditoría tras la visita:**

Ha pasado a denominarse “Campus de Elche” que engloba varios centros, en ese sentido los cargos directivos pasan a ser del Campus de Elche. Creemos que con ello se soluciona la OB2.

**Detalle de la OB3.** En ese sentido, la CGC lo es del “Centro”, así parece como si los problemas de Ciencias de la Salud se diluyeran.

**Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:**

**El PAM elaborado en su momento no reflejó ningún compromiso respecto a la OB3.**

**Hallazgo de auditoría tras la visita:**

A pesar de que sigue siendo una Comisión de Campus se ha incorporado a la CGC, miembros y estudiantes de todos los centros del Campus, entendemos que es una solución que pretende atender a la OB3 planteada en su momento.

**Detalle de la OB4.** Probablemente por el hecho de no estar implantado al 100%, el sistema no es plenamente conocido por los grupos de interés, especialmente PAS y PDI, es importante que se implementen medidas para que se conozca mejor.

**Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:**

**El PAM elaborado en su momento no reflejó ningún compromiso respecto a la OB4.**

**Hallazgo de auditoría tras la visita:**

Por parte de la Unidad de Calidad se están planteando medidas como cursos, charlas, etc. para difundir la cultura de la Calidad a todos los grupos de interés, de momento lo que se ha hecho es diseñarlo al estar la Unidad inmersa en esta evaluación. A pesar de lo dicho, se ha chequeado entre los asistentes a las audiencias su nivel de conocimiento del SAIC, y se puede concluir que es aceptable.

**Detalle de la OB5.** El Reglamento de Régimen Interior de la CGC no se corresponde con la estructura y la forma actual de funcionamiento del SAIC y de la Comisión, es decir, está obsoleto, debe de ser sustituido.

**Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:**

**El PAM elaborado en su momento no reflejó ningún compromiso respecto a la OB5.**

**Hallazgo de auditoría tras la visita:**

Se ha sustituido y puesto al día el Reglamento de Régimen Interior de la CGC. Entendemos que se ha atendido satisfactoriamente a la OB5.

**Detalle de la OB6.** En la documentación no se hace referencia a la nueva legislación como por ejemplo el RD 822/2021, y se sigue hablando del RD 1393/2007. Están en proceso de actualización.



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

Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:

**El PAM elaborado en su momento no reflejó ningún compromiso respecto a la OB6.**

Hallazgo de auditoría tras la visita:

Se han actualizado todos los Reglamentos y Normativas. Entendemos que se ha atendido satisfactoriamente a la OB6.

**Detalle de la OB7.** El buzón de sugerencias, por varias razones, no funciona. Los grupos de interés prefieren solucionar las diferentes incidencias de manera más informal. Por ello se debe actualizar el procedimiento, implementando otras maneras de resolución de incidencias y conflictos, y que queden reflejadas en el Sistema.

Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:

**El PAM elaborado en su momento no reflejó ningún compromiso respecto a la OB7.**

Hallazgo de auditoría tras la visita:

Las incidencias, aparte de por el Buzón se intentan resolver a través de acuerdos con los delegados, el profesorado y el Equipo de Dirección. Todo ello se trata en las reuniones mensuales o trimestrales de delegados y se reflejan en actas que el Equipo de Dirección se encarga de implementar en el Sistema. Entendemos que con ello se atiende a la OB7.

**Detalle de la OB8.** Conviene finalizar la actualización de la documentación en lo que hace referencia a la Información Pública, para que lo que se haga sea exactamente lo que refleje el sistema.

Compromiso de la Universidad reflejado en su PAM:

**El PAM elaborado en su momento no reflejó ningún compromiso respecto a la OB8.**

Hallazgo de auditoría tras la visita:

Se ha actualizado la documentación del proceso, así como la de todo el Sistema, entendemos que con ello se atiende a la OB8.

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

1. La visita se ha desarrollado de forma satisfactoria.
2. En términos generales, el SAIC que aplica el Centro es un sistema exhaustivo, bien estructurado, completo y actualizado.
3. El Equipo de Dirección del Centro está compuesto por personas entusiastas e implicadas y claramente orientadas a la mejora continua.
4. Hay que valorar el esfuerzo hecho por la Universidad para atender, en mayor o menor medida, a todas las no conformidades, oportunidades de mejora y observaciones formuladas en la auditoría inicial realizada el 19 de mayo de 2022.
5. El esfuerzo del Centro por ofrecer al estudiantado la posibilidad de tener una oferta de estudios claramente encaminada a la entrada lo antes posible en el mercado laboral.
6. Los estudiantes entrevistados durante la visita de auditoría valoran muy positivamente la cercanía de los profesores y su disposición a ayudarles en cualquier tema que se les plantea.
7. Los estudiantes destacan la fácil comunicación con los miembros del Equipo de Dirección del Centro.
8. Los estudiantes destacan la buena accesibilidad a la información y la rapidez en la respuesta a sus consultas.
9. Los estudiantes y egresados valoran muy positivamente las prácticas con simuladores.
10. Los egresados valoran muy positivamente los estudios cursados, y en un porcentaje importante de los entrevistados declara que volvería a estudiar lo mismo y en el mismo centro.
11. Tanto los tutores externos de prácticas como los empleadores entrevistados durante la visita de auditoría, manifiestan estar muy satisfechos con el estudiantado del Centro y hacen una valoración muy positiva de las prácticas externas, y de la predisposición de los estudiantes (competencias transversales).
12. La herramienta digital "Gestión de Prácticas Externas" es sencilla, muy potente y se mejora constantemente.



**PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR**

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO/ OCUPACIÓN</b>
Enrique Centeno González	Vicerrector del Campus de Elche y Presidente de la CGC
Álvaro Antón Antón	Secretario Académico del Campus de Elche y de la CGC
José Manuel Amiguet Esteban	Secretario General del CEU-Cardenal Herrera y Vicerrector de Desarrollo Estratégico y Comunicación
Gerardo Manuel Antón Fos	Vicerrector de Ordenamiento Académico y Profesorado
Verónica Veses Jiménez	Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud
Ricardo Martín Peñalver	Vicedecano del Grado en Enfermería
Cristina Orts Ruiz	Vicedecana del Grado en Fisioterapia
Francisco Javier Montañez Aguilera	Adjunto al Vicerrector de Desarrollo Estratégico y Comunicación
Elena María Esteve López	Coordinadora de Calidad del Campus de Elche
Inmaculada Doménech Martínez	Técnico de la Unidad de Desarrollo Estratégico y Calidad
Montserrat Martínez Soldevilla	Técnico de la Unidad de Desarrollo Estratégico y Calidad
Mael Yves-Bernard Vandelannoote	Estudiante Grado Fisioterapia
Thomas Michel Chabiron	Estudiante Grado Fisioterapia
Amparo Pomares Bernabeu	Estudiante Grado Fisioterapia
Vanessa Fuster Pérez	Estudiante Grado Fisioterapia
Neira María Pérez Martín	Estudiante Doble Grado Fisioterapia y Enfermería
Sara Gallardo Navarro	Estudiante Grado Enfermería
Álvaro Botella Trigueros	Estudiante Grado Enfermería
Rocío Ávila Maxia	Estudiante Grado Enfermería



Carolina Cremades Maestre	Estudiante Grado Enfermería
José Francisco Pérez Rico	PAS de Secretaría General Campus de Elche y Representante en CGC
Ruth Gómez García	PAS Técnico de Laboratorio
Laura Sánchez Martínez	PAS de Carreras Profesionales
Juana María Sánchez Aniorte	PAS del Servicio de Orientación Universitaria
Federico Castillo García	PAS IT
Rosa María Milán Díaz	PAS Biblioteca
Pedro Miralles Nyrelius	PAS Servicio de Deportes
José Martín Botella Rico	PDI de Fisioterapia
Víctor Zamora Conesa	PDI Coordinador de Prácticas Fisioterapia
Sergio Montero Navarro	PDI Coordinador de Fisioterapia
Cristina Salar Andreu	PDI de Fisioterapia. Coordinadora primer curso
Jesús Manuel Sánchez Mas	PDI Coordinador Grado Enfermería
Vanesa Escudero Ortiz	PDI de Enfermería. Coordinadora primer curso
Inés González Sánchez	PDI de Enfermería. Coordinador prácticas Grado de Enfermería
Rubén Galiano Martínez	PDI de Enfermería
José Antonio Robles Laguna	PDI del Doble Grado Fisioterapia-Enfermería. Coordinador de Primer Curso en Fisioterapia
Daniel Torres Boyero	Empleador y Tutor prácticas
Nereyda Miralles	Empleadora y Tutora prácticas
Ainhoa González	Empleadora y Tutora prácticas
Alfredo Pérez	Empleador y Tutor prácticas
Carlos Pomares	Empleador y Tutor prácticas
José Fernández de Maya	Empleador y Tutor prácticas
Ana Castillo López	Empleadora y Tutora prácticas



Víctor Pérez Cantó	Empleador y Tutor prácticas
Thomas Clément Bernard Launay	Egresado en Fisioterapia
Lydia Vicente Skill	Egresada en Fisioterapia
Beatriz Boix Gomis	Egresada en Fisioterapia
Manuel Hernández Chica	Egresado en Fisioterapia
Antonio José Felipe Gómez	Egresado en Enfermería
Ángela Pastor Botella	Egresada en Enfermería
Maryuri Orozco Rodríguez	Egresada en Enfermería
Marina Beano Cuenca	Egresada en Enfermería
María Ángeles García Esparza	Representante de profesores de Enfermería en la CGC
Noa Tarozzi	Representante de estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud del Campus de Elche en la CGC
Juan José García Facorro	Representante de estudiantes de la Facultad de Derecho, Empresa y Ciencias Políticas del Campus de Elche en la CGC
Miriam Martínez Albadalejo	Representante de estudiantes de la Facultad de Humanidades Ciencias de la Comunicación del Campus de Elche en la CGC

#### **EXCUSADOS**

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO/ OCUPACIÓN</b>
No procede	

**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)**

- (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 Murcia, a 16 de marzo de 2023

**POR EL EQUIPO AUDITOR**

D. Antonio José Rouco Yáñez  
Cargo: Auditor Jefe