



AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN  
DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN


# **PROGRAMA AUDIT**

## **INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA**

**UNIVERSIDAD DE MURCIA**  
**FACULTAD DE INFORMÁTICA**

**Fecha emisión informe: 26/ 01/ 17**

**V Final**  
*(Post evaluación del Plan de Acciones de Mejora)*

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	<b>INF. DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN FACULTAD DE INFORMÁTICA DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA.</b> Fecha: 26/01/2017
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## DATOS DEL CENTRO AUDITADO

<b>Universidad</b>	<b>UNIVERSIDAD DE MURCIA</b>
<b>Centro</b>	<b>FACULTAD DE INFORMÁTICA</b>
<b>Alcance de la auditoría</b> (especificar cualquier posible exclusión)	Todas las titulaciones oficiales que se imparten en el referido Centro y de los que es responsable.
<b>Fecha de la auditoría</b>	24 de noviembre de 2016

## TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

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

Márquese con una "X" lo que proceda

## REPRESENTANTES DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

<b>Nombre</b>	Pedro M. Ruiz Martínez/ Francisca Martínez Faura
<b>Cargo</b>	Decano de la Facultad de Inf. / Jefa Área Calidad e Innovac.
<b>Tfno. y correo</b>	<a href="mailto:decano.inf@um.es">decano.inf@um.es</a> / <a href="mailto:fmf2@um.es">fmf2@um.es</a>

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

## DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

<b>Auditor Jefe</b>	Esther Balboa García	<b>Institución</b>	ANECA
<b>Auditor</b>	José Antonio Pérez de la Calle	<b>Institución</b>	ANECA

## INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría se desarrolló sin ninguna incidencia, y de acuerdo a la agenda pactada entre el equipo auditor y el centro auditado.

## RESUMEN GLOBAL DE LA AUDITORÍA POR CADA DIRECTRIZ

*Esta auditoría se ha realizado de manera muestral. Por este motivo, podrían existir otras no conformidades además de las indicadas en el presente informe.*

Directriz AUDIT		Directriz AUDIT	
1.0. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad	No Conf.	1.2. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes	No Conf.
	1		
1.0.1. Declaración pública y por escrito que recoja su política, alcance y objetivos de calidad		1.2.1. Disponer de sistemas de información para valorar las necesidades del Centro	
1.0.2. Grupos de interés implicados		1.2.2. Mecanismos para obtener y valorar información sobre los procesos anteriores	
1.0.3. Configuración del sistema para su despliegue		1.2.3. Mecanismos que regulen las directrices que afectan a los estudiantes	
1.0.4. Acciones para la mejora continua de la política y objetivos de calidad		1.2.4. Mejora continua de los procesos relacionados con los estudiantes	
1.0.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés		1.2.5. Procedimientos de toma de decisiones relacionados con los estudiantes	
1.1. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos	No Conf.	1.2.6. Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje	
1.1.1. Órganos y procedimientos para la mejora continua de los títulos		1.2.7. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.1.2. Sistemas de información para la mejora de la oferta formativa		1.3. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico	No Conf.
1.1.3. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos		1.3.1. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico	
1.1.4. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		1.3.2. Recogida de información sobre resultados de su personal académico	
1.1.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés		1.3.3. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	
1.1.6. Criterios para la eventual suspensión del título		1.3.4. Toma de decisiones relativas al acceso, evaluación y promoción	
<b>OBSERVACIONES:</b> Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas  Por cada subcriterio se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varios subcriterios		1.3.5. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal	
		1.3.6. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	

(Sigue)

Directriz AUDIT		Directriz AUDIT	
1.4. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios	No Conf.	1.6. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones	No Conf.
1.4.1. Obtención de información sobre requisitos de gestión de los recursos materiales y servicios		1.6.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y programas	
1.4.2. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		1.6.2. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.	
1.4.3. Mejora continua de su política y actuaciones relativas al PAS y servicios		1.6.3. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	
1.4.4. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		1.6.4. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de la información sobre programas y títulos	
1.4.5. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios			
1.4.6. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios			
1.4.7. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios			
1.5. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados	No Conf.		
1.5.1. Obtención de información sobre necesidades de los grupos de interés sobre calidad de la enseñanza			
1.5.2. Recogida de información sobre resultados de aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de grupos de interés			
1.5.3. Mejora continua de los resultados y la fiabilidad de los datos utilizados			
1.5.4. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados			
1.5.5. Procesos de toma de decisiones relacionados con los resultados			
1.5.6. Implicación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados			
1.5.7. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados			

## DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Durante el desarrollo de la auditoría se han identificado las siguientes no conformidades:

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	1.0.	<p>En contra de lo especificado en el criterio 1.0. del Modelo AUDIT de referencia, no se evidencia un conocimiento suficiente de la Política y objetivos de calidad del Centro por parte de los diferentes grupos de interés de la Facultad auditada. Cabría aplicar el mismo comentario en relación al resto de documentos del SGIC del Centro.</p> <p>Por ejemplo, desconocimiento de la Política y objetivos de calidad del Centro entre el personal docente e investigador, personal de administración y servicio, y estudiantes de grado y máster que asisten a las entrevistas del equipo auditor.</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 SGIC, 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 SGIC, 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).

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

### **OBSERVACIONES**

Obs.1. La visibilidad del perfil de ingreso necesario para los nuevos estudiantes de la facultad resulta bastante reducida (limitada a lo expuesto en la memoria de verificación de los títulos).

Obs.2. No todos los documentos del sistema incluidos los registros son de acceso libre a los diferentes grupos de interés. Ejemplo: los documentos que se encuentran publicados en la web de la universidad, como p. ej. plan de acción tutorial curso 15-16, informes de encuestas de satisfacción de Grado del curso 15/16 C2 o el de Máster del curso 15/16, que pide permiso para acceso. P. ej. actas de reuniones del año 2015: al tratar de acceder a las de 6 noviembre y 12 de junio, pide permisos.

Obs.3. En algún caso hay documentos que no dan acceso al documento al que se refiere, sino a otro documento. Por ejemplo: En el caso del informe de análisis de resultados académicos ubicado en la web, el enlace al informe del curso 12/13 lleva en realidad al del curso 13/14 y para el máster, el informe del curso 11/12 lleva al del 12/13.

Obs. 4. El desconocimiento generalizado de los contenidos publicados en la web del Centro relativos a temas de calidad, hace que por parte de los grupos de interés no se utilice (a veces ni se conozca) la información y los datos allí reseñados. Por ejemplo, en el caso de los diferentes indicadores de resultados académicos. Esta situación no contribuye a la implicación de los diferentes grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados (1.5.6. Criterios AUDIT), y no facilita, por ejemplo, que aumenten las tasas de participación en las encuestas de satisfacción, tradicionalmente bajas.

Obs. 5. Los planes de mejora anuales que se presentan en la web del Centro, no llevan firma gráfica ni electrónica, y además no están cumplimentados en cuanto a su estado de realización, con lo que no se sabe si se han cumplido o no. P. ej. los planes de los años 13, 14 y 15.

Obs. 6. El Documento de "propuestas tendentes a la mejora docente" no aparece como perteneciente a ningún documento del SGIC. Los de los años 15/16 y 16/17 son casi idénticos.

Obs. 7. En el caso del documento PC 02, de Revisión y mejora *del Plan de estudios*, el anexo 1 de este procedimiento tiene como título uno diferente al del procedimiento de origen: Revisión y mejora *de las Titulaciones*. Por otra parte, el anexo 2 no lleva en el encabezado el título del procedimiento de origen, sino el descriptor del anexo.

Obs. 8. Respecto al procedimiento PC04, de Orientación a estudiantes, el Plan anual de orientación del curso 14/15 está en blanco, pero luego existe otro plan de orientación de la "FIUM", en formato diferente, y ese sí está completo. Por otra parte, en el curso 14/15, el registro de indicadores de orientación contempla una sola acción de las 4 previstas, y además la única que se hace, experimenta un deterioro importante en

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

participación, pasando del 17% en curso anterior al 7% en este, y también del 7% en el siguiente curso.

Obs. 9. No coincide el nombre del informe de seguimiento anual con el que aparece en la web, que se llama memoria trimestral.

Obs. 10. El acta de la CGC del 22-07-15 tiene la fecha equivocada. Pone 16 de abril de 2015.

### **OPORTUNIDADES DE MEJORA**

OM.1. No siendo en la actualidad un requisito del Modelo, es muy conveniente, si se utilizan las auditorías internas como herramienta de mejora, que su metodología de desarrollo (procedimiento) esté incorporada a la documentación general del SGIC de la Universidad o del Centro, en el momento que se solicita una auditoría externa.

OM.2. Valorar el desarrollo de un protocolo que facilite la incorporación de los alumnos que se inscriban al curso una vez comenzado, tanto en lo relativo al uso de todos los servicios ofrecidos por la universidad, como a la mejora de sus condiciones de acceso al desarrollo académico de éste.

OM.3. Reflexionar sobre la posibilidad de incorporar un mecanismo que garantice la retroalimentación de los resultados de las encuestas e indicadores a todos los miembros del PAS.

OM.4. Estudiar la posibilidad de incorporar un canal que permita una comunicación periódica, directa y formal con los representantes de las empresas, para facilitar la mejora continua de las titulaciones y la recogida de sugerencias a los planes de estudio.

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

### PUNTOS FUERTES

PF1. Claro compromiso del decano y de su equipo directivo, en la mejora continua y la implantación del sistema de garantía interno de calidad.

PF2. Facilidad de los alumnos para acceder a los profesores para la resolución de las dudas y las dificultades en el desarrollo del plan de estudios.

PF3. Incorporación de la figura del alumno interno para facilitar al estudiante su desarrollo académico.

PF4. Voluntad de transparencia en la publicación de los resultados en la página web de la facultad.

PF5. Alto grado de satisfacción de los empleadores con las competencias alcanzadas con los egresados de la titulación del centro.

PF6. Alto compromiso de la secretaria del centro, con la calidad del servicio.

## **GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEJORAS PLANTEADAS EN EVALUACIONES / AUDITORÍAS ANTERIORES**

No aplica.

## **GRADO DE CUMPLIMIENTO GLOBAL DE LOS APARTADOS QUE SERÍAN OBJETO DE RECONOCIMIENTO EN LA REACREDITACIÓN DE TÍTULOS**

Las directrices del Modelo de Evaluación de Acredita que serían objeto de reconocimiento en caso de certificación del centro que imparte las titulaciones, así como su interrelación con las directrices AUDIT correspondientes, se encuentran detalladas en el anexo 02 del Documento Marco Evaluación para la renovación de la acreditación de títulos oficiales de Grado, Máster y Doctorado Programa ACREDITA, descargable en la web de ANECA.



## PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Pedro M. Ruiz Martínez	Decano de la Facultad de Informática
Juan A. Sánchez Laguna	Vicedecano de Estudios
Francisco García Sánchez	Vicedecano de Relaciones Externas
Antonio Ruiz Martínez	Vicedecano de Calidad e Innovación Docente
Miguel A. Pérez Sánchez	Coordinador de Calidad
Francisca Martínez Faura	Jefa de Área de Calidad e Innovación
M <sup>a</sup> Dolores Fernández Rodríguez	Garantía de Calidad en Centros
Rocío Reyes Deltell	Garantía de Calidad en Centros
Alicia Ruiz Tovar	Estudiante de Grado
Cristina Villa Torrano	Estudiante de Grado
Aitana Molina Ortega	Estudiante de Grado
Alberto Robles Enciso	Estudiante de Grado
Jorge Ortíz Escribano	Estudiante de Grado
Abad Navarro, Francisco	Estudiante de Máster
Ignacio Mascarell Llorens	Estudiante de Máster
Alfonso López Murcia	Centro de Cálculo
Raúl Sánchez Fernández	Centro de Cálculo
Santiago Paredes Moreno	Centro de Cálculo
José Luis González Banegas	Jefe de Consejería
María Dolores Piñera Ayala	Secretaría Decanato
María Isabel González Tomás	Secretaría
María Franco Alcázar	Técnico Auxiliar de Biblioteca
Francisco Plana López de Ochoa	Secretario Departamento de Ingeniería y Tecnología de Computadores

María Belén García Palma	COIE
Mª José Toral García	Jefa de Sección de Colección de Biología, Informática, Química, Matemáticas y Bellas Artes
Begoña Moros Valle	PDI de la Facultad de Informática
Ricardo Fernández Pascual	PDI de la Facultad de Informática
Francisco Javier Bermudez Ruiz	PDI de la Facultad de Informática
Eduardo Martínez Graciá	PDI de la Facultad de Informática
Diego Sevilla Ruiz	PDI de la Facultad de Informática
Gema María Díaz Toca	PDI de la Facultad de Informática
Alberto López Sánchez	Egresado de la Facultad de Informática
Sara Nieves Matheu García	Egresado de la Facultad de Informática
Alejandro Centenero García	Egresado de la Facultad de Informática
Alejandro Fuster Martínez	Egresado de la Facultad de Informática
José María Sola Durán	Egresado de la Facultad de Informática
Carlos Zorzona Rubio	Egresado de la Facultad de Informática
Ginés García Mateo	Director Departamento Informática y Sistemas
Benito Úbeda Miñarro	Director Departamento de Ingeniería de la Información y las Comunicaciones
Juan Luis Aragón Alcaraz	Director Departamento de Ingeniería y Tecnología de Computadores
Carmen Ruiz Iniesta	Jefa de Secretaría
Emilio López Ales	Representante de Alumnos
María Dolores Fernández Rodríguez	Representante de la Unidad para la Calidad
Emma Barcelo Cánovas	(Capgemini - Senior Manager y Delivery Manager, y responsable del Centro de Excelencia Business Intelligence en Murcia)
José Antonio Bermudez Ruiz	Everis - Director del Centro en Murcia
Javier Sánchez Giménez	Neosistec - Project Manager y Responsable de Postventa

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	<b>INF. DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN FACULTAD DE INFORMÁTICA DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA.</b> Fecha: 26/01/2017
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Javier De Andrés Rivero	TICARUM – CIO – Director Técnico
Carlos Alonso Muñoz	SAES - Responsable del Área de Ingeniería Software
Rafael Marín Pérez	OdinS – Jefe de Productos
David Luján López	Neoris – Director Oficina Levante
Francisco J. Ros Muñoz	CEO Doalitic

## EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Mercedes Valdés Vela	PDI de la Facultad de Informática
José Ambrosio Toval Álvarez	PDI de la Facultad de Informática

## DISPOSICIÓN FINAL

### VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)

**El equipo auditor de la Agencia certificadora, una vez examinado el SGIC 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)**

**X**

**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 SGIC, 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 presente informe se ha redactado tanto a partir de la información suministrada por el Centro, como de la disponible en su página Web y en su intranet, así como de la que el equipo auditor ha recogido en su visita al mismo.

Se considera que el Centro dispone de un sistema de garantía interno de calidad orientado hacia la identificación de oportunidades de mejora, estando establecidos objetivos de calidad que son asumidos por el conjunto de la institución. Se dispone además de suficientes procedimientos, registros y evidencias que demuestran, (salvando las cuestiones expuestas más adelante), su implantación real.

Se destaca que el clima en el que se ha desarrollado la auditoría ha sido muy bueno, así como la predisposición mostrada por todos los interlocutores de la institución hacia las sugerencias realizadas por el equipo auditor, especialmente del equipo de dirección y la unidad de calidad.

Se ha valorado el conjunto de criterios que integran las directrices de AUDIT, resultando 1 no conformidad (nc) de carácter menor, así como 10 observaciones (errores de menor consideración) y 4 oportunidades de mejora. En el caso de la única nc, relativa al insuficiente grado de conocimiento de la Política y objetivos de calidad del Centro por parte de los diferentes grupos de interés, aunque trascendente, el equipo auditor entiende que se han puesto los medios suficientes, si bien, es una situación cuya mejora requiere de un periodo dilatado de tiempo.

### JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

En relación al Plan de Acciones de Mejora (PAM) aportado por el Centro en fecha 24/01/17, se considera que se ha realizado un análisis honesto de las causas y circunstancias origen de la nc y de las oportunidades de mejora. En dicho Plan se recogen toda una batería de acciones que se parecen realistas, a pesar de que, como se ha explicado anteriormente, incrementar el conocimiento sobre el SGIC y la cultura de calidad de los grupos de interés, se entiende que es algo más difícil de conseguir, lo mismo que sucedería en cualquier otra universidad. También se fijan fechas y responsables, que, al menos sobre el papel, pueden ser perfectamente capaces de desarrollar las acciones encomendadas.

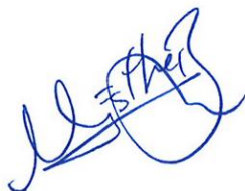
A fecha de envío del referido PAM, y de acuerdo a su contenido, 7 de las 10 observaciones ya habrían sido resueltas, y para las 3 restantes, se fijan fechas razonables.

De lo anterior, se considera que existe un compromiso formal de la Junta del Centro, y en particular de su Decano, hacia su realización y seguimiento.

Consecuencia de lo anteriormente expuesto, de la positiva percepción del funcionamiento del Centro obtenida, así como del alto grado de compromiso hacia la mejora detectado en su personal directivo y docente, el equipo auditor ha consensuado proponer una valoración global **FAVORABLE** del grado de implantación del SGIC en el Centro.

- (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.

#### Por el equipo auditor (1)



D/a: Esther Balboa García  
Cargo: Auditor Jefe

(1) Auditor de mayor rango del equipo