



# **PROGRAMA AUDIT**

  

## **INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA**

**UNIVERSIDAD DE MURCIA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Fecha emisión informe: 27/06/22**

	<b>INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SAIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE MURCIA</b>
	Fecha: 27/06/22

## DATOS DEL CENTRO AUDITADO

<b>Universidad</b>	UNIVERSIDAD DE MURCIA
<b>Centro</b>	FACULTAD DE PSICOLOGÍA
<b>Alcance de la auditoría</b> (especificar cualquier posible exclusión)	Todos los procesos recogidos dentro del alcance de su SAIC. Todas las titulaciones oficiales que se imparten en el referido Centro y de los que es responsable.
<b>Fecha de la auditoría</b>	29 de marzo de 2022

## TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

<b>Preauditoria</b>		<b>Inicial</b>	<b>X</b>	<b>Seguimiento</b>		<b>Renovación</b>	
---------------------	--	----------------	----------	--------------------	--	-------------------	--

Márquese con una "X" lo que proceda

## REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

<b>Nombre</b>	Antonio Rouco Yáñez
<b>Cargo</b>	Coordinador de Calidad
<b>Tfno. y/o correo</b>	arouco@um.es

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

## DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

<b>Auditor Jefe</b>	Arturo Alvear González	<b>Institución</b>	Universidad de Burgos
<b>Auditor</b>	M <sup>a</sup> Pilar Castelao de Simón	<b>Institución</b>	Universidad Politécnica de Madrid
<b>Aud. Formación</b>	-	<b>Institución</b>	-

## INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría se desarrolló de acuerdo a la agenda pactada entre el equipo auditor y el Centro auditado.

## 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	
<b>1. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad</b>	<b>No Conf.</b>	<b>3. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes</b>	<b>No Conf.</b>
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	<b>1 y 2</b>
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. 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		<b>4. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico</b>	<b>No Conf.</b>
<b>2. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos</b>	<b>No Conf.</b>	4.1. Revisión de la política institucional sobre personal académico	
2.1. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos		4.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal académico	
2.2. Alineación de los planes de estudios con su estrategia y las necesidades sociales		4.3. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico	
2.3. Órganos, grupos y procedimientos para la mejora continua de los títulos durante su ciclo de vida		4.4. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	<b>3 y 4</b>
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>		• Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices	
• Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas			

(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	<b>5 y 6</b>	7.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y otras actividades	
5.2. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios		7.2. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de información sobre los títulos	
5.3. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		7.3. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.	
5.4. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios		7.4. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	
5.5. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		7.5. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos	
5.6. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios		<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		8.3. Procedimiento para el acceso a la documentación del SAIC y su adecuada descripción del Centro	
6.3. Mecanismos válidos de recogida de información sobre resultados del SAIC		8.4. Conocimiento operativo del SAIC por los grupos de interés	
6.4. Revisión y mejora de los indicadores y de los sistemas de análisis utilizados		8.5. Conservación de los registros generados por el SAIC	
6.5. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados de los procesos del SAIC		8.6. Procedimiento para el desarrollo de auditorías internas periódicas al SAIC	
6.6. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos		8.7. Evaluación externa periódica del SAIC	

## DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

N.º No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	3.1	En relación con la orientación de sus enseñanzas a los estudiantes, acorde con lo establecido en el Capítulo 6 del MSAIC del Centro y en la directriz AUDIT 3.1, no se evidencia el diseño de la sistemática en los procedimental de las cuestiones relativas a garantía de calidad del reconocimiento de calificaciones, créditos y/o cualificación profesional obtenida.	nc
2	3.1	Tal y como se establecía en la auditoría interna, no se evidencian actas de aprobación y seguimiento del plan anual de orientación, tanto de manera particular ni dentro de la CAC ni de la JF.	nc
3	4.4	Con respecto a la sistemática para la garantía de la calidad de los procesos de evaluación del desempeño, promoción y reconocimiento del personal académico, dentro del proceso PA05 no se evidencian referencias a cuestiones como el desarrollo de la carrera profesional o el programa Docentium.	nc
4	4.4 5.1	Con respecto a la sistemática para la garantía de la calidad de los procesos de evaluación de la actividad que desarrolla el PAS, dentro del proceso PA05 no se clarifican las cuestiones y aspectos a realizar a la vista del texto expuesto: <i>La evaluación de la actividad que desarrolla el PAS se realizará de forma global cuando se evalúe, con fines de mejora o de reconocimiento, la titulación o el Centro en el que prestan sus servicios, y/o cuando lo establezca Gerencia.</i>	nc
5	5.1	Se evidencia la puesta en marcha de la Comisión de Infraestructuras para trabajar sobre los asuntos relacionados con los recursos materiales, si bien no se evidencia su integración en la sistemática del SAIC de la Facultad (PA06 PUNTO 4 para las medidas, análisis y mejora continua.	nc
6	5.1	No se evidencia dentro de mapa de procesos ni del MSAIC, una sistemática para la definición, revisión y mejora continua de la garantía de calidad del personal de administración y servicios de la Universidad/Centro/Título, más allá del PAS de apoyo a la docencia, asegurando su cualificación y desarrollo de competencias, acorde con lo establecido en la directriz AUDIT 5.1.	nc

(1) Se mantendrá la misma correlación numérica utilizada en el apartado anterior

(2) Se contemplan dos categorías de No Conformidades:

- No conformidad Mayor (NCM). Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SAIC, que compromete de forma grave, o puede llegar a hacerlo, el logro de los objetivos de calidad del Centro o de las enseñanzas que imparte.
- No conformidad menor (nc). Aquella que, por su naturaleza o singularidad, supone una desviación leve de lo establecido en el SAIC, y no se derivan las mismas consecuencias negativas que en el caso de las NCM.

El tratamiento de las NCM, así como de las nc recogidas en el informe final de auditoría, deberá ser documentado en el Plan de Acciones de Mejora (PAM).

### Nota aclaratoria:

Es oportuno destacar que, como norma general, el informe de auditoría debe recoger una imagen lo más fiel posible a la situación del SAIC en el Centro auditado, **en la fecha en la cual se produjo la visita del equipo auditor**. En este sentido, y si bien se acepta que puedan haberse llevado a cabo diversas actividades de mejora en fechas posteriores, éstas no necesariamente tienen que ser incorporadas en la segunda versión del informe.

Será en su tercera y definitiva versión, aquella que se elabora por el equipo auditor tras proceder al análisis del PAM (Plan de Acciones de Mejora), donde sí cabe incorporar (capítulo de "Disposición final") valoraciones no solo basadas en compromisos de acciones futuras, sino también en las evidencias de acciones de mejora ya realizadas, a fecha de remisión del referido Plan.

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

Se realiza la auditoría de la implantación del SAIC de la Facultad de Psicología (en adelante, Centro) de la Universidad de Murcia (en adelante, UM), con el alcance a sus 2 títulos de Grado y sus 6 títulos de Máster.

Con carácter previo a la visita se han cotejado las evidencias alojadas de manera pública en la página web del Centro, alimentada principalmente por la aplicación UNICA, así como las actualizaciones documentales recibidas por correo electrónico.

Las entrevistas realizadas han tratado de verificar y comprobar el desarrollo de los procedimientos conforme a lo prescrito en la documentación del SAIC. El alcance de las audiencias mantenidas se ha ajustado a la agenda de visita consensuada junto con el Centro, permitiendo al equipo auditor mantener reuniones con profesorado, alumnado, empleadores, egresados, personal de administración y servicios y responsables orgánicos de calidad para ratificar el cumplimiento de los procesos en lo que tiene que ver con su rol en la comunidad universitaria.

La penúltima revisión del Manual del Sistema de Aseguramiento Interno de la Calidad (MSAIC) del Centro fue aprobada por la Junta de Centro el 21 de abril de 2020, incluyendo en esta última revisión el procedimiento de Auditorías Internas, siguiendo las recomendaciones de Auditorías Internas realizadas y acorde con el Modelo AUDIT de 2018, produciéndose la última fuera del alcance de la visita, el 23 de marzo de 2022 aprobada en Junta de Centro, y que actualiza la información acerca de la Facultad e incorpora a su organigrama el nuevo Máster en Intervención Logopédica en la Deglución, la nueva Programación Conjunta de Estudios Oficiales y otros servicios, así como la revisión de algunos aspectos relacionados con la elaboración de la Política de calidad y los grupos de interés y la corrección del vocabulario de género en relación con los responsables de los procesos de calidad.

En diciembre de 2018 concluyó una profunda revisión del sistema, como consecuencia del Equipo de Gobierno de la UM y de la necesidad de adaptarlo al nuevo modelo AUDIT 2018, todo ello cuajó con la implantación y actualización de procedimientos, aprobados en Junta de Centro el 27 de junio de 2019.

Tanto en 2016 como en 2018, se realizaron profundas revisiones del sistema, como consecuencia tras normativa de seguimiento y acreditación, y tras cambios en el Equipo de Gobierno de la Universidad, en primer lugar y tras cambio en el Equipo de Gobierno de la Universidad, para adaptarlo al nuevo modelo AUDIT en segundo lugar.

El proceso PA07. Auditorías internas se aprueba en su versión inicial el 20 de enero de 2020, así como en 2021 se realizan dos actualizaciones del mismo para dar cabida a lo relevante tras el curso de formación en auditorías internas y la incorporación de auditores en prácticas, si bien en la fecha de la visita externa de este equipo auditor no se evidencian resultados de dicho proceso acorde con la temporalidad bienal, tal y como figura en el punto 3 del proceso, cuestión que será de especial seguimiento en posteriores visitas externas.

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

El alcance temporal de la auditoría de seguimiento que se expone en este informe incide en los cursos 16/17, 17/18, 18/19, 19/20 y 20/21.

Con carácter de recomendación y/o elemento de reflexión, se facilitan al Centro los siguientes aspectos relativos al propio SAIC:

### **OPORTUNIDADES DE MEJORA (OM)**

- OM1. Establecer y evidenciar los cambios introducidos en cada versión revisada de la política y objetivos de calidad acorde con el alcance temporal establecido en el PE01 del SAIC del Centro que establece una periodicidad como mínimo bienal y que debe dejar constancia en acta de la revisión realizada, teniendo en consideración lo establecido en la directriz AUDIT 1.1.
- OM2. Potenciar un plan de difusión de la Calidad, estableciendo acciones concretas, así como objetivos y seguimiento de la medición del impacto.
- OM3. Acorde con lo especificado en la directriz 1.3 del modelo AUDIT, se recomienda evidenciar la implicación de los grupos de interés externos en la definición, implicación, revisión y mejora de la política y objetivos de calidad del Centro, acorde a lo establecido en el PE01 y que se muestra también en el último párrafo de la página 32 del MSAIC donde prevalece la figura del Decano o Decana.
- OM4. Acorde a la directriz AUDIT 2.3 y 3.1 punto 4 sobre aspectos relacionados con la coordinación, se recomienda potenciar la integración documental en la aplicación UNICA las actas de coordinación únicamente para el curso 2021/22.
- OM5. Dentro de proceso PC04. Orientación a estudiantes y acorde con lo indicado en la directriz AUDIT 3.5, se recomienda establecer objetivos y metas a los 5 indicadores propuestos, así como sólo se muestran valores para el IN01-PC04.
- OM6. Acorde al Criterio AUDIT 2, se recomienda potenciar, dentro del proceso PE02. *Ciclo de vida de las titulaciones*, un mayor nivel de detalle en lo referente a los mecanismos, necesidades de la sociedad y procesos para cada una de sus etapas, haciendo un especial hincapié en este último aspecto y principalmente en el nivel de detalle de la revisión periódica del título.
- OM7. A la vista de las evidencias aportadas y en las sesiones mantenidas, se recomienda potenciar los mecanismos de análisis y toma de decisiones en lo relativo a los resultados de los programas formativos, a la vista de la ausencia de ciertos indicadores en algunas titulaciones y a valores como la graduación en el Máster Universitario en Psicología de la Intervención Social.
- OM8. Dentro del proceso del ciclo de vida de los programas formativos, principalmente en los másteres, se recomienda garantizar y nivelar los valores ofertados verificados y en caso de no cumplirse sucesivamente, establecer modificaciones de dichos programas formativos, incluyendo las acciones a realizar dentro del plan de mejora.



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

- OM9. Dentro de la sistemática del Centro y acorde con lo establecido en la directriz AUDIT 3.1 punto 9, se recomienda formalizar el seguimiento de los egresados y empleadores, potenciando el vínculo con la Facultad.
- OM10. Se recomienda ampliar el desarrollo del proceso PC04 Orientación a estudiantes, de manera que se mejore la organización y planificación para su posterior evaluación, revisión y mejora en el seguimiento.
- OM11. A la vista de la directriz AUDIT 3.1 punto 8 sobre la gestión de reclamaciones, quejas, sugerencias y felicitaciones, se recomienda ampliar la sistemática del proceso PA04. Gestión de Incidencias (SQRF) integrando, en la medida de lo posible, los buzones existentes y evitar posibles duplicidades y solapes.
- OM12. Establecer una sistemática de medición, análisis y mejora del Plan de Captación de manera que se pueda valorar la eficiencia y eficacia de las acciones tomadas.
- OM13. Se recomienda potenciar en el Centro la realización de las prácticas extracurriculares a la vista de las sesiones mantenidas con los grupos de interés.
- OM14. Se recomienda incrementar las plazas de movilidad internacional dado que se cubren las plazas que se ofertan.
- OM15. Con respecto a la participación del personal académico y de apoyo a la docencia en la definición de la política del personal y su desarrollo, no se evidencia dentro del proceso PA05, en contra de lo establecido en la directriz AUDIT 4.2.
- OM16. Valorar la inclusión en el proceso PA03. Satisfacción, Expectativas y Necesidades de las encuestas particulares evidenciadas durante la visita como complemento a las establecidas en la sistemática, dado que dentro del plan de recogidas de opiniones no se realizan anualmente de todos los grupos de interés para todas las titulaciones.
- OM17. Dentro del SAIC no se evidencia una sistemática en el proceso PA05 con indicadores asociados que permitan establecer la política y actuación institucional del personal de administración y servicios, más allá del personal de apoyo a la docencia.
- OM18. El proceso PA06. Gestión de Materiales y Servicios, no aporta indicadores sobre aspectos relacionados con discapacidad, seguridad o gestión medioambiental, acorde con la directriz AUDIT 5.3.
- OM19. Sobre la planificación de la formación para el PAS, se recomienda incrementar las plazas ofertadas en aquellos cursos que se realizan varias convocatorias y se quedan sin ellas de manera continuada.
- OM20. Dentro del diseño del proceso PA06 se evidencia únicamente un indicador relacionado con la disponibilidad de bibliografía IN01-PA06, indicando en el documento de proceso marco el texto: "ello no es óbice para que los Centros propongan para gestionar adecuadamente su SAIC otros indicadores" no mostrando

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

la adecuación procedimental al Centro, que evidencia otros indicadores en el panel de indicadores del Centro relacionados con la Biblioteca, lo que se considera adecuado, si bien no se establecen indicadores sobre otras cuestiones que figuran en el desarrollo (identificación, inventario, préstamos internos y externos, etc.)

OM21. Dentro del proceso PA06. Gestión de los recursos materiales y servicios, se evidencia un único indicador IN01-PA06 Disponibilidad de bibliografía recomendada, se recomienda integrar los aspectos de la directriz AUDIT 5.3, sobre los mecanismos para obtener, valorar y utilizar información atendiendo, entre otros, a los aspectos relacionados con discapacidad, seguridad y prevención de riesgos, y gestión medioambiental

OM22. Se evidencia la elaboración anual del Plan de Recogida de opiniones acorde a lo expuesto en el proceso PA03, si bien, a la vista de las evidencias aportadas y las sesiones mantenidas, se recomienda ampliar la temporalidad de los estudios para poder tener información anual de todos los grupos de interés en cada una de las titulaciones.

OM23. Dentro del proceso PC08. Inserción laboral se recomienda llevar asociado un marco temporal de cuándo y a qué títulos se realiza los estudios, de manera que se dé respuesta a las necesidades de información.

OM24. Se sugiere iniciar la puesta en marcha de la recogida de información sobre empleadores, más allá de la encuesta a estancias prácticas de la OIP, tal y como se recoge en el PAM 2021-22.

OM25. Se recomienda implantar una normativa interna para garantizar la fiabilidad de la recogida de resultados de satisfacción de los diferentes grupos de interés.

OM26. Se recomienda potenciar las acciones de mejora emprendidas para analizar y evaluar el perfil de egreso y su relación con lo verificado.

OM27. Se recomienda valorar la integración en la sistemática las encuestas particulares realizadas independientemente, dado que puede provocar solapes de información.

OM28. Ampliar información que reciben los docentes y los órganos de gestión del Centro de manera que se incremente la significación de la toma de decisiones.

OM29. Integrar las actualizaciones en la publicación de información pública que se realizan desde el título, así como incluir esta actividad dentro del proceso como añadido a lo establecido en el desarrollo de la CAC y de la Coordinación de Calidad del Centro.

OM30. Si bien no es una premisa obligatoria, se hace necesario establecer indicadores que permitan mediar y analizar para una adecuada toma de decisiones procedimental en lo relativo al proceso PC09 sobre la publicación de la información.

OM31. La aplicación UNICA se muestra como una herramienta adecuada para la gestión de la información y documentación, dando respuesta a las necesidades para agilizar

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

estos procesos, si bien se puede seguir trabajando en depurar ciertos aspectos como pueden ser la alimentación compartida de la información y la estructuración y actualización de los contenidos, por ejemplo, Plan de Recogida de Opiniones Vs Informes de Indicadores, falta información.

OM32. Alinear la gestión de los registros generados con la información pública dentro del proceso PC09. Información Pública y rendición de cuentas, valorando la inclusión de aspectos relacionados con la diversidad.

OM33. Si bien la sistemática AUDIT no precisa explícitamente la firma de documentos, se recomienda recoger, en la medida de lo posible, dentro de la gestión documental del sistema, la firma física o electrónica de los documentos, así como el quorum existente en la sesión.

OM34. Acorde a lo establecido en la directriz AUDIT 8.3, a la vista de la documentación aportado y las sesiones mantenidas, se hace necesario potenciar la particularidad de la sistemática del Centro, o bien clarificar tanto documental como operativamente, la diferenciación entre los procesos y manual marco de la UM elaborado y distribuido desde la UC y los propios del Centro, haciéndolo particular y adaptado a sus necesidades, requerimientos y expectativas.

OM35. Acore con la directriz AUDIT 8.4, a la vista de las evidencias aportadas y las sesiones mantenidas, se hace necesario potenciar una sistemática que permita ampliar el conocimiento operativo de lo previsto en la documentación del SAIC a todos los grupos de interés.

OM36. Incorporar a algún externo dentro de la CAC, dado que se considera muy interesante contar, dentro de las posibilidades, con algún representante de los grupos de interés externos, como empleadores, colegios profesionales, organismos afines, etc., que además representen los intereses profesionales de los egresados de todas las titulaciones.

OM37. Actualizar en la web el número de estudiantes como miembros actuales, que figuran 5 actualmente, y en composición se indica que 1 estudiante.

OM38. Acorde con lo establecido en la directriz ANECA 6.3, se recomienda establecer una sistemática de aseguramiento de la validez y significación de los datos obtenidos, así como su análisis y acciones de mejora vinculadas, como es el caso de la participación en las encuestas de opinión de los diferentes grupos de interés en las distintas titulaciones del Centro.

OM39. Se recomienda incorporar los anexos a las actas publicadas, tanto de la CAC, la JF, así como de Coordinación, principalmente.

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

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

- PF1. Plan Anual de Calidad que despliega los objetivos generales a específicos.
- PF2. Plan Anual de Acciones de Mejora que despliega los objetivos específicos en acciones de mejora.
- PF3. Implicación de la Institución con la publicación de un código ético como parte de la estrategia de política de calidad.
- PF4. Impulso, involucración y compromiso de diferentes agentes internos implicados, destacando la Unidad de Calidad (UC) como eje vertebrador y alimentador del sistema, así como otros Servicios y Unidades que aportan una alimentación de la aplicación informática para la gestión de la mejora continua del Centro.
- PF5. De manera institucional, la UM dispone del sistema UNICA como sistema de recogida de información, que facilita su análisis y traslado a planes anuales de mejora para cada titulación del Centro, pudiendo así mantener, revisar y actualizar la oferta formativa, acorde a lo establecido en la directriz ANECA 2.4.
- PF6. Como parte a integrar en la sistemática, más allá del PAS de apoyo a la docencia, se evidencia un alto grado de satisfacción de los grupos de interés con el PAS de secretaría y Bibliotecas.
- PF7. Disposición y adaptación de las instalaciones de la Facultad (aulas, salas de estudio, ...) así como la adaptación de la Biblioteca de la propia facultad a Sala de Estudio. Destacando la Docimoteca, Servicio propio de Logopedia y el Servicio de Psicología Aplicada (SPA).
- PF8. El alcance de los diferentes informes de revisión del Título, Centro y Departamento, que hacen uso de todas las fuentes de información accesibles al Centro para su análisis, toma de decisión, y puesta en marcha de mejoras para el curso académico siguiente.
- PF9. Compromiso de las personas a nivel Centro y Titulación, como figuras imprescindibles en la gestión de calidad del Centro, dado el volumen de títulos de Grado y Máster en el Centro, así como la complejidad en la coordinación de los diferentes grupos de interés internos y externos.
- PF10. El engranaje de la sistemática de garantía de calidad evidencia un alto compromiso institucional de la Universidad de Murcia y de la Facultad de Psicología en la mejora continua, destacando el empuje y apoyo de la Unidad para la Calidad y del PAS de la Facultad de Psicología de la UM.
- PF11. Implicación de los estudiantes, llegando a tener un buen espíritu constructivo y de mejora, se ven escuchados y lo valoran muy positivamente, aquí destaca la gestión de un buzón de quejas y sugerencias propio en la Delegación de estudiantes. Informe de Calidad de cada asignatura.

## PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Luis Zuñel Sánchez	Unidad para la Calidad
Agustín Romero Medina	Decano
M <sup>a</sup> Dolores Galián Conesa	Secretaria de la Facultad
Juan Antonio Vera Ferrándiz	Vicedecano de Calidad
M <sup>a</sup> Teresa Martínez Fuentes	Vicedecana de Prácticum de Másteres
M <sup>a</sup> Dolores Hidalgo Montesinos	Representante CAC grupo A
Juan Antonio Ruiz Hernández	Representante CAC grupo A
Rosa M <sup>a</sup> Bermejo Alegría	Representante CAC grupo A
Jose M <sup>a</sup> Moreno Gómez	Representante CAC del alumnado
Julia García Sevilla	Coordinadora Grado en Psicología
Marina Olmos Soria	Coordinadora Grado en Logopedia
Juan Manuel Ortigosa Quiles	Coordinador Máster en Psicología General Sanitaria
Carmen Fernández García	Coordinadora Máster en Psicología de la Educación
M <sup>a</sup> José Pedraja Linares	Coordinadora Máster en Psicología de la Intervención Social
Ángel Prieto Redín	Coordinador Máster en Psicología Jurídica y Forense
Francisca González Javier	Coordinadora Máster en Intervención Logopédica de la Deglución
Natalia Andreu Caravaca	Secretaria de Dirección
Antonio Alcaraz López	Jefe de Secretaría
Ascensión Sánchez Asensio	Responsable de Docimoteca
Juana María Gómez Gambín	Jefa de Conserjería
Francisca López Martí	Administrativa Dpto. Ps. Evolutiva y de la Educación
Margarita Martínez Escudero	Administrativa Dpto. Psiquiatría y Psicología Social
Rosa Limiñana Gras	Coordinadora Máster en Psicología General Sanitaria-2018-2021
Carmen Godoy Fernández	Coordinadora Máster en Psicología Jurídica y Forense-2019-2021
Fulgencio Marín Martínez	Coordinador 1º Psicología
Dolores María Peñalver García	Coordinadora 1º Logopedia
Julia García Sevilla	Coordinadora TFs
Marina Olmos Soria	Coordinadora de Movilidad
Eduvigis Carrillo Verdejo	Coordinadora Prácticum Grados
M <sup>a</sup> José Sánchez Roca	Estudiante del Grado en Logopedia
Laura Molina Maya	Estudiante del Grado en Logopedia
Esther García Solano	Estudiante del Grado en Psicología
Elena Tomás Morales	Estudiante del Grado en Psicología
Lucía Serna Martínez	Estudiante del Grado en Psicología
Eva Garcés de los Fayos López	Máster en Psicología de la Educación
Laura Valverde	Máster en Psicología General sanitaria
María Parra Villazala	Egresada del Grado en Logopedia
Encarna Campuzano Ríos	Egresada del Grado en Psicología
Julio Imbernón de Álvaro	Egresado del Máster en Psicología Jurídica y Forense
Estíbaliz Hernández Villar	Egresada del Máster en Psicología General Sanitaria
Inmaculada Martínez Riquelme	FUNDOWN, Murcia
Jesús Valera Bernal	CSM Lorca
María Velandrino Guirao	Residencia Nuevo Azahar, Archena
María Santos Escalona	ADAMUR, Murcia
Alfonsa García Ayala	Vicerrectora de Calidad
Cecilia Ruiz Esteban	Coordinadora de Calidad

## 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)

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>FAVORABLE</b>
<input type="checkbox"/>	<b>DESFAVORABLE</b>

- (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)

1. El equipo auditor considera que el SAIC de la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia se ha implantado, de manera general, satisfactoria y ajustadamente tanto a lo determinado por el manual y procesos del sistema como a las directrices del Programa AUDIT.
2. La Facultad de Psicología, en su plan de mejoras, recoge, con diferente alcance y significación, medidas para solventar las seis no conformidades que este informe incluye:
  - nc1: *En relación con la orientación de sus enseñanzas a los estudiantes, acorde con lo establecido en el Capítulo 6 del MSAIC del Centro y en la directriz AUDIT 3.1, no se evidencia el diseño de la sistemática en los procedimental de las cuestiones relativas a garantía de calidad del reconocimiento de calificaciones, créditos, si bien se indica que durante el curso 2022/23, al ser cuestiones del diseño del SAIC de la UM, se propondrá a la Unidad para la Calidad para que lo analice en su próxima revisión, si bien se recomienda potenciar la diferenciación procedimental y operativa entre SAIC de Centro y procedimientos transversales institucionales. En lo referente a este aspecto de la orientación de sus enseñanzas a los estudiantes se recomienda integrar la sistemática en los procedimental de las cuestiones relativas a garantía de calidad del reconocimiento de calificaciones, créditos, ...*
  - nc2: En relación con la publicación de actas de aprobación y seguimiento del plan anual de orientación, más allá del alto compromiso evidenciado por los miembros y organismos responsables de la Calidad de la Facultad, se recomienda establecer acciones de mejora concretas y precisas de actualización y publicación temporal de la

**JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)**

documentación.

- nc3: Solicitar a la Unidad para la Calidad en julio de 2022 la revisión y modificación para el curso 2022/23 del PA05 de la Gestión del personal académico y de apoyo a la docencia, de manera que incorpore aquellos aspectos competenciales del Vicerrectorado de Profesorado y del Área de Recursos Humanos, como son la evaluación del desempeño, promoción y reconocimiento del PDI. En lo relativo a la incorporación en el PA05 de lo relativo al aseguramiento de la calidad docente a través del programa DOCENTIUM, se establece su inclusión en el momento de certificación de su implantación.
- nc4: Solicitar a la Gerencia en julio de 2022, los informes de resultados de la evaluación de la actividad que desarrolla el PAS del Centro, así como solicitar a la Unidad para la Calidad la revisión del PA05 para clarificar las cuestiones referentes a la evaluación del PAS.
- nc05: durante septiembre/octubre de 2022 se elaborará una sistemática procedimental para la integración en la estructura del SAIC de las decisiones tomadas en relación con los recursos materiales, acorde con las decisiones tomadas en la Comisión de Asuntos Económicos e Infraestructura.
- nc6: Solicitar a la Unidad para la Calidad en julio de 2022 la revisión y modificación para el curso 2022/23 del PA05 para aclarar la terminología y evitar confusiones entre los tipos de PAS, así como continuar analizando los resultados en el CFYDP, si bien se recomienda potenciar otros campos más allá de la formación como mejora del puesto de trabajo.

De manera general, se considera que las propuestas de mejora subsanan las seis no conformidades, si bien serán de especial seguimiento en próximas auditorías internas del SAIC del Centro, bajo el procedimiento PA07.

3. El centro atiende directamente 5 de las 39 oportunidades de mejora de manera única y se muestran en los siguientes términos:
- OM1: durante julio de 2022 se va a incluir una nueva tabla en el apartado "Planes de Calidad y Acciones de Mejora" de la web del Centro que recoja las modificaciones que se hayan producido hasta el momento o se vayan produciendo, dejando así constancia de los cambios y revisiones realizados y permitiendo evidenciar el adecuado seguimiento del alcance temporal establecido en el PE01.
  - OM2: se va a continuar potenciando la difusión de la política de calidad del Centro, si bien se recomienda crear nuevas acciones concretas, fijando igualmente objetivos y metas, que se puedan analizar y permitir un adecuado seguimiento de los mismos.
  - OM13: Si bien, dentro del PAM, se recoge la puesta en marcha de las prácticas extracurriculares desde el curso 2021-22 (fuera del alcance de este informe), se recomienda potenciar la información en web y otros soportes sobre las mismas, a la



### JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

vista de la actual información en la web  
(<https://www.um.es/web/estudios/grados/psicologia/practicas-becas> y  
<https://www.um.es/web/estudios/grados/logopedia/practicas-becas>).

- OM14: durante el curso 2022/23 se va a continuar promoviendo desde el equipo Decanal la movilidad internacional, si bien se recomienda establecer acciones de mejora concretas que permitan incrementar el número de plazas.
- OM39: durante el curso 2022/23 se va a potenciar, en la medida de lo posible, la incorporación de evidencias de las reuniones realizadas.

4. El centro recoge de manera conjunta 8 de las 39 oportunidades de mejora y se muestran en los siguientes términos:

- OM3, 6, 9 35 y 36: El PAM recoge acciones concretas que dan respuesta principalmente a la OM3 y a la OM36, dado que desde el curso 2022/23 se va a solicitar a los organismos implicados en la calidad del Centro que incluyan en sus comisiones a grupos externos, especialmente a empleadores y/o representantes de colegios oficiales.

Se recomienda potenciar acciones concretas, dentro del PAM, en lo relativo a:

- OM6: mejorar el nivel de detalle, dentro del proceso PE02. Ciclo de vida de las titulaciones, en lo referente a los mecanismos, necesidades de la sociedad y procesos para cada una de sus etapas, haciendo un especial hincapié en este último aspecto y principalmente en el nivel de detalle de la revisión periódica del título.
- OM9: formalizar el seguimiento de los egresados y empleadores, acorde con lo establecido en la directriz AUDIT 3.1 punto 9.
- OM35: potenciar una sistemática que permita ampliar el conocimiento operativo de lo previsto en la documentación del SAIC del Centro a todos los grupos de interés, acorde con la directriz AUDIT 8.4.
- OM16, 22 y 24: El PAM recoge como realizadas estas oportunidades de mejora, de manera que se evidencia el compromiso del equipo Decanal de continuar planificando racionalmente este proceso PA03, si bien se recomienda potenciar unificación/homogeneización de los procesos de recogida de opinión (entre el Centro y la Unidad para la Calidad) o bien su consideración dentro del PA03, así como la puesta en marcha de la recogida de información sobre empleadores, más allá de la encuesta a estancias prácticas de la OIP, tal y como se recoge en el PAM 2021-22.

5. Dentro del plan de mejoras, el Centro valora atender a partir del curso 2022/23, las 26 oportunidades de mejora restantes como objetivos específicos de calidad en los próximos planes anuales de calidad, analizándolas en la CAC y en caso necesario, proponer acciones de mejora oportunas, siendo ésta una cuestión de seguimiento tanto interno





### JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

como externo.

- (3) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

En Burgos, a 27/06/2022

**Por el equipo auditor**

D/a. Arturo Alvear González  
Auditor jefe