



AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN
DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN


PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
CSEU LA SALLE. FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD**

Fecha emisión informe: 05/07/18

V02 (tras evaluación PAM)

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. CSEU LA SALLE. UNIV AUTÓNOMA DE MADRID
	<p align="right">Fecha: 05/07/18</p>

DATOS DEL CENTRO AUDITADO

Universidad	U. Autónoma de Madrid
Centro	Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle. Facultad de Ciencias de la Salud
Alcance de la auditoría <i>(especificar cualquier posible exclusión)</i>	Todas las titulaciones oficiales que se imparten en la referida Facultad y de los que es responsable.
Fecha de la auditoría	26 de junio de 2018

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

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

Márquese con una "X" lo que proceda

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	D. Pedro Luis Rodríguez Álvarez / Dña. Luz Lozano Pérez
Cargo	Presidente / Dirección de Procesos y Calidad del CSEU La Salle
Tfno. y correo	917401980 - secretaria@lasallecampus.es / luzlozano@lasallecampus.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	José Antonio Yagüe Fabra	Institución	Univ. Zaragoza
Auditor	Mercedes Sacristán Lozano	Institución	Univ. Burgos
Aud. Formación	-	Institución	-

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

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.

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.
1.0.1. 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
1.1.6. Criterios para la eventual suspensión del título		1.3.4. Toma de decisiones relativas al acceso, evaluación y promoción	
OBSERVACIONES: 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

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	1.3.3	No se recoge evidencia de la existencia de una sistemática de revisión periódica de la política de personal académico acorde a lo que indica el proceso PE03, es decir, cada cuatro años, además de una revisión anual del grado de cumplimiento. Sí se evidencia una revisión puntual del grado de cumplimiento en el acta de la CGC del 17/05/2018, pero no de manera sistemática.	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).

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 SGIC 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 SGIC *(excluyendo las no conformidades)*

Con carácter de recomendación, se sugiere a la Facultad de Ciencias de la Salud del CSEU La Salle de la Universidad Autónoma de Madrid revisar los siguientes aspectos relativos al SGIC:

- Sistematizar la revisión de la política y objetivos de calidad, creando evidencias documentales de la misma.
- Asegurar la recogida de valores de indicadores desde el preciso momento en el que ya sea posible, por ejemplo en lo referente a las tasas en los Másteres o en los nuevos títulos.
- Asegurar la concordancia entre los sistemas de medida que se indican en algunos procedimientos y los indicadores relacionados con ellos que se muestran en el gestor documental. Por ejemplo: en el PA08 se dice "Los indicadores establecidos para éste proceso se refieren al grado de satisfacción de los usuarios de los servicios, al porcentaje de incidencias y/o reclamaciones registradas y al porcentaje de acciones de mejora implantadas."; sin embargo, no se muestran valores de dichos indicadores.
- Seguir trabajando en la recopilación de indicadores de satisfacción de estudiantes que acceden a programas de movilidad.
- Corregir algunos errores de denominación de algunos procedimientos. Por ejemplo: la referencia que se hace al PE14 en el PE01, cuando debería referirse al PC14, el título de los procesos mostrado en el diagrama de flujo en algunos procesos no corresponde exactamente con el del proceso (PE01, PE02, PC11, etc).
- Actualizar a la última versión del documento disponible en acceso público a través de la web en algunos casos. Por ejemplo, la versión del PA09 al que se accede a través de la sección "Rendición de cuentas" de la web no es la última en vigor.
- Valorar la posibilidad de incluir un historial de revisiones concreto (similar al del PA01) de cada documento en el que se indiquen los cambios realizados con respecto a cada una de las versiones anteriores. Eso facilitará la trazabilidad, el seguimiento del mismo y certificaciones posteriores.
- Valorar la opción de sistematizar la realización de auditorías internas.
- Valorar la posibilidad de aunar en un documento de plan anual de mejora único del centro aquellas acciones destinadas a cumplir los objetivos de calidad, junto con las oportunidades de mejora que surjan de la evaluación de las titulaciones, así como responsables y plazos.
- Cumplir los plazos marcados en lo indicado en el capítulo 1 del Manual de la Calidad, en el que se indica que "El MSGIC deberá revisarse, al menos, cada tres años, o siempre que se produzcan cambios en la organización y/o actividades del Centro". No se ha evidenciado cumplimiento de esta condición, ya que entre la v03 (de 2018) y la v02 (de 2012) no hay constancia de ninguna otra revisión.
- Valorar una mayor participación de algún representante de los empleadores en lo relacionado con la definición del perfil de egreso de los estudiantes.
- Valorar la realización de una planificación de fechas concretas de exámenes (no sólo de la franja) para cada asignatura para que los estudiantes la conozcan con mayor antelación (a ser posible antes de comienzo de curso).
- Valorar la sistematización en la definición y evaluación de los méritos de acceso del personal académico, más allá de lo que desprenda de la entrevista personal que se le realiza.

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

- Fomentar una mayor participación de todos los grupos de interés en los programas de movilidad, especialmente de los estudiantes, que hacen un uso muy limitado de los mismos.

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

El equipo auditor ha detectado los siguientes puntos fuertes del SGIC implantado en la Facultad de Ciencias de la Salud del CSEU La Salle de la Universidad Autónoma de Madrid:

- Organización del gestor documental del SGIC en el que se puede acceder de manera intuitiva a la mayor parte de la documentación y evidencias del sistema.
- La parte de la web del CSEU La Salle dedicada a la calidad es intuitiva y aporta mucha información al usuario interesado.
- Existencia de un Plan Estratégico del Centro en vigor que se desarrolla, a su vez, en unos objetivos de calidad de cuyo cumplimiento se realiza seguimiento.
- Celebración de las jornadas de seguimiento semestrales e implicación del estudiantado y del profesorado en las mismas, lo que permite la recogida de información de primera mano de cara a la celebración de la comisión de seguimiento. La generación del DAFO consiguiente aporta evidencia documental.
- Rendición de cuentas en la comisión de seguimiento (es el primer punto de la misma) en lo relativo al estado de cumplimiento de las acciones de mejora propuestas en el ciclo anterior.
- El estado general de las instalaciones (aulas, laboratorios, biblioteca) se considera adecuado para el apoyo a la actividad docente. Asimismo, las medidas de accesibilidad cognitiva (en el edificio A) y visual y sonora (en el edificio C) se consideran muy positivas. Sería recomendable valorar la inclusión en la documentación del SGIC de alguna referencia más explícita hacia este hecho que facilita la inclusión de aquellos colectivos que presentan algún tipo de discapacidad.
- La planificación periódica y sistemática, así como el seguimiento constante (mensual), de los recursos materiales necesarios se considera muy acertado y pone de manifiesto el interés del centro en dotarlo de los medios materiales necesarios para el apoyo a la docencia.
- Celebración de las jornadas de acogida a los nuevos estudiantes y de inmersión a los nuevos profesores.
- Puesta en marcha del sistema de orientación a estudiantes con mentores y profesores acompañantes. Sería recomendable valorar la inclusión en la documentación del SGIC (en el PC05) de alguna referencia más explícita hacia estos programas.
- Facilidad de acceso por parte de estudiantes, docentes y PAS para plantear a los responsables de solucionarlas las quejas o sugerencias.
- Cercanía, facilidad de acceso y atención personalizada por parte de los profesores a los estudiantes.
- El Sistema de Información y Atención (SIA) ofrece información rápida y acertada a los estudiantes sobre dudas que se les puedan plantear, así como orientación hacia otros servicios en caso necesario. Los estudiantes lo consideran un excelente elemento de apoyo a su actividad.
- La información pública a través de la web del centro, de su nueva aplicación para móvil y de diferentes canales de comunicación, orientada a estudiantes en lo referente a actividades que se desarrollan en el mismo cada día. Se muestra de un modo visual y atractivo.
- La comunicación entre los representantes de estudiantes (delegados, miembros de la Comisión de Seguimiento) y el resto de estudiantes es fluida y permite que la

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

información llegue adecuadamente en ambas direcciones.

- La Jornada de orientación profesional proporciona información útil y práctica a los estudiantes sobre sus opciones laborales y se encuentra muy bien valorada por los mismos.
- Las oportunidades de formación para el personal (tanto PDI como PAS) y el apoyo mostrado por la dirección a las mismas, así como los programas que fomentan la innovación docente.
- La existencia de cartas de servicios y el seguimiento de las mismas.
- El esfuerzo en educación en valores en un ámbito tan necesario como el de la Salud.
- La coordinación vertical y horizontal de los títulos de la Facultad que hace hincapié en el desarrollo lógico de la formación del estudiante y en evitar solapes indeseados de contenidos.
- Liderazgo mostrado por los responsables del centro, de la facultad y de la dirección de procesos y calidad para difundir el SGIC, su utilidad y lograr la interiorización de la cultura de calidad.

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

Al tratarse de una auditoría inicial de implantación no aplica este apartado, dado que no existen evaluaciones anteriores.


Sí se ha realizado una auditoría interna previa y una pre-auditoría externa y se evidencia que se están implantando y se está realizando el seguimiento de las acciones de mejora surgidas de ellas.

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 L. Rodríguez	Presidente. Dirección RR.HH.
Alfonso Novillo	Vicepres. de Ordenación Académica y Calidad
Carlos Esteban	Coordinación Académica
Luz Lozano	Dirección de Proceso y Calidad
Juan Alberto Pérez	Dirección de Proceso y Calidad
Sergio Lerma	Decano de CC. Salud
Teresa González	Departamento de EEES
Purificación Gamarra	Secretaría Académica
Alfonso Gil	Vicedecano de Fisioterapia
Ana Esther Levy Benasuly	Profesora Grado Podología
Elva Rodríguez	Profesora Grado Terapia Ocupacional
César Cuesta	Profesor Master de Terapia Ocupacional
Roy La Touche Arbizu	Profesor Master Fisioterapia
Mercedes García	Dirección comunicación y marketing
Fuensanta Tascón	Dirección comunicación y marketing
Sara de Antonio	Servicio Información y Atención (SIA)
Lola López Bravo	Departamento Orientación
Laura Villacorta	Departamento Orientación
Paula Kindelán	Responsable de inserción laboral salud

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	<p>INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. CSEU LA SALLE. UNIV AUTÓNOMA DE MADRID</p> <p>Fecha: 05/07/18</p>
---	--

Teresa Mínguez	PAS Secretaría Facultad Salud
Ana Ruiz	PAS Secretaría facultad Salud
Héctor Beltrán	PAS Coordinador prácticas laboratorio
Laura López	PAS Administración IGS-posgrados
Jesús Alcoba	Coordinación RRII
Mª José Quintana	Coordinación Estudiantes Internacionales
Cristina Labrador	Responsable de prácticas
Carmen Arechavaleta	Responsable de prácticas
Carmen Domínguez	Administración
Carolina Rivera	Administración
Nancy Segovia Zárate	Estudiante de 4º del grado de Terapia ocupacional. Con movilidad
Alejandro Losana	Estudiante Máster Fisioterapia 1º curso
Andrea Beguiristain de Miguel	Estudiante Máster Terapia ocupacional 1º curso
Alejandra Barberó	Egresada del grado de Terapia Ocupacional
Marta Carlota	Egresada del grado de Fisioterapia
Isabel Sánchez Badorrey	Empleadora rama CC. Salud
Samuel Jimenez	Empleadores rama CC. Salud

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN


DISPOSICIÓN FINAL

VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)	
<p>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)</p>	
<input checked="" type="checkbox"/>	FAVORABLE
<input type="checkbox"/>	DESFAVORABLE

- (1) Lo indicado en este informe será tenido en cuenta por la Comisión de Certificación de la Agencia para valorar la concesión del certificado de implantación del 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)
<p>Una vez evaluado el plan de acciones de mejora elaborado por la Facultad se considera que es realista y que su realización corregirá las no conformidades detectadas, así como mejorará lo indicado en varias de las observaciones.</p>

- (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)
 <p>Nombre: José Antonio Yagüe Fabra Cargo: Auditor jefe (1) Auditor de mayor rango del equipo</p>