



AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN
DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN


PROGRAMA AUDIT

INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA COMILLAS
E.U. DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA
"SAN JUAN DE DIOS"**

Fecha emisión informe: 26/ 02/ 18

V01

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA ESCUELA U. DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA DE LA UNIV. PONTIFICIA COMILLAS	
	Fecha: 26/ 02/ 18	

DATOS DEL CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad Pontifica Comillas
Centro	Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia "San Juan de Dios"
Alcance de la auditoría (especificar cualquier posible exclusión)	Todas las titulaciones oficiales que se imparten en el referido Centro y de los que es responsable.
Fecha de la auditoría	23 de febrero de 2018

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

Preauditoría		Inicial	X	Seguimiento		Renovación	
--------------	--	---------	---	-------------	--	------------	--

Márquese con una "X" lo que proceda

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	Antonio Obregón
Cargo	Vicerrector de Ordenación Académica y Profesorado
Tfno. y correo	juanp@rec.upcomillas.es (Juan Pedro Montañés)

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	Carlos Arias Martín	Institución	U. de Sevilla
Auditor	Unai Zalba Irigoyen	Institución	U. de Navarra
Aud. Formación	-	Institución	-

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Ninguna reseñable

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	
1.1.6. 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) 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)*

Teniendo en cuenta el Informe de Auditoría Externa de **21 de julio de 2017**, las oportunidades de mejora **que no se han culminado, total o parcialmente, son:**

3.- Cumplir los plazos que se recomiendan en los procedimientos, especialmente si pueden afectar a la planificación de la calidad del centro. Por ejemplo: el PC-01 indica "anualmente y a ser posible antes del comienzo de cada curso académico, el responsable de Calidad del centro, con el apoyo de la Unidad de Calidad y Prospectiva y de los responsables que correspondan, elabora una propuesta de Programa de objetivos e indicadores de calidad de su respectivo Centro para el siguiente curso". Sin embargo, en los dos últimos cursos se aprobaron con el curso empezado o casi finalizado (el de 2016-2017 el 17 de enero de 2017, el de 2015-2016 en abril de 2016, el de 2014-2015 en junio de 2015).

14.- Valorar la posibilidad de mejorar el diseño del SGIC indicando explícitamente el lugar en el que se conservan los registros (bien en formato digital o en papel). Actualmente en el apartado "Registros" de los procedimientos se indica el tiempo de conservación y quién lo archiva, pero no se explicita el lugar en el que se conserva. Ello facilitará el seguimiento y mejora continua del mismo, así como el trabajo de los auditores en posteriores auditorías.

15.- Valorar la posibilidad de organizar la intranet u otro repositorio digital de documentos (o un documento de ayuda) de modo que facilite el acceso a los registros del SGIC disponibles digitalmente, relacionándolos con los correspondientes procedimientos o procesos a los que hacen referencia. Ello facilitará el seguimiento y mejora continua del SGIC, así como el trabajo de los auditores en posteriores auditorías.

18.- Valorar la posibilidad de modificar el modo de recogida de encuestas de inserción laboral (especialmente tras dos años desde la fecha de finalización) para aumentar la tasa de respuesta y que pueda considerarse significativa.

21.- Valorar la posibilidad de incluir los resultados de aprendizaje en las guías docentes de las asignaturas para facilitar el acceso a esa información por parte de los estudiantes.

23.- Valorar la posibilidad de especificar que existe un procedimiento específico para algunos aspectos (por ejemplo en el PS-05, PS-07, etc.) en el propio sub-apartado del procedimiento al que es relativo y no solo en el apartado "Ámbito", para evitar errores en una lectura no completa del procedimiento.

Justificación:

- Con respecto a la oportunidad de mejora 3, si bien se aprecia una mejoría notable en el plazo, pues el programa de objetivos del curso académico 2017-2018 fue aprobado en el mes de noviembre de 2017, todavía no se ha logrado ajustarse al plazo previsto en PC-01.
- En relación a las oportunidades de mejora 14 y 15, se está estudiando la posibilidad de implantar un gestor documental.
- Con respecto a la oportunidad de mejora 18, se ha encargado a otro servicio especializado en encuestas telefónicas la realización del estudio anual de inserción laboral, con la intención de conseguir incrementar de forma notable la tasa de respuesta. A partir de los primeros datos disponibles, parece que se ha producido un incremento en la mencionada tasa. En cualquier caso, se estudiarán los mismos cuando sean definitivos.

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

- En relación a la oportunidad de mejora 21, en el último Comité de Calidad se acordó valorarlo aprovechando que se está programando una plataforma informática para la elaboración y publicación de las guías docentes. Está previsto convocar una reunión para revisar el PC-02 con los Responsables de cada Centro y el STIC. Resaltar en este sentido, que para algunas titulaciones, como el grado en Enfermería, el equipo docente tiene prácticamente terminado, para todas las asignaturas, los correspondientes resultados de aprendizaje.
- Con respecto a la oportunidad de mejora 23, se ha indicado en el sub-apartado correspondiente que el PAS de la EUEF sigue su propio procedimiento para este apartado. La nueva versión de estos procedimientos se encuentran pendientes de aprobación debido a que se ha modificado el Servicio responsable del mismo, y actualmente se encuentran en proceso de revisión.

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

En el Informe de Auditoría Externa de **21 de julio de 2017** se detectaron las siguientes fortalezas:

- 1.- Elevado nivel de compromiso y buena coordinación por parte de los responsables académicos del centro por ofrecer una formación de calidad y orientada al aprendizaje y la empleabilidad de los estudiantes.
- 2.- El estado general de las instalaciones (aulas, laboratorios, biblioteca) se considera muy adecuado para el apoyo de la actividad docente.
- 3.- Utilización de resultados de la evaluación realizada al profesorado para la mejora continua de su labor docente, mediante la implicación del director del Dpto., de la Escuela y el coordinador de la titulación en el análisis de los resultados para la toma de decisiones.
- 4.- facilidad de acceso por parte de los estudiantes, docentes y PAS para plantear a los responsables solucionarlas las quejas o sugerencias, aunque en muchas ocasiones se realiza de manera oral y no queda registrado.
- 5.- Elevado conocimiento y acceso de los estudiantes a las guías docentes de las asignaturas.
- 6.- Sistema de tutores académicos y profesionales de los estudiantes que, de manera proactiva, muestran interés en contactar con los estudiantes para asesorarles. Las encuestas de satisfacción de los estudiantes al respecto muestran una clara tendencia positiva en los últimos años, aunque el uso por parte de los estudiantes aún no es el previsto en el programa de objetivos.
- 7.- Definición y actualización del perfil de egreso a partir de la información que proporcionan los empleadores ya sea en la reunión anual del SERMAS o a través de las encuestas que responden y dónde se les pregunta explícitamente acerca de las competencias profesionales que desean en los egresados de los títulos de la Escuela.
- 8.- El personal docente puede acceder tanto a la formación que oferta el ICE de la Universidad Pontificia Comillas y al de la Curia de la Provincia Bética.
- 9.- El sistema informático (a través de Moodle) de gestión del seguimiento de las prácticas externas que se utiliza en el grado de Enfermería resulta muy útil y sistematiza los pasos a realizar por el estudiante y los tutores para el seguimiento adecuado de las prácticas.
- 10.- La posibilidad de realizar prácticas desde primer curso y la preparación que, en general, las prácticas externas proporcionan son especialmente bien valoradas por los estudiantes y egresados, así como los empleadores.
- 11.- la memoria académica que el centro publica cada curso académico es una buena práctica de información pública a los grupos de interés.
- 12.- la parte de la Web de la Universidad dedicada a la calidad es intuitiva. Sería deseable una información igualmente clara en lo relativo a la calidad en la Web de cada uno de los centros, dónde poder acceder a información específica del mismo.

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

Teniendo en cuenta el Informe de Auditoría Externa de **21 de julio de 2017**, y abordando **en primer lugar las no conformidades menores**:

1.- Con respecto a la rendición de cuentas a los grupos de interés sobre el cumplimiento de la política y objetivos de calidad, así como de su conocimiento por parte de los grupos de interés: a) No se presenta evidencia documental y, de las entrevistas de los auditores con los grupos de interés, se constata que no se proporciona formación en materia de calidad a los profesionales de la comunidad universitaria, lo cual es un elemento incluido explícitamente en la Política de Calidad de fecha 30 de enero de 2017. b) No se presenta evidencia del conocimiento básico por parte de los grupos de interés de la política de calidad (de la Universidad) ni de los objetivos de calidad del Centro. De las entrevistas con los diferentes grupos de interés se constata que se conocen la existencia de la política de calidad (aunque en algunos casos no son conocedores de si hay una de centro, una de universidad o existen las dos) y que está presente en la Web, pero no su contenido, al menos a un nivel básico.

2.- Aunque las circunstancias en la modificación y posterior verificación del Máster en Biomecánica y Fisioterapia Deportiva han sido anómalas (atendiendo a los informes recibidos por ANECA en los términos y en las fechas en las que se hicieron) es preciso indicar que no existe evidencia del acta del Claustro donde se revise la aprobación del Máster en Biomecánica y Fisioterapia Deportiva (o modificación del Máster en Biomecánica y Valoración del Daño como precedente del mismo), en contra de lo establecido en el procedimiento PC-01. Asimismo tampoco existe evidencia ni en Junta de Escuela de la aprobación del Máster en Biomecánica y Fisioterapia Deportiva, tal y como establece el PC-01.

3.- Aunque las circunstancias en la modificación y posterior verificación del Máster en Biomecánica y Fisioterapia Deportiva han sido anómalas (atendiendo a los informes recibidos por ANECA en los términos y en las fechas en las que se hicieron) es preciso indicar que no existe evidencia en Junta de Escuela de la extinción del Máster en Biomecánica y Valoración del Daño, ni se ha encontrado un Plan de Suspensión del título, tal y como está establecido en el procedimiento PS-01.

4.- En contra de lo indicado en el PC-06: "anualmente el coordinador de prácticas del centro/título o tutor académico de prácticas prepara y revisa junto al equipo decanal/ de dirección el material referente a las prácticas curriculares: Manual de prácticas y/o Guía para la elaboración de la memoria de prácticas" no se presenta evidencia de dicha revisión junto con el equipo de dirección. Sí se constata revisión por parte de los tutores, pero no con el equipo de dirección.

5.- No se constata evidencia de que los grupos de interés implicados participen en la definición, revisión y mejora de la política del personal de administración y servicios ni de que se rinda cuentas al personal de administración y servicios sobre los resultados de la política de personal. Mientras que para el PDI existe reglamentación respecto a la definición de la política de personal (fundamentalmente el Modelo de gestión de personal docente e investigador y el reglamento de incorporación y promoción de profesores propios) aprobada y revisada en Junta de Gobierno, y se muestra rendición de cuentas de la misma a nivel de centro mediante reuniones del Comité de Dirección, para el caso del PAS no se evidencian estos aspectos.

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

6.- No se presenta evidencia de información a los distintos grupos de interés sobre los resultados de inserción laboral. Sí existen datos relativos a la inserción laboral en la intranet, pero no son de acceso a todos los grupos e interés. Los resultados disponibles en la Web (de acceso abierto) sobre los resultados e indicadores ofrecen información de satisfacción con las prácticas y de los egresados con la titulación, pero no ofrecen información acerca de la inserción laboral de los egresados.

7.- Omisión de información calificada de obligatoria por el PC-09 en la información disponible en la Web de los másteres universitarios del Centro; en ninguno de los dos aparecen el apartado "INTERCAMBIOS", ambos considerados como "apartado obligatorio" según el PC-09.

En relación a estas siete no conformidades menores, se ha constado que se han realizado las siguientes acciones:

- Respecto a la no conformidad menor 1, se ha consensado en el Comité de Calidad la organización de cursos formativos relacionados con la calidad, al objeto de impartir cursos en los que se explique en qué consiste el Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad, y pueda ser útil para seguir sensibilizando en temas de calidad a la comunidad universitaria, así como para mejorar el conocimiento y funcionamiento del Sistema de Gestión y toda su documentación. En este sentido, en la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia (EUEF) el 19 de diciembre de 2017 se realizó una formación en materia de calidad dirigida a su PAS y PDI, donde se ofreció formación general sobre el Sistema de Gestión de la Calidad de la Universidad, con una duración de dos horas y con una asistencia muy mayoritaria de su PDI y PAS. Además, está previsto que esta formación se extienda a los demás Centros de la Universidad Pontificia Comillas.
- En relación a las no conformidades menores 2 y 3, resaltar que se trató de una situación irregular, pues solo se pretendía realizar una modificación del nombre del título, y ANECA indicó que tenía que ser verificado. Esta situación fue detectada en la auditoría interna de la Escuela el 2 de junio de 2015, y plasmado en el plan de mejora nº 31 del registro de aspectos de mejora y planes de acción. Dicho plan contemplaba convocar una reunión con los responsables de este proceso en los diferentes Centros con el objetivo de modificar el procedimiento PC-01, de tal forma que se ajustase al funcionamiento real de todos los Centros, respetando la normativa interna y externa. Esta reunión fue convocada y se modificó el procedimiento (versión 5, aprobada el 3 de diciembre de 2015). En esta nueva versión se incluyeron varias excepciones en el procedimiento y se modificaron algunos de los pasos a seguir, y con esos cambios, en el momento actual sí se cumpliría con el procedimiento, pues, en concreto, en el apartado 4 se señala: "2. Necesidad de re-verificar el título tras la presentación de alegaciones. En este supuesto, la nueva memoria de verificación pasa directamente al punto 3 de las acciones descritas anteriormente (saltándose su paso por Junta de Facultad/Escuela/Consejo de Instituto/Equipo directivo del CESAG, así como por el Claustro). Además, por lo ajustado de los plazos, y al no tratarse de un proceso de extinción natural, si no más bien algo forzado, no se pudo pasar por Junta de Escuela, pero se ha ido siguiendo el procedimiento en todas las ocasiones posteriores, como por ejemplo, la última modificación del grado en fisioterapia con la extinción del curso de adaptación al grado en fisioterapia.
- Respecto a la no conformidad menor 4, señalar que han existido reuniones con la Dirección de la Escuela para revisar el material de prácticas, aunque éstas no han sido plasmadas en cursos anteriores. En el curso académico 2017-18 se ha realizado una reunión entre los coordinadores de prácticas de los títulos y el equipo de dirección, y se ha dejado evidencia en

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

el "Acta de revisión anual del material de prácticas curriculares entre los coordinadores de prácticas de los títulos y el equipo de dirección". A dicha reunión asistieron el Director de Centro, los dos coordinadores de prácticas y los dos jefes de estudio.

- En relación a la no conformidad menor 5, se ha modificado el procedimiento PE-02, específico de la EUEF en los siguientes términos: "Sistematizar reuniones periódicas (al menos una reunión al año) entre el Equipo de Dirección, el responsable de RRHH y una representación del PAS y del PDI de la Escuela, para rendirles cuentas sobre los resultados de la política de personal y recoger sus sugerencias de cara a poder analizarlas y así revisar y mejorar la política de personal de la EUEF. El 19 de enero de 2018 se celebró una reunión de rendición de cuentas de la política de personal a la que asistieron la Dirección, el administrador y representantes del PAS y del PDI, dejando evidencia en el "Acta de reunión anual para la rendición de cuentas de los resultados de la política de personal".
- Respecto a la no conformidad menor 6, los resultados de inserción laboral han sido publicados en las tablas de "Resultados del Título: tasas e indicadores", ubicadas dentro de la pestaña de información oficial del título de la página Web de cada titulación. Señalar que se han podido publicar para todos los títulos excepto para el Máster en Biomecánica y Fisioterapia Deportiva, pues la primera promoción de dicho máster tuvo lugar en el curso académico 2015-16, y el estudio se realizó hasta las promociones del curso académico 2014-15. Actualmente se está preparando una nueva encuesta para los egresados de los cursos académicos 2015-16 y 2016-17.
- En relación a la no conformidad menor 7, y teniendo en cuenta que no hay intercambio en dichos másteres, se ha modificado el procedimiento PC-09, indicando en el campo de intercambios: "Apartado obligatorio, siempre que haya intercambios en el título". Esta modificación fue aprobada en el VI Comité de Calidad.

Teniendo en cuenta el Informe de Auditoría Externa de **21 de julio de 2017**, y considerando **en segundo lugar las oportunidades de mejora:**

1. Nombrar a un responsable de calidad del Centro. En el momento de la auditoría (6 de julio de 2017) el responsable de calidad es el Director de la Escuela, que mantiene las funciones que venía desempeñando por encargo de la anterior Dirección y que compagina con las de Director desde enero de 2017.

2.- Asegurar que la constancia documental de aprobación de los documentos del SGIC sea correcta. Como ejemplo: la fecha de aprobación que figura en el Programa de objetivos e indicadores de calidad del centro correspondiente al curso 2016-2017 es el 30/01/2017. Por el contrario, la fecha en la que se celebró la Junta de Escuela en la que se aprobó es posterior, el 31/01/2017.

4.- Realizar el seguimiento de los objetivos en la fecha establecida para cada uno de ellos en el Programa de objetivos e indicadores (bajo el epígrafe "Plazo del plan"), para asegurar una adecuada revisión de los mismos. Si su revisión no es posible en dicha fecha, indicar las causas y la fecha real en la que se prevé disponer de los mismos.

5.- Valorar la posibilidad de codificar los objetivos del programa de objetivos e indicadores para facilitar la trazabilidad de aquellos que figuren en cursos posteriores.

6.- Valorar la posibilidad de incluir en el programa de objetivos algunos provenientes de las oportunidades de mejora que surjan de la evaluación de las titulaciones.

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

7.- Hacer constar en el acta de la próxima reunión del Comité de Calidad la aprobación de las modificaciones del PS-02. Este procedimiento se modificó después de la última reunión del Comité de Calidad y durante la auditoría se ha mostrado evidencia documental del visto bueno de los miembros del Comité con dicho cambio mediante emails. No obstante, esa aprobación ha de refrendarse (si procede) en la próxima reunión del Comité de Calidad y ha de constar en acta.

8.- Mantener la coherencia en la denominación de la Universidad Pontificia de Comillas a lo largo de los documentos del SGIC. Como por ejemplo, en el objeto del PC-09 se puede leer "El objeto del presente procedimiento es establecer el modo en el que Comillas". Aunque en el manual de identidad corporativa se indica que es posible la denominación "Comillas" para referirse a la Universidad, no se hace indicación expresa a ello en los documentos del SGIC, por lo que sería necesario, o bien incluir esta indicación, o bien mantener la coherencia en la denominación.

9.- Valorar la posibilidad de mejorar el diseño del SGIC en lo referente al análisis, revisión y mejora de cada una de las titulaciones, mejorando los informes de titulación. Actualmente estos informes, elaborados por la Unidad de Calidad y Prospectiva, constan básicamente de los valores de los indicadores. No obstante, el PS-02 indica que "la Unidad de Calidad Y prospectiva prepara un informe de cada una de las titulaciones (informes de titulación) añadiendo los indicadores de las distintas encuestas realizadas". Dicha redacción tiende a interpretarse como que el informe consta de apartados adicionales a los indicadores, lo cual no ocurre actualmente.

10.- Valorar la posibilidad de mejorar el diseño del SGIC en lo referente al análisis, revisión y mejora de cada una de las titulaciones, valorando la opción de realizar un mayor número de comisiones de seguimiento de la titulación por curso. Actualmente el mínimo establecido es de una, lo cual puede no resultar suficiente, especialmente en periodos en los que la Escuela y sus titulaciones están implicadas en procesos de Renovación de la Acreditación o certificación de su SGIC, como fue el caso del año 2016, en el que solo se celebró una comisión de seguimiento de cada titulación.

11.- Valorar la opción de una mayor implicación de los estudiantes en el diseño y aprobación de elementos clave en el diseño del aprendizaje de los estudiantes, tales como la revisión de los horarios o de las guías docentes. Actualmente estos elementos no se aprueban en ninguna comisión con participación de los estudiantes. No obstante, sí pueden hacer llegar su opinión a través de sus representantes en la comisión de seguimiento, aunque éstas recogen opiniones posteriores a la aprobación de ambos elementos, ya que no se evidencian reuniones de dicha comisión para la revisión de las propuestas de horarios o guías docentes.

12.- Valorar la posibilidad de mejorar el diseño del SGIC estableciendo un sistema que permita evaluar el cumplimiento de los procedimientos, bien sea mediante indicadores asociados o según el método que se considere conveniente. Ello facilitará el seguimiento y mejora continua del mismo, así como el trabajo de los auditores en posteriores auditorías.

13.- Valorar la posibilidad de mejorar el diseño del SGIC anexando a los procedimientos los formatos de registro correspondientes, bien como documento o bien como enlace a dónde se encuentren dichos documentos. Ello facilitará el seguimiento y mejora continua del mismo, así como el trabajo de los auditores en posteriores auditorías.

16.- Valorar la posibilidad de fomentar de alguna manera la presencia del representante del PAS (o un suplente en caso de que el titular no pueda asistir) en el Comité de Calidad de la Universidad.

17.- Valorar posibles opciones para fomentar la participación del PAS que trabaja en la Escuela en las encuestas de clima laboral para disponer de información objetiva al respecto en el entorno de la Escuela y no solo de información genérica de la Universidad.

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

19.- Cumplir la recomendación que el propio SGIC hace sobre la publicación en la Web de los CV de todos los profesores. En la fecha en la que se realizó la auditoría faltaban algunos en el apartado "Profesores" de la web del centro. A modo de ejemplo, faltaban los de López Pozo, Sergio; Martínez Gimeno, M^a Lara; etc.

20.- Valorar la posibilidad de publicar con mayor antelación la Memoria académica anual de actividad de los Servicios/Oficinas de la Universidad. Por ejemplo: la correspondiente al curso 2015-16 aún no se encuentra publicada en la fecha de realización de la visita de la auditoría (6 de julio de 2017).

22.- Incluir dentro de la sistemática de realización de encuestas (indicada en PS-02), las nuevas encuestas de satisfacción de los estudiantes de intercambio que se están realizando desde la oficina de Movilidad de la Escuela. El objetivo de las mismas es aumentar la tasa de respuesta (lo cual se evidencia cumplido), pero sería conveniente incluirlas dentro de la sistemática general descrita en PS-02.

24.- Valorar la posibilidad de fomentar la innovación docente más allá del proyecto final del DIFOPU y de la jornada inter-universidades en la que participa la Universidad Pontificia Comillas.

25.- Valorar la posibilidad de incluir en la documentación del SGIC alguna referencia más explícita hacia la acomodación de las instalaciones y las metodologías docentes para facilitar y potenciar la inclusión de aquellos colectivos que presenten algún tipo de discapacidad.

En relación a estas diecinueve oportunidades de mejora, se ha constatado que se han realizado las siguientes acciones:

- Con respecto a la oportunidad de mejora 1, se nombró con fecha 2 de noviembre de 2017 una nueva Responsable de Calidad del Centro.
- En relación a la oportunidad de mejora 2, se ha corregido la errata, revisando toda la documentación relativa a la constancia documental de aprobación de los documentos del SGIC.
- Con respecto a la oportunidad de mejora 4, los responsables de seguimiento de cada objetivo se encargan de realizar un seguimiento continuo de su nivel de cumplimiento, pero únicamente se dejan evidencias de su revisión al final del curso académico, aprovechando una sesión de la Junta de Escuela.
- En relación a la oportunidad de mejora 5, se ha modificado el formato de los programas de objetivos para el curso académico 2017-2018 (añadiendo una nueva columna de código) y se ha explicado a los responsables de calidad en un mail informativo.
- Con respecto a la oportunidad de mejora 6, se ha incorporado esta propuesta en el nuevo formato del programa de objetivos del curso académico 2017-2018 (en el comentario explicativo de la columna Objetivo) y se ha explicado a los responsables de calidad en un mail informativo.
- En relación a la oportunidad de mejora 7, se ha incluido en el acta y correspondiente anexo del VI Comité de Calidad de la Universidad, celebrada el 13 de diciembre de 2017.
- Con respecto a la oportunidad de mejora 8, se ha indicado en el Manual de Calidad (Punto 1. Presentación): "La Universidad Pontificia Comillas (que también podrá denominarse Comillas

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

a lo largo de la documentación del Sistema ...".

- En relación a la oportunidad de mejora 9, se han modificado los procedimientos PS-02 y PS-03 de la siguiente forma. En PS-02 (V.07) se ha eliminado el registro "informes de titulaciones" y sustituido por "indicadores de titulaciones". Los indicadores se pueden consultar en las tablas de indicadores de cada título o bien en la plataforma informática. En PS-03 (V.06) se ha eliminado la elaboración de los informes globales anuales de resultados, quedando sustituidos por la revisión en el seno de las Comisiones de seguimiento de los títulos/Juntas de Centro de los indicadores de las titulaciones. Actualmente, el STIC está trabajando en el diseño y puesta en marcha de una plataforma informática que permita visualizar y comparar de forma dinámica todos los datos e indicadores de los títulos para que así puedan ser analizados en su conjunto por parte de los Responsables académicos así como de las Comisiones de Seguimiento, en cuyas actas se plasman las conclusiones de su análisis.
- Sobre la oportunidad de mejora 10, si bien es habitual que en el Centro se realicen para sus títulos dos Comisiones de Seguimiento anuales, en algunos casos, como para algunos títulos de máster, no resulta operativo realizar más de una.
- Con respecto a la oportunidad de mejora 11, los estudiantes pueden aportar su opinión para la mejora de los mismos a través de los distintos cauces establecidos: Delegados, Comisiones de Seguimiento, Junta de Facultad, etc.
- Sobre la oportunidad de mejora 12, la EUEF señala que el seguimiento se realiza de forma continua mediante los diferentes agentes implicados en el Sistema de Gestión y auditorías internas y externas convenientemente sistematizados.
- Con respecto a la oportunidad de mejora 13, se han vinculado los formatos de registro a los siguientes procedimientos: PC-01, PC-02, PC-10, PE-01, PE.03 y PS-01. Además, se ha creado un acceso abierto a toda la documentación del Sistema para que pueda ser consultado y descargado por todo el personal utilizando sus credenciales de acceso a la intranet.
- En relación a la oportunidad de mejora 16, si bien la representante del PAS faltó puntualmente a un Comité de Calidad, excusando justificadamente su presencia previamente, esta situación no se ha vuelto a presentar, acudiendo al celebrado en diciembre de 2017.
- Con respecto a la oportunidad de mejora 17, se ha modificado el PS-02, indicando en la tabla de encuestas, que para la EUEF, ésta pasa a depender de la Dirección del Centro (y no de la Oficina de Organización como en el resto de Centros). En diciembre de 2017 se realizó una encuesta específica de clima laboral al PAS de la EUEF, con una tasa de respuesta del 89,9%.
- En relación a la oportunidad de mejora 19, y dado que son únicamente los CV de los nuevos profesores los que tardan en incorporarse a la página web, se ha incorporado una nueva cláusula en los contratos de los profesores con el fin de tener autorización para incorporar inmediatamente su CV en la página web.
- Con respecto a la oportunidad de mejora 20, la Memoria Académica anual de actividad de los Servicios/Oficinas de la Universidad correspondiente al curso académico 2015-2016 se encuentra publicada. Para los cursos académicos 2016-2017 y siguientes, ésta será mucho más breve, encontrándose actualmente en imprenta la del curso académico 2016-2017.

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

- En relación a la oportunidad de mejora 22, las nuevas encuestas de satisfacción de los estudiantes de intercambio se ha generalizado para todos los Centros y su sistemática está contemplada en el PS-02 (que es genérico y no entra en detalle sobre el formato de la encuesta) así como en el PC-05 (en la tabla de registros indica que el Informe del Estudiante puede archivar en la Mobility Tool, que es la plataforma de la Agencia erasmus, o bien en Sphinx cuando sea una encuesta propia). Desde este curso académico, se van a realizar dos encuestas a los alumnos que hayan realizado un intercambio outgoing en movilidad Erasmus: Externa, encuesta oficial de la Mobility Tool de la Agencia Erasmus, e Interna, encuesta propia que coincidirá con la de los alumnos que hayan realizado una movilidad Bilateral.
- Con respecto a la oportunidad de mejora 24, está abierta, desde el 16/01/2018, la convocatoria Aristos Campus Mundus (Asociación integrada por la Universidad Pontificia Comillas, la Universidad de Deusto y la Universidad Ramón Llull) de Innovación Docente.
- Por último, sobre la oportunidad de mejora 25, se dispone de un programa específico para alumnos con discapacidad vinculado en cada título cuyo soporte es la Unidad de trabajo social.

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
Antonio Obregón	Vicerrector de Ordenación Académica y Profesorado
Juan Manuel Arribas	Director de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia
Blanca Egea	Jefe de estudios de Enfermería
Carlos López	Jefe de estudios de Fisioterapia
Laura Blanco	Técnica de la Unidad de Calidad
Juan Pedro Montañés	Director de la Unidad de Calidad
Adela García	Coordinadora de prácticas de Fisioterapia
Antonio Ramos	Director del máster en Cuidados Paliativos y coordinador de prácticas de Enfermería
Ricardo Blanco	Director del máster de Biomecánica y Fisioterapia deportiva

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN

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.

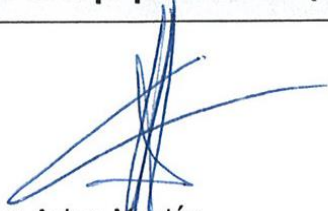
JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

Tanto las siete no conformidades menores a que hacía referencia el Informe de Auditoría Externa de 21 de julio de 2017, como diecinueve de las veinticinco oportunidades de mejora incluidas en el mencionado informe, han sido resueltas satisfactoriamente, destacando el breve plazo en su ejecución.

Las seis oportunidades de mejora que todavía están pendientes de culminar, presentan una relevancia relativa.

- (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.: Carlos Arias Martín
Cargo: Auditor Jefe

(1) Auditor de mayor rango del equipo