



AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN  
DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN

# **PROGRAMA AUDIT**

## **INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA**

**ESIC BUSINESS AND  
MARKETING SCHOOL  
MADRID**

**Fecha emisión informe: 29/05/2014**

## DATOS DEL CENTRO AUDITADO

<b>Universidad</b>	<b>ESIC BUSINESS AND MARKETING SCHOOL</b>
<b>Centro</b>	<b>MADRID</b>
<b>Alcance de la auditoría</b> <i>(especificar cualquier posible exclusión)</i>	Todas las titulaciones que se imparten en el referido Centro y de los que es responsable.
<b>Fecha de la auditoría</b>	28, 29 y 30 de abril de 2014

## TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

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

Márquese con una "X" lo que proceda

## REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

<b>Nombre</b>	Gracia Serrano
<b>Cargo</b>	Directora de Acreditaciones
<b>Tfno. y correo</b>	91 452 41 00      gracia.serrano@esic.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>	Carlos Arias	<b>Institución</b>	Univ. Sevilla
<b>Auditor</b>	Mercedes Sacristán	<b>Institución</b>	Univ. Burgos
<b>Aud. Formación</b>	-	<b>Institución</b>	-

## 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	3
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	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
1.1.2. 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	2	1.3.2. Recogida de información sobre resultados de su personal académico	
1.1.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés		1.3.3. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	
1.1.6. Criterios para la eventual suspensión del título		1.3.4. Toma de decisiones relativas al acceso, evaluación y promoción	
<b>OBSERVACIONES:</b> Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas  Por cada subcriterio se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varios subcriterios		1.3.5. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal	
		1.3.6. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	1

(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		<i>1.6.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y programas</i>	
1.4.2. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		<i>1.6.2. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.</i>	
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		<b>OBSERVACIONES:</b>  Por su vinculación con el proceso de reacreditación de titulaciones, los subapartados resaltados en color rojo deberán ser siempre auditados, y los resultados, documentados en el apartado que corresponda de este informe.	
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	<b>1</b>		
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			
<i>1.5.2. Recogida de información sobre resultados de aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de grupos de interés</i>			
<i>1.5.3. Mejora continua de los resultados y la fiabilidad de los datos utilizados</i>	<b>3</b>		
1.5.4. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados			
1.5.5. Procesos de toma de decisiones relacionados con los resultados			
<i>1.5.6. Implicación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados</i>			
1.5.7. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados	<b>1</b>		

## DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	1.0.5 1.2.7 1.3.6 1.4.7 1.5.7	Emplear mecanismos que aseguren la rendición de cuentas a todos los grupos de interés externos.	nc
2	1.1.4	Establecer a partir de los informes de las titulaciones los correspondientes planes de mejora.	nc
3	1.2.2 1.5.3	Especificar por cada uno de los procesos, la ficha de indicadores en los que se recoja entre otros: sus objetivos, su forma de cálculo y su responsable.	nc

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

(2) Se contemplan dos categorías de No Conformidades:

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

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

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

Una vez finalizado el proceso de auditoria externa, en el que se ha revisado el SGIC y se ha entrevistado a los grupos de interés implicados en el mismo, el equipo auditor considera que las oportunidades de mejora y observaciones generales al SGIC son las siguientes:

- 1.- Difundir las líneas maestras del plan estratégico.
- 2.- Sintetizar el número de informes, documentos y memorias que se difunden al objeto de facilitar la rendición de cuentas.
- 3.- Analizar en las distintas comisiones y comités, sus responsabilidades y funciones especificando la composición de cada una de ellas.
- 4.- Revisar la redacción del procedimiento 5.100 Ed 3 "MEJORA CONTINUA" donde se indica que: "a partir de la identificación de una posible mejora la UC la comunica al responsable del área, y **si éste la aprueba**, se establece un plan de mejora con responsable y fechas".
- 5.- Analizar la metodología de trabajo para la elaboración de los informes de cada titulación, al objeto de que cada uno de ellos sea un fiel reflejo de la realidad del título.
- 6.- Revisar los diferentes, informes, documentos y memorias, para evitar contradicciones e inexactitudes, especialmente los relacionados con las prácticas, la movilidad y la inserción laboral.
- 7.- Favorecer la participación activa de los grupos de interés en la revisión de los procesos.
- 8.- Revisar en los títulos oficiales, el cumplimiento de los contenidos de las memorias verificadas, especialmente en lo relativo a las guías docentes y a la oferta de plazas, véase el Grado oficial en Marketing, que en el curso académico 2011-2012 el número de matriculaciones de nuevo ingreso ascendió a 114 con una tasa de cobertura de 228%.

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

Una vez finalizado el proceso de auditoria externa, en el que se ha revisado el SGIC y se ha entrevistado a los grupos de interés implicados en el mismo, el equipo auditor considera que las fortalezas detectadas son las siguientes:

- 1.- La formulación, implantación seguimiento y revisión de la estrategia de calidad.
- 2.- La revisión de resultados por la Dirección a partir de la documentación generada.
- 3.- La atención al estudiante, en particular a los de nuevo ingreso, tanto en la información que se les facilita, como mediante el acto de bienvenida, a través del plan de acción tutorial, de los denominados cursos cero y de los cursos específicos que solicitan los tutores.
- 4.- Las reuniones sistemáticas con los delegados de los estudiantes, así como las que tiene la dirección con cada uno de los grupos.
- 5.- La gestión de quejas y sugerencias, detectándose una rápida respuesta por parte de la Dirección.
- 6.- Las auditorías internas que periódicamente se realizan.
- 7.- La evaluación del profesorado mediante DOCENTIA.
- 8.- Los procedimientos de diseños y rediseños de programas, en los que participan expertos externos.
- 9.- La bienvenida y atención al personal académico y no académico que se incorpora al Centro.
- 10.- La difusión e información de los programas de movilidad.
- 11.- La información que se facilita a los grupos de interés internos a través de la página Web.
- 12.- La orientación de los estudiantes que quieren realizar un postgrado, a fin de seleccionar el que mejor se adapta a su perfil.
- 13.- Los medios tecnológicos con que cuenta el Centro para el desarrollo de su actividad.
- 14.- La rápida respuesta de la Dirección ante la solicitud de formación específica por parte del personal tanto académico como no académico.
- 15.- La organización de diferentes actividades para el personal académico en el periodo en que han concluido los exámenes.
- 16.- El fomento de la relación con los antiguos alumnos, así como la bolsa de trabajo.
- 17.- La cercanía y sensibilidad de la Dirección hacia todos los miembros de la

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

organización, incluidos los estudiantes.

18.- El notable incremento del número de doctores.

19.- El compromiso de la Dirección por la Mejora Continua.

20.- El despliegue de los sistemas de calidad a toda la organización.

21.- La coordinación entre Dirección general de ESIC ubicada en Madrid y el equipo de Dirección del centro de ESIC en Valencia.



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

### **DIRECTRIZ 1.1. CALIDAD DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS**

1.1.1 El SGIC implando en el centro dispone de órganos y procedimientos para la mejora continua de los títulos, de manera que se ha evidenciado el desarrollo de los procesos de diseño y de seguimiento periódico de los títulos y la participación de los grupos de interés en los mismos.

1.1.4. Si bien en el capítulo 6 de Mejora Continua del Manual de Calidad, se detallan los diferentes procedimientos implantados para llevar a cabo las actividades de medición, análisis y mejora, como por ejemplo los procedimientos *5.90 Seguimiento y revisión de los programas y procesos* y *5.100 Mejora continua*, **se debe establecer a partir de los informes de titulaciones los correspondientes planes de mejora.**

### **DIRECTRIZ 1.2. ORIENTACIÓN DE LA ENSEÑANZA A LOS ESTUDIANTES**

1.2.1. La documentación del SGIC implantado dispone procedimientos de recogida de información que permite hacer una valoración de las necesidades del Centro para favorecer la orientación de la enseñanza a los estudiantes.

### **DIRECTRIZ 1.3. PERSONAL ACADÉMICO**

1.3.3. El sistema dispone de mecanismos implantados para controlar, revisar periódicamente y mejorar su política y actuación relacionada con el personal académico.

### **DIRECTRIZ 1.5. ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

1.5.2. Se ha evidenciado la implantación de procedimientos que permiten recoger información sobre los resultados de aprendizaje, de la inserción laboral y de la satisfacción de los grupos de interés.

1.5.3. El SGIC tiene implantados procedimientos para revisar y mejorar los resultados del título. Sin embargo debe incluirse como mejora la elaboración, en cada uno de los procesos, de la ficha de indicadores que recoja entre otros: objetivo del indicador, forma de cálculo y responsable.

1.5.6. Se ha evidenciado la participación de los grupos de interés internos en la medición, análisis y mejora de los resultados. Es mejorable la participación de los grupos de interés externos.

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

### **DIRECTRIZ 1.6. PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LAS TITULACIONES**

1.6.1. El sistema de garantía interno de calidad incluye el procedimiento de Promoción institucional y de programas, (POST 4.10 y GR 4.10), donde se describen los mecanismos mediante los cuales se obtiene información sobre el desarrollo de titulaciones y programas.

1.6.2. El sistema de garantía interno de calidad incluye el procedimiento de *Información sobre las titulaciones*, (POST-GR 4.11), donde se describen los mecanismos mediante los cuales se difunde la información sobre el desarrollo de las titulaciones y de los programas a los grupos de interés.

## PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Simón Reyes	Director general
Gracia Serrano	Directora de calidad
Rafael Ortega	Decano
Segundo Huarte	Vicedecano de grado
Gema Martínez	Profesor del grado en Marketing
Eduardo Gómez	Profesor del grado en Marketing
Julio Alard	Profesor del grado en Marketing
Araceli Maseda	Profesor del grado en Marketing
Ana García	Profesor del grado en Marketing
Borja Rodiles	Profesor del grado en Marketing
Francisco Llamazares	Profesor del grado en Marketing
Pierre Auger	Profesor del grado en Marketing
José María Cubillo	Profesor del grado en Marketing
Patricia Ariete	Estudiante del grado en Marketing
Alvaro García	Estudiante del grado en Marketing
Víctor Sánchez	Estudiante del grado en Marketing
Amanda Reinoso	Estudiante del grado en Marketing
Daniel Bey	Estudiante del grado en Marketing
Rodrigo Uruñuela	Estudiante del grado en Marketing
Celia Vera	Estudiante del grado en Marketing
Paloma Remirez	Personal no académico
Mónica Gómez	Personal no académico
Jesús Gil	Personal no académico
Susana Valle	Personal no académico

Lorena Sánchez	Personal no académico
Laura Llopiz	Personal no académico
Maricruz Gallego	Personal no académico
Vicente Díaz	Director comercial postgrado
Javier Ilardía	Director comercial grado
Juan Antonio Carrasco	Director de prácticas y salidas profesionales
Héctor Baragaño	Director de marketing
Rafael Rodríguez	Director de TIC
Antonio Alcántara	Coordinador ERASMUS
Ramón Gómez	Director adjunto a la secretaría general
Joaquín Calvo	Director académico de postgrado
Alberto Alcaide	Profesor postgrado
Luis Sánchez	Profesor postgrado
Julio Alard	Profesor postgrado
José María Cubillo	Profesor postgrado
Angel Luis Carrera	Profesor postgrado
Ignacio Soret	Profesor postgrado
María Sacristán	Profesor postgrado
Pablo Aguado	Estudiante postgrado
Eva Sanz	Estudiante postgrado
Alejandro Cava	Estudiante postgrado
Pablo Heras	Estudiante postgrado
Susana Sotelo	Estudiante postgrado
Luis Ceballo	Estudiante postgrado
Sara Valiña	Estudiante postgrado
Carmen Ramos	Egresado postgrado
Esther Alvaro	Egresado postgrado

Alicia Alameda	Egresado postgrado
Carlos Rodríguez	Egresado postgrado
Carlos Mota	Egresado postgrado
Hernán Velázquez	Egresado postgrado
Beatriz Cruz	Egresado grado
Lucía Rodríguez	Egresado grado

## 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)**



**FAVORABLE**



**DESFAVORABLE**

- (1) Lo indicado en este informe será tenido en cuenta por la Comisión de Certificación de la Agencia para valorar la concesión del certificado de implantación del SGIC, si bien su decisión final **podrá no coincidir con la efectuada por el equipo auditor**.
- (2) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

### JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

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

El sistema de garantía interno de calidad está orientado hacia la identificación de oportunidades de mejora, estando establecidos y documentados objetivos de calidad desplegados y asumidos por el conjunto de la institución. Se dispone además de suficientes procedimientos, registros y evidencias que demuestran su eficaz implantación.

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

Se han valorado los 42 subcriterios de las directrices de AUDIT, resultando 3 no conformidades, agrupadas por directrices, todas ellas de carácter menor (nc), y 8 oportunidades de mejora.

Las acciones de mejora que propone el Centro, que abarcan tanto las no conformidades como las oportunidades de mejora, dan respuesta a las especificadas por el equipo auditor, detallando en todas ellas los recursos complementarios, las fechas previstas de solución y los responsables de ejecución y/o seguimiento.

### JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

Por ello, se valora como FAVORABLE, el grado real de implantación del SGIC en el Centro.

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

En Madrid, a 29 de mayo de 2014

#### Por el equipo auditor (1)



D.: Carlos Arias Martín  
Cargo: Auditor Jefe

(1) Auditor de mayor rango del equipo