

PROGRAMA DE CERTIFICACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE GARANTÍA INTERNA DE LA CALIDAD

Informe de evaluación externa

Centro: 08037051 – IQS School of Engineering
08044843 – IQS School of Management

Universidad: **Universitat Ramon Llull**

Fecha de la visita: **3 y 4 de abril de 2019**

ÍNDICE

A. Introducción	3
B. Desarrollo del proceso de evaluación	4
C. Valoración de los estándares y criterios de evaluación.....	7
C1. Revisión y mejora del SGIC.....	7
C2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos	11
C3. Sistemas de apoyo al aprendizaje y de orientación a los estudiantes	14
C4. Personal académico	18
C5. Recursos materiales y servicios.....	21
C6. Información pública y rendición de cuentas	23
D. Resultado de la evaluación.....	25
E. Acta de envío del informe externo	26
Anexo. Alcance de la evaluación – Procesos evaluados.....	27

A. Introducción

1. Descripción del SGIC evaluado

Centro:	Institut Químic de Sarrià
Sede:	Vía Augusta, 390. 08017 - Barcelona
Código:	08037051 – IQS School of Engineering 08044843 – IQS School of Management
Tipología:	Propio
Universidad:	Universitat Ramon Llull
Alcance del SGIC	Titulaciones de grado y máster de los centros: 08037051 – IQS School of Engineering 08044843 – IQS School of Management

2. Composición del Comité externo de certificación

Rol	Nombre	Ámbito	Institución
Presidente	Celso Rodríguez	Álgebra	Universidad Santiago de Compostela
Profesional	José M ^a López	Consultoría	COMTEC, S.A.
Estudiante	M ^a de Lluç Nevot	Educación	Universitat Illes Balears
Secretaria	Esther Huertas	Evaluación de la calidad	AQU Catalunya
Observadora	Esther Adot	Evaluación de la calidad	AQU Catalunya

3. Objetivo del informe

La evaluación externa del Sistema de Garantía Interna de la Calidad (SGIC) del Instituto Químico de Sarrià de la Universitat Ramon Llull (URL), se ha centrado, de acuerdo con la *Guía para la certificación de la implantación de Sistemas de Garantía Interna de la Calidad* de AQU Catalunya (en adelante *Guía para la Certificación*) en las seis dimensiones obligatorias: Revisión y mejora del SGIC; Diseño, revisión y mejora de los programas formativos; Sistemas de apoyo al aprendizaje y de apoyo a los estudiantes; Personal académico; Recursos materiales y servicios; e Información pública.

Este informe, que se enmarca en la certificación de la implantación del SGIC, tiene principalmente dos finalidades:

1. Dar a conocer el nivel de despliegue e implementación del SGIC evaluado y, en consecuencia, proponer a la Comisión Específica de Certificación de la Implantación del SGIC de AQU Catalunya que proceda a emitir el certificado que acredite su logro.
2. Aportar sugerencias al SGIC evaluado para mantener un nivel de calidad adecuado en las dimensiones susceptibles de valoración, contenida en una propuesta formalizada de acciones orientadas a la mejora.

B. Desarrollo del proceso de evaluación

1. Breve descripción del proceso de evaluación

El Comité de Evaluación Externa-SGIC (CEE-SGIC) realizó una visita previa al centro el 18 de diciembre de 2018, después de revisar la documentación disponible asociada al SGIC. Como resultado de esta visita, el CEE-SGIC solicitó un conjunto de evidencias adicionales que el Centro se comprometió a entregar y presentó parcialmente en el plazo indicado. Cabe destacar que el Comité solicitó expresamente a la institución la presentación de los procedimientos y los indicadores (y su evolución) asociados con el SGIC antes de la visita de certificación. Dicha documentación se presentó durante la visita de certificación, lo cual supuso alguna dificultad a la hora de evaluar, tal y como se expone en el informe.

La visita de certificación se realizó los días 3 y 4 de abril de 2019.

El programa de la visita se organizó para garantizar el acceso a registros y evidencias generadas en el marco del SGIC, ya que el CEE-SGIC no tuvo acceso por vía remota a gran parte de las evidencias necesarias para comprender el funcionamiento del SGIC y el grado de implantación del mismo.

El programa de la visita fue el siguiente:

Día: 3 de abril de 2019

Horario	Actividad
8.45	Recepción del CEE por parte de la Universidad
9.00 - 10.00	Dimensión 0, 1, 3 <ul style="list-style-type: none">• Orientación a procesos (0)• Sistema de documentación (0)• Política y objetivos (1)• Gestión de las incidencias, reclamaciones y sugerencias (3)• Gestión de las normativas que afectan al estudiante (3)• Gestión de expedientes y tramitación de títulos (3)
10.00 - 11.30	Dimensión 2 <ul style="list-style-type: none">• Diseño titulaciones oficiales• Oferta formativa• Seguimiento• Modificación• Acreditación• Extinción de título
11.30 - 11.45	Pausa
11.45 - 13.15	Dimensión 3, 5 <ul style="list-style-type: none">• Acceso y admisión (3)• Preinscripción y matrícula (5)• Orientación al estudiante (3)• Desarrollo de la enseñanza (3)• Movilidad de los estudiantes y Prácticas externas (3)• Bolsa de trabajo (5)
13.15 - 14.15	Dinar
14.15 - 15.45	Dimensión 4 <ul style="list-style-type: none">• Incorporación personal• Formación• Evaluación, promoción y reconocimiento
15.45 - 16.45	Dimensión 5 <ul style="list-style-type: none">• Mantenimiento instalaciones, Servicios TICs, Recepción, atención telefónica, biblioteca y Servicio de documentación• Gestión aulas

	<ul style="list-style-type: none"> • Administración y compras • Diseño instalaciones
16.45 - 17.00	Pausa
17.00 - 18.00	Dimensión 6 <ul style="list-style-type: none"> • Resultados académicos • Inserción laboral • Satisfacción grupos interés
18.00 - 19.00	Dimensión 7 <ul style="list-style-type: none"> • Administración Web Administración Intranet Participación Ferias y visitas Publicación folletos

Día: 4 de abril de 2019

Horario	Actividad
8.45 - 9.00	Recepción CEE por parte del equipo directivo
9.00 - 10.00	Entrevista equipo directivo
10.00 - 11.00	Entrevista coordinadores calidad, UTQ
11.00 - 11.15	Pausa
11.15 - 12.00	Entrevista con directores de departamento
12.00 - 13.00	Entrevista con profesorado
13.00 - 13.45	Entrevista con estudiantes y egresados
13.45 - 15.00	Dinar
15.00 - 15.30	Audiencia abierta
15.30 - 16.30	Elaboración de conclusiones
16.30 - 16.45	Informe sobre las conclusiones preliminares y despedida

El día 10 de diciembre de 2019, IQS (School of Engineering y School of Management) presenta la nueva documentación que incluye los cambios solicitados por el CAE-SGIC. Además, se entregan evidencias (actas) que muestra la aprobación de los cambios realizados.

2. Incidencias

En el transcurso de la visita no se ha producido ninguna incidencia remarcable y el proceso ha sido en todo momento adecuado, de acuerdo al plan establecido.

3. Actitud de la comunidad

El CEE-SGIC quiere agradecer la disponibilidad y la colaboración de la comunidad universitaria, y en especial del equipo directivo y de la Unidad Técnica de Calidad de IQS, durante la evaluación. Un agradecimiento que se prolonga a todas las personas y colectivos que participaron activamente en las audiencias celebradas, cuyas apreciaciones han sido muy estimables para incrementar el conocimiento de la institución y del nivel de implantación de su SGIC.

En este sentido, el comité externo valora positivamente la actitud colaborativa de todas las personas vinculadas al SGIC y de los grupos de interés con los que tuvo ocasión de dialogar, por sus aportaciones y capacidad para comprender las cuestiones planteadas por los miembros del CEE-SGIC; también por su interés en contribuir al desarrollo de este proceso y lo que del mismo podrá derivarse para la mejora del centro y de los programas formativos que imparte.

4. Antecedentes

El Instituto Químico de Sarrià (IQS) está formado por dos centros: i) School of Engineering; y ii) School of Management. Ambos centros disponen de un SGIC idéntico. Es decir, siguen los mismos procesos asociados a la mejora continua de las titulaciones que imparten. Dada esta particularidad, una de las funciones del CEE-SGIC durante la visita ha sido la de analizar el nivel de implantación de los procesos en cada uno de los centros.

C. Valoración de los estándares y criterios de evaluación

C1. Revisión y mejora del SGIC

El centro dispone de un SGIC con sus procesos implantados, que incluye procesos para su revisión y mejora continua.

Implantación parcial

Implantación suficiente

Implantación avanzada

(1.1) Se han definido la cadena de responsabilidades y todos los grupos de interés implicados para garantizar el funcionamiento adecuado de los procesos para el análisis y la mejora del SGIC.

La cadena de responsabilidades y los grupos de interés para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos para el análisis y la mejora del SGIC son muy adecuados para asumir dichas funciones y presentan una alta implicación. La toma de decisiones es muy adecuada y siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos (satisfactorio).

El SGIC establece los responsables de las distintas etapas de la ejecución de los procedimientos, con una alta implicación. La correcta ejecución de los procesos depende en gran medida de las decisiones de los responsables de la ejecución de cada etapa, aunque el Manual establece la forma de ejecución de las distintas fases o actividades previstas en cada proceso o directriz y establece las pautas a seguir para esa toma de decisiones, los diagramas de flujo aclaran los circuitos de decisión para las alternativas que puedan presentarse.

Se detecta la participación de todos los grupos de interés en el SGIC. En el caso concreto de los estudiantes, estos forman parte de la Junta Académica, Comisión Permanente de la Junta Académica, en la Comisión del Docencia y en la Comisión de Calidad del Centro (según la última actualización del Manual). Por otro lado, IQS está en proceso de creación del Consejo de Estudiantes, acción que se valora muy positivamente por parte del Comité.

Los empleadores están presentes en el diseño de titulaciones y participan en las encuestas sobre el grado de satisfacción en relación con el perfil de egreso. La proximidad del sector empresarial en IQS facilita el intercambio de impresiones, lo que permite a los empleadores proponer mejoras a los programas formativos. Los egresados, por su parte, aportan su visión básicamente respondiendo a las encuestas sobre inserción laboral.

(1.2) El mapa de procesos del SGIC es coherente con los procesos implantados y con las interrelaciones definidas entre ellos.

Se cuenta con un mapa de procesos actualizado que contempla todos los procesos del SGIC (suficiente). Los procesos del SGIC implantados están generalmente vinculados, según lo descrito en el mapa (suficiente).

El Manual de calidad incluye un mapa de procesos donde se identifican las relaciones entre los diferentes procesos clasificados según sean procesos estratégicos, clave y de soporte. Cada proceso, además, presenta una codificación que se corresponde con las directrices del Manual. Durante las audiencias, se tuvo la oportunidad de comprobar que los distintos grupos de interés conocen los procesos / procedimientos y éstos se ejecutan, en general, con criterios estables.

El Manual presenta un mapa de procesos coherente y completo.

El Manual incluye un proceso de definición de la política y los objetivos de calidad de la formación (D1/01) que tiene como referencia la política y los objetivos de calidad transversales de la URL (MSGIQ-URL-FT-D1/01), además su cultura de calidad se encuentra presente en la misión y visión de IQS. IQS dispone de una política de calidad aprobada recientemente que presenta una visión centrada en el estudiante. Los Centros disponen de unos objetivos para cada bienio que se siguen y se analizan en el marco del Comité de Calidad de Centro que posteriormente son aprobados por el Consejo de Centro.

El Comité constata el compromiso de la dirección en relación con la cultura de la calidad y la importancia que se le da al SGIC.

(1.3) El SGIC, que da respuesta a las dimensiones del programa AUDIT y a las fases del Marco VSMA, está implantado.

El SGIC implantado responde muy adecuadamente a las dimensiones del programa AUDIT y a las fases del Marco VSMA. El SGIC es maduro y se garantiza el perfecto desarrollo de los programas formativos (satisfactorio).

El Comité observa que el SGIC evaluado ha evolucionado respecto al momento en que se aprobó el diseño del sistema de calidad en el marco del programa AUDIT. El Centro ha definido a nivel global los flujos de los procedimientos del Marco VSMA y se dispone de una herramienta web de la URL que facilita el workflow. El Manual recoge los procedimientos establecidos para la ejecución de la Verificación, Seguimiento, Modificación y Acreditación (ver Dimensión 2).

(1.4) Existe un sistema de gestión de la documentación del SGIC que permite acceder fácilmente a la versión actualizada de los documentos que se generan.

Se dispone de un sistema de gestión de la documentación del SGIC que incluye la última versión del SGIC y la documentación más relevante que se genera al respecto. La mayor parte de la documentación está organizada de forma sistemática (suficiente).

IQS ha definido una estructura en tres niveles para depositar la documentación del sistema: espacio web con acceso público, intranet de acceso al alumnado y un sistema propio (SDoc2) de acceso exclusivo para el personal del Centro.

El SDoc2 se organiza a partir de las autorizaciones de acceso dependientes de las responsabilidades asignadas. Está definida la sistemática en la organización de la documentación en este sistema, aunque todavía se encuentra en fase de implementación. La nueva sistemática de archivo documental incluye la definición de 12 carpetas de primer nivel agrupadas por áreas de actividad. Además, se ha definido una sistemática de subcarpetas agrupadas por proceso y tipo de documento de salida, todas ellas codificadas. Paralelamente, IQS ha revisado los permisos de lectura y/o escritura de los documentos.

Cabe destacar que IQS ha planificado una actividad formativa dirigida a PDI y PAS donde se presentará la nueva estructura del sistema de documentación prevista para el mes de enero de 2020.

Las actas son la base de los acuerdos y decisiones tomadas en las diferentes revisiones del SGIC, y se ha establecido una sistemática estructurada para facilitar su identificación y localización.

Por otro lado, IQS ha creado un espacio Moodle para la evaluación externa. El Centro informa que este espacio se reconvertirá en repositorio de información en el ámbito de calidad del Centro. El Comité recomienda no crear espacios paralelos con motivo de la visita de certificación, puesto que los Comités analizan el nivel de implantación a través de los espacios reales de trabajo.

(1.5) Existe un sistema de gestión de la información que permite su fácil acceso, así como la recogida ágil, completa y representativa de datos e indicadores derivados de la implantación de los procesos.

Se dispone de un sistema de gestión de la información que recoge datos e indicadores que son generalmente representativos y fiables de los procesos del SGIC. El sistema de gestión de la información permite un acceso relativamente fácil a los datos e indicadores para los diferentes grupos de interés (suficiente).

El Comité ha podido verificar la existencia de datos e indicadores derivados de la implantación de los procesos y su análisis en los Informes de Seguimiento de Títulos (IST) e Informes de Seguimiento de Centro (ISC), el conocimiento de estos se restringe a un grupo reducido de dirigentes y tiene poca trascendencia al conjunto de profesorado, alumnado y demás grupos de interés.

IQS recoge información de los indicadores más representativos de cada uno de los procesos. En la visita de certificación, se constata un nivel de implementación de indicadores aceptable. Si bien la implementación actual es suficiente, se recomienda reflexionar sobre los indicadores incluidos en el Manual y establecer aquellos que realmente sean útiles para el seguimiento y la mejora continua.

De forma paralela, existe un sistema de indicadores para monitorizar los proyectos (KPI) del Plan Estratégico con indicación del valor de partida, valor actual y objetivo, y escasa interrelación con los indicadores del SGIC.

(1.6) Existen evidencias claras y continuas que demuestran que los procesos son eficientes y completos y que el SGIC se analiza y se mejora de forma periódica.

La información que se deriva de la mayoría de los procesos del SGIC, basada en datos e indicadores, generalmente permite tomar de decisiones para garantizar la calidad de las titulaciones (suficiente). La revisión periódica del SGIC da lugar a un plan de mejora. Este aborda únicamente los aspectos más relevantes, aunque de forma estructurada (suficiente).

El Comité percibe la existencia de un compromiso formal del equipo de dirección de IQS con el SGIC, y de un compromiso con la cultura de revisión y mejora de las titulaciones.

IQS usa los IST / ISC como principal fuente de datos e información para la revisión y mejora de las titulaciones, así como para el SGIC. El SGIC se revisa bienalmente y se realizan las fichas estructuradas de objetivos de mejora. Los informes bienales de seguimiento de la implementación del SGIC incluyen los objetivos de calidad definidos históricamente por IQS y define los nuevos objetivos para el siguiente bienio. Además, se presenta una descripción

del desarrollo de procesos. Los procesos incluyen indicadores para su revisión y mejora, parte de ellos se han incluido en la última revisión del Manual. El CEE-SGIC considera que los Centros deben recoger dichos indicadores con el fin de observar tendencias, lo que permitirá establecer medidas correctivas, si éstas fueran necesarias.

Se observa que el Plan Estratégico es el motor de cambio de IQS y está centrado en los cambios estratégicos dirigidos a conseguir el posicionamiento deseado. El SGIC es subsidiario y se centra en la mejora continua. El Manual de calidad establece los procedimientos para la toma de decisiones orientadas a la mejora del título.

El Comité destaca como punto fuerte la definición del Plan Estratégico como herramienta de motor de cambio de IQS que se centra en los cambios estratégicos dirigidos a conseguir el posicionamiento deseado. El SGIC es subsidiario y se centra en la mejora continua.

A continuación, se presentan el conjunto de buenas prácticas, así como áreas de mejora observadas:

Puntos fuertes y buenas prácticas

BP1.1. El Comité observa que el centro obtiene buenos resultados derivados de los procesos de evaluación externa.

BP1.2. Se considera que la orientación estratégica es una buena práctica, si bien se debería mejorar la vinculación entre el Plan Estratégico y el SGIC.

Áreas de mejora

AM1.1. Completar, de acuerdo con el calendario ya previsto, la sistematización del sistema de archivo y custodia que facilite su localización, así como un mayor control documental (codificación de documentos, etc.).

AM 1.2. Los procesos disponen de indicadores que permiten analizar datos para facilitar la toma de decisión y promover la mejora. Dado que algunos indicadores son de reciente incorporación, el CEE-SGIC considera que los Centros deben recoger la globalidad de los indicadores definidos y completar el análisis de la relevancia de cada uno de ellos, lo que permitirá realizar un seguimiento adecuado de los diferentes procesos e identificar, si fuera pertinente, áreas de mejora.

C2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos

El centro cuenta con procesos implantados para el diseño, la revisión y la mejora de los programas formativos y, si es pertinente, la extinción de estos programas, como también para el conjunto de las acciones de evaluación que se realicen en el Marco del VSMA.

Implantación parcial

Implantación suficiente

Implantación avanzada

(2.1) Se ha definido la cadena de responsabilidades para garantizar el funcionamiento adecuado de los procesos vinculados al diseño, la revisión y la mejora de los programas formativos, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos.

La cadena de responsabilidades para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos vinculados con el diseño, la revisión y la mejora de los programas formativos, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos, es muy adecuada para asumir estas funciones y presenta una alta implicación. La toma de decisiones es adecuada y siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos relacionados (satisfactorio).

El Manual de calidad incluye los procesos ligados al Marco VSMA (verificación, seguimiento, modificación y acreditación) de AQU Catalunya:

- D2/01. Diseño y aprobación de titulaciones oficiales para su Verificación.
- D2/02. Definición de la oferta formativa de IQS.
- D2/03. Seguimiento de la implementación de las titulaciones oficiales.
- D2/04. Modificación de las titulaciones oficiales.
- D2/05. Acreditación de las titulaciones oficiales.
- D2/06. Procedimiento para la extinción de un título.

La cadena de responsabilidades está bien definida y es adecuada para atender a las necesidades del Marco VSMA. A modo de ejemplo:

- El Coordinador del título da las instrucciones para la elaboración de las guías docentes, las revisan y si las considera adecuadas pasan a aprobación del Decano y a la Unidad de Calidad para su publicación.

- Las propuestas de cambio sustanciales de un título (Modificación) surgen del IST (Coordinador de Título) y se coordinan con la Unidad de Calidad para analizar el momento de su ejecución, y se decide con el Jefe de Departamento y Decano.

El análisis y mejora de los programas formativos se evidencia en los IST, y se complementa con el aplicativo "URL digitalització d'evidències" donde se recoge la información de la titulación (ficha de síntesis).

De manera concreta, se recomienda ajustar la denominación del proceso D2/06 siguiendo el formato del resto de procesos (D2/06. Extinción de un título).

(2.2) Las acciones vinculadas con el diseño, la revisión y la mejora de los programas formativos se llevan a cabo en el contexto del Marco VSMA según los procesos del SGIC, y se garantiza la adecuación del desarrollo de los programas formativos.

Las actuaciones relacionadas con el diseño, la revisión y la mejora de los programas formativos se llevan a cabo en el contexto del Marco VSMA y siempre se realizan según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos (satisfactorio).

El Comité observa una orientación clara hacia la mejora y las actuaciones atienden al Marco VSMA. La nueva versión del Manual de calidad incluye una descripción de los procesos para su ejecución (6 procesos). Los procesos indican los responsables y método para la toma de decisiones y los flujogramas establecen de forma clara el circuito en la toma de las mismas y las posibles alternativas.

(2.3) Se recoge información para el análisis y la mejora de los programas formativos.

Se recoge información bastante completa y generalmente fiable sobre el programa formativo, por ejemplo, sobre la satisfacción de los grupos de interés, los resultados académicos, la inserción laboral y otros elementos necesarios para la revisión de los programas (suficiente).

Se dispone de información de los programas formativos y de la satisfacción del alumnado y profesorado, de los resultados académicos y de acceso a la titulación.

La recogida y análisis de resultados para la mejora de los programas formativos establece la sistemática en que se recogen los resultados de los procesos de las Directrices 3, 4, 5 y 7 y tras su análisis, se establecen las acciones de mejora de los programas formativos. Estas mejoras pueden conllevar modificaciones de los programas, las cuales se realizan conforme a la Directriz 2. IQS pone especial énfasis en los resultados de los grupos de interés, resultados académicos y de inserción laboral, y entre las estrategias de recogida y análisis de resultados para la mejora.

(2.4) Existen evidencias claras y continuas que demuestran que los programas formativos se analizan y, en su caso, se mejoran de forma periódica.

El análisis de los programas formativos da lugar, en su caso, a un plan de mejora que aborda únicamente sus aspectos más relevantes, aunque de forma estructurada. Se lleva a cabo un seguimiento de los elementos más relevantes del plan de mejora (suficiente).

Los IST/ISC constituyen el elemento principal de análisis de las titulaciones y, a su vez, del SGIC. Por lo que se evidencia en éstos una amplia revisión de las titulaciones y propuestas de mejora que se recogen en un plan estructurado. Durante la visita, el Comité comprueba que, en general, se llevan a cabo las mejoras propuestas. Se ha definido un proceso para el seguimiento de los programas formativos en el que se indican los elementos a incluir en los planes de mejora.

A continuación, se presentan el conjunto de buenas prácticas, así como áreas de mejora observadas:

Puntos fuertes y buenas prácticas

BP2.1. La cadena de responsables del IQS en relación con el Marco VSMA está claramente establecida, así como el proceso que lo relaciona con la estructura central de la Universitat Ramon Llull.

Áreas de mejora

AM2.1. Ajustar la denominación del proceso D2/06.

C3. Sistemas de apoyo al aprendizaje y de orientación a los estudiantes

El centro cuenta con procesos implantados que favorecen el aprendizaje de los estudiantes.

Implantación parcial Implantación suficiente Implantación avanzada

- Pruebas de acceso y criterios de admisión
- Metodología de enseñanza y evaluación de los aprendizajes
- Orientación académica y profesional
- Trabajos de Final de Grado (TFG) o de Máster (TFM)
- Prácticas externas y movilidad

(3.1) Se ha definido la cadena de responsabilidades para garantizar el funcionamiento adecuado de los procesos de enseñanza-aprendizaje y de los relacionados con el apoyo a los estudiantes, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos.

La cadena de responsabilidades para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos de enseñanza-aprendizaje y los relacionados con el apoyo al alumnado, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos, es la adecuada para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada y se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos (suficiente).

El Manual de calidad de IQS incluye los siguientes procesos vinculados al “Desarrollo de los programas formativos para favorecer el aprendizaje”:

- D3/01. Admisión y matrícula.
- D3/02. Orientación al estudiante.
- D3/03. Desarrollo de las enseñanzas.
- D3/04. Movilidad de los estudiantes.
- D3/05. Prácticas externas.
- D3/06. Gestión de incidencias, reclamaciones y sugerencias.
- D3/07. Gestión de normativas que afectan al estudiante.
- D3/08. Gestión de expedientes y tramitación de títulos.

El Manual de calidad delimita las responsabilidades más relevantes de los procedimientos listados anteriormente.

El Comité considera que el proceso relativo al desarrollo de la enseñanza debería incluir con mayor detalle los aspectos relativos a TFG / TFM. Dada la relevancia de este aspecto en la adquisición de competencias y a pesar de que los estudiantes manifestaron su satisfacción con el procedimiento, el Comité recomienda que se expliciten los aspectos relativos a la planificación, ejecución, tutoría y evaluación. Por ejemplo, esto se podría indicar en el Manual de calidad.

De manera general, el Comité observa que la cadena de las responsabilidades se sigue según lo establecido en el Manual de calidad. Destaca muy positivamente, la tradición y cultura de IQS que permite que los estudiantes reciban los apoyos necesarios. Además, la cadena tutor-coordinador-decano está consolidada a nivel de apoyo individual. Otra buena práctica es la presentación de informes de los estudiantes a las Juntas Académicas que toman el acuerdo formal.

(3.2) Las acciones vinculadas con la enseñanza-aprendizaje (pruebas de acceso y criterios de admisión, metodología de enseñanza, evaluación de aprendizajes, TFG, TFM, prácticas externas y movilidad) se llevan a cabo según los procesos del SGIC, y se garantiza la adecuación del desarrollo de los programas formativos.

Las acciones vinculadas con la enseñanza-aprendizaje se llevan a cabo, generalmente, según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el suficiente desarrollo de los programas formativos (suficiente).

La web del Centro aporta información relevante sobre el acceso y admisión. Aunque el SGIC no recoge con precisión todos estos elementos, los estudiantes reciben una información personalizada en función de su procedencia y necesidades. En el momento del acceso, el alumnado recibe la Normativa Académica y se les recalcan los puntos clave.

El SGIC recoge los procedimientos para los programas de movilidad o las prácticas externas y da las pautas de actuación del Plan de Acción Tutorial (el tutor de primer curso es común para todos los alumnos y en 2º curso se asigna un tutor a cada alumno que se mantiene para 3º y 4º curso), aunque deja un amplio margen de actuación al propietario del proceso y a los responsables de llevar a cabo cada una de las actuaciones. Para otras actividades existen reglamentos específicos y, en su ausencia, la cultura institucional resuelve las lagunas del Manual de calidad.

En relación con la gestión de las quejas, éstas se presentan a nivel de Decanato que las analiza y se presentan en la Comisión permanente que se reúne mensualmente. Aquellas quejas que no afectan a la normativa académica siguen el curso ascendente de tutor de curso – coordinación de la titulación – decano y, si no se soluciona, llega al defensor del estudiantado de la URL. Se observa que casi no existen quejas que se elevan al defensor del estudiantado de la URL. Por otro lado, el coordinador/a del título puede recoger quejas, las cuales no quedan registradas documentalmente.

Por lo que se refiere al desarrollo de la enseñanza, el procedimiento es muy genérico y se centra en las actividades formativas, la revisión de las guías docentes y la evaluación de los estudiantes. Durante las diferentes entrevistas, el Comité observa que los informes de seguimiento (ISC/IST) constituyen la piedra angular para la revisión y mejora de las titulaciones y del propio SGIC.

Finalmente, el Comité observa que todo lo relativo a TFG/TFM se encuentra poco explicitado en la documentación presentada. Se recomienda mejorar este aspecto, ya que el TFG/TFM constituye uno de los elementos más relevantes donde los estudiantes demuestran la adquisición de competencias.

(3.3) Las acciones vinculadas con el apoyo a los estudiantes (orientación académica y profesional) se llevan a cabo según los procesos del SGIC, y se garantiza la adecuación del desarrollo de los programas formativos.

Las acciones vinculadas con el apoyo a los estudiantes se llevan a cabo, generalmente, según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el suficiente desarrollo de los programas formativos (suficiente).

En general, el Comité observa que la orientación académica y profesional contemplada en el Proceso de Orientación al estudiante están subsumidos en el Plan de Acción Tutorial y la Bolsa de Trabajo con aspectos poco pautados, pero son conocidos por el estudiantado y estandarizados por la cultura institucional de IQS.

(3.4) Se recoge información para el análisis y la mejora del proceso de enseñanza-aprendizaje y de apoyo a los estudiantes.

Se recoge información bastante completa y generalmente fiable sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje y el apoyo a los estudiantes (suficiente).

La información existente es suficiente y generalmente fiable, aunque los canales para su recogida no están estandarizados. A modo de ejemplo, la satisfacción del alumnado se analiza a través de las relaciones con los tutores o la aportación de los delegados.

(3.5) Existen evidencias claras y continuas que demuestran que el proceso de enseñanza-aprendizaje y el apoyo a los estudiantes se analizan y, en su caso, se mejoran de forma periódica.

El proceso de enseñanza-aprendizaje y el apoyo a los estudiantes son eficientes y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Dicho plan es completo y estructurado. Se lleva a cabo un seguimiento sistematizado del plan de mejora (satisfactorio).

Los IST/ISC constituyen el elemento principal de análisis de las titulaciones y a su vez del SGIC. Los IST/ISC evidencian una amplia revisión de las titulaciones y propuestas de mejora que se recogen en un plan estructurado. Además, se realizan fichas para cada mejora que se establece como objetivo del Centro para hacer su seguimiento. La elaboración de estos informes está circunscrito a los responsables de calidad y a los directivos del centro.

Cabe indicar que la participación de un mayor número de personas en la elaboración de los IST/ISC haría que tuvieran una repercusión aún más significativa en la mejora. Además, no hay evidencias de un registro de reclamaciones, más allá de la constancia que se refleja en el acta de las Juntas Académicas, aunque la vía del tutor, coordinador de titulación y decano está asumida como proceso lógico por el alumnado.

A continuación, se presentan el conjunto de buenas prácticas, así como áreas de mejora observadas:

Puntos fuertes y buenas prácticas

BP3.1. La presentación de informes de los estudiantes a las Juntas Académicas.

BP3.2. La información que reciben los estudiantes y que consideramos un aspecto decisivo para su satisfacción, en particular la información sobre las decisiones tomadas como consecuencia de los resultados de las encuestas.

BP3.3. La realización de prácticas externas, movilidad están bien asentadas y los grupos de interés están satisfechos con la información recibida y su funcionamiento.

Áreas de mejora

AM3.1. Dada la importancia del TFG/TFM, se recomienda explicitar los aspectos relativos a la planificación, ejecución, tutoría y evaluación. Por ejemplo, esto se podría indicar en el Manual de calidad.

AM3.2. Registrar las reclamaciones que realice la comunidad universitaria.

C4. Personal académico

El centro cuenta con procesos implantados que aseguran la competencia y la cualificación del personal académico.

Implantación parcial

Implantación suficiente

Implantación avanzada

(4.1) Se ha definido la cadena de responsabilidades para garantizar el funcionamiento adecuado de los procesos relacionados con el personal académico, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos.

La cadena de responsabilidades para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos relacionados con el personal académico, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos, es muy adecuada para asumir estas funciones y presenta una alta implicación. La toma de decisiones es muy adecuada y siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos (satisfactorio).

El Manual de calidad incluye los siguientes procesos relacionados con el personal académico y administración y servicios:

- D4/01. Proceso de selección
- D4/02. Proceso de incorporación y acogida.
- D4/03. Proceso de formación continua.
- D4/04. Proceso de evaluación y desarrollo.

La cadena de responsabilidades es adecuada y se evidencia su implantación mediante las entrevistas realizadas a la dirección. Se observa que parte de los procesos se recogen en reglamentos específicos.

(4.2) Las acciones relacionadas con la gestión del personal académico se llevan a cabo según los procesos del SGIC, y se garantiza la adecuación del desarrollo de los programas formativos.

Las actuaciones relacionadas con la gestión del personal académico se llevan a cabo, generalmente, según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el suficiente desarrollo de los programas formativos (suficiente).

El Manual de calidad describe los procedimientos relacionados con la gestión del PDI. Mediante las entrevistas al profesorado y decanato, se identifica que las acciones para la gestión del PDI definidas en el Manual están consolidadas.

El Jefe de Departamento coordina y hace el seguimiento de las asignaturas y cursos. Además, asesora al Decano a la hora de hacer la asignación de la docencia al profesorado. Los Jefes de Departamento también son los responsables de marcar el perfil de las nuevas necesidades, se entrevistan con los candidatos que cumplen los requisitos de promoción e informan al Decano. También participan con el Decano en las reuniones de retorno de informe del programa DOCENTIA al profesorado con una baja cualificación.

(4.3) Las acciones relacionadas con la formación y la evaluación del personal académico se llevan a cabo según los procesos del SGIC, y se garantiza la adecuación del desarrollo de los programas formativos.

Todas las acciones vinculadas con la formación y la evaluación del personal académico se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos (satisfactorio).

El Comité identifica, mediante las entrevistas a profesorado y decanato, que las acciones para la formación y la evaluación del PDI están consolidadas.

La formación y evaluación del personal académico garantiza el desarrollo de los programas formativos. El desarrollo personal del PDI es liderado por los Decanos de las Escuelas IQS que lo abordan bajo la perspectiva del Plan de formación y el Programa DOCENTIA.

- El Plan de formación, liderado por el departamento de recursos humanos, está estructurado en siete campos competenciales. Cada Jefe de Departamento autoriza la participación del profesorado en congresos, cursos de formación, etc.
- En relación al Programa DOCENTIA, el Decano de cada Escuela, después de recibir los autoinformes individuales, realiza un Informe Anual para el Plan de Desarrollo Personal con una valoración del cumplimiento de objetivos y propuestas de futuro. Dicho informe lo firma el Decano, el Director General IQS y el profesor/a.

De manera particular, destaca positivamente el sistema de acogida al PDI de reciente incorporación. El Manual incluye un proceso que aborda la incorporación y acogida del personal (D4/02).

La evaluación llevada a cabo por la Dirección y el Decano permite acordar los objetivos anuales de cada profesor con repercusiones en su trayectoria personal y en el incentivo variable ligado al resultado de las encuestas sobre la docencia, aunque el manual del SGIC no recoge el procedimiento para su ejecución.

(4.4) Se recoge información para el análisis y la mejora de la gestión, la formación y la evaluación del personal académico.

Se recoge información bastante completa y generalmente fiable sobre la detección de necesidades y las acciones para promover la formación, el reconocimiento, la promoción y la evaluación del personal académico (suficiente).

El Comité observa que IQS realiza un análisis exhaustivo del PDI mediante los resultados de las encuestas, el autoinforme y las reuniones individualizadas con el Decano para establecer y valorar los objetivos anuales y recoger sugerencias del propio docente.

(4.5) Existen evidencias claras y continuas que demuestran que la gestión, la formación y la evaluación del personal académico se analizan y, en su caso, se mejoran de forma periódica.

La gestión, la formación y la evaluación del personal académico son eficientes y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Este es completo y estructurado. Se lleva a cabo un seguimiento sistematizado del plan de mejora (satisfactorio).

El análisis de la información relacionada con el PDI queda recogido en los IST y se define un plan de mejora estructurado. Además, en los informes bienales hay evidencias de las

mejoras implementadas (bienal 2012-2014: realización de encuestas a estudiantes, autoinforme del profesor, informe de los responsables académicos, informe del Órgano Específico de Centro, informe global de la URL y retorno información a profesores). El Proceso de formación continua y el Proceso de evaluación y desarrollo establecen las pautas de actuación.

El Comité, durante la visita, constata la implantación eficiente del programa DOCENTIA. Todo el profesorado de IQS participa en el programa DOCENTA. El Centro sigue la estrategia URL que establece que cada año se evalúa a un tercio del claustro docente.

A continuación, se presentan el conjunto de buenas prácticas, así como áreas de mejora observadas:

Puntos fuertes y buenas prácticas

BP4.1. El sistema de acogida al PDI de reciente incorporación.

C5. Recursos materiales y servicios

El centro cuenta con procesos implantados para la gestión de los recursos materiales y de los servicios relacionados con los programas formativos.

Implantación parcial

Implantación suficiente

Implantación avanzada

(5.1) Se ha definido la cadena de responsabilidades para garantizar el funcionamiento adecuado de los procesos relacionados con los recursos materiales y los servicios, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos.

La cadena de responsabilidades para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos relacionados con los recursos materiales y los servicios, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos, es muy adecuada para asumir estas funciones y presenta una alta implicación. La toma de decisiones es adecuada y siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos relacionados (satisfactorio).

IQS dispone de dos procesos asociados con los recursos materiales y servicios:

- D5/01. Gestión de recursos
- D5/02 Gestión de servicios

Estos procesos incluyen los mecanismos de IQS para asegurar el diseño, aprobación, gestión, revisión y mejora de los servicios; así como la identificación de necesidades, planificación de adquisiciones, gestión, mantenimiento y mejora de los recursos materiales. El Manual de calidad identifica a los responsables de los recursos, así como de los distintos servicios.

Durante la visita, el Comité constata que la cadena de responsabilidades de los recursos materiales y servicios está claramente establecida.

(5.2) La gestión de los recursos materiales y de los servicios se llevan a cabo según los procesos del SGIC, y se garantiza la adecuación del desarrollo de los programas formativos.

Todas las actuaciones vinculadas con la gestión de los recursos materiales y de los servicios siempre se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos (satisfactorio).

Los procesos D5/01 (Gestión de recursos) y D5/02 (Gestión de servicios) incluyen una etapa inicial para la detección de nuevas necesidades y su adquisición, que parte de la propuesta de gastos e inversiones que realiza cada departamento o unidad. Durante las entrevistas a responsables de servicios y de gestión de recursos se identifica una sistemática consolidada de trabajo.

(5.3) Se recoge información para el análisis y la mejora de la gestión de los recursos materiales y de los servicios.

Se recoge información bastante completa y generalmente fiable sobre el mantenimiento y la detección de necesidades de nuevos recursos materiales y servicios (suficiente).

El sistema de recogida de información se basa en los informes anuales de los responsables de los servicios. Además, IQS recoge información para el análisis y la mejora a través de las encuestas de satisfacción a los titulados de grado y máster. Por otro lado, existen contratos con las empresas responsables del mantenimiento de equipos y un responsable de mantenimiento para las tareas cotidianas.

(5.4) Existen evidencias claras y continuas que demuestran que la gestión de los recursos materiales y de los servicios se analiza y, en su caso, se mejora de forma periódica.

La gestión de los recursos materiales y de los servicios es, en general, eficiente y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Este aborda únicamente los aspectos más relevantes, aunque de forma estructurada. Se lleva a cabo un seguimiento de los elementos más relevantes del plan de mejora (suficiente).

La gestión de los recursos materiales y de los servicios es eficiente y estructurada en relación con el proceso de compra y mejora de servicios. Los responsables de los servicios presentan un informe anual a la Junta Académica o Consejo de Centro. El mantenimiento, por su parte, depende del responsable de mantenimiento o de empresas externas y sigue pautas menos estandarizadas.

Se evidencia la realización de mejoras descritas en los informes bienales. Como, por ejemplo, en el bienio 15-17, la adaptación y ampliación de laboratorios especializados, novedades en el servicio de biblioteca con la entrada del PUC o la implementación de Discovery (una herramienta de mejora).

A continuación, se presentan el conjunto de áreas de mejora observadas:

Áreas de mejora

AM5.1. Aunque en las encuestas de satisfacción a estudiantes de grado y máster se incluyen preguntas para valorar los servicios, se recomienda la implantación de indicadores asociados mediante la incorporación de esta información en el cuadro de mando de indicadores.

C6. Información pública y rendición de cuentas

El centro cuenta con procesos implantados que garantizan la publicación de información completa y actualizada sobre los programas formativos para la rendición de cuentas.

Implantación parcial

Implantación suficiente

Implantación avanzada

(6.1) Se ha definido la cadena de responsabilidades para garantizar el funcionamiento adecuado de los procesos relacionados con la información pública y la rendición de cuentas, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos.

La cadena de responsabilidades para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos relacionados con la publicación de información y la rendición de cuentas, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos, es muy adecuada para asumir estas funciones y presenta una alta implicación. La toma de decisiones es muy adecuada y siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos (satisfactorio).

IQS dispone del proceso D7/01 “Publicación de la información y rendición de cuentas”. Un elemento relevante de este proceso es el Plan de comunicación anual de IQS. La responsabilidad de la Información pública recae sobre el Director de Comunicación y Marketing Corporativo y Secretaria General con implicación de los responsables de aportar la información de las distintas fuentes.

La decisión sobre la información que debe publicarse depende, en función del tipo de documentación, de la decisión del Director General, el Decano o la Secretaria General a propuesta del Director de Comunicación.

(6.2) Las acciones vinculadas con la información pública y la rendición de cuentas se llevan a cabo según los procesos del SGIC, y se garantiza la adecuación del desarrollo de los programas formativos.

Todas las actuaciones vinculadas con la información pública y la rendición de cuentas siempre se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos (satisfactorio).

El Plan de comunicación establece los objetivos y acciones concretas anuales de IQS y está alineado con el Plan estratégico vigente. En el marco del Plan de comunicación se analizan las acciones adoptadas y se reajustan aquellas que sean necesarias con el fin de conseguir los objetivos establecidos.

(6.3) Se recoge información para el análisis y la mejora de la información pública y la rendición de cuentas.

Se recoge información generalmente fiable sobre la información pública (suficiente).

La información se estructura en tres niveles: Información pública (Página Web); Información para el alumnado (Intranet) e Información para el personal en función de los distintos niveles de responsabilidad (SDoc2).

La revisión de la información pública asociada a la titulación se hace coincidir con el momento de la realización del IST. Según IQS, los apartados que sufren más cambios

habitualmente son las guías docentes y el profesorado vinculado a las titulaciones. Se valora positivamente la introducción de un nuevo módulo de Sigma (DOA) que permite revisar las Guías docentes lo que permitirá una toma de decisiones y publicación de las Guías mucho más fácil.

Si bien se monitorizan los indicadores definidos en el Manual de calidad, se recomienda establecer indicadores que valoren aspectos como la calidad de la información disponible (por ejemplo, relevancia, oportunidad, claridad, etc.), la usabilidad del medio, la relación de los accesos realizados por diferentes usuarios, etc.

(6.4) Existen evidencias claras y continuas que demuestran que la información pública y la rendición de cuentas se analizan y, en su caso, se mejoran de forma periódica.

La información pública es, en general, eficiente y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Este aborda únicamente los aspectos más relevantes, aunque de forma estructurada. Se lleva a cabo un seguimiento de los elementos más relevantes del plan de mejora (suficiente).

Aunque no se describe un sistema de análisis de la información pública, la documentación presentada por el Centro muestra la definición de mejoras en los informes bienales (bienio 12-14: definición de la estrategia de comunicación y estructuración de la información en tres niveles; bienio 15-17: actualización de la página web, modificación Sdoc2, etc.).

A continuación, se presentan el conjunto de buenas prácticas, así como áreas de mejora observadas:

Puntos fuertes y buenas prácticas

BP6.1. Implantación del módulo DOA para la revisión de las guías docentes.

Áreas de mejora

AM6.1. Establecer indicadores que valoren aspectos como la calidad de la información disponible, la usabilidad del medio, la relación de los accesos realizados por diferentes usuarios, etc.

D. Resultado de la evaluación

La evaluación del CEE-SGIC, como resultado del análisis de las evidencias y de la información recogida durante la visita al Instituto Químico de Sarrià de la URL, es en líneas generales positiva y el proceso de evaluación ha sido satisfactorio.

A continuación, se detallan las valoraciones realizadas por el CEE-SGIC para cada dimensión evaluada:

DIMENSIÓN	RESULTADO
1. Revisión y mejora del SGIC	Suficiente
2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos	Suficiente
3. Sistemas de apoyo al aprendizaje y de orientación a los estudiantes	Suficiente
4. Personal académico	Avanzada
5. Recursos materiales y servicios	Suficiente
6. Información pública	Suficiente

El CEE-SGIC, después de analizar la nueva documentación, propone la **certificación favorable** de la implantación del SGIC de los centros IQS (IQS School of Engineering e IQS School of Management) de la URL a la Comisión Específica de Certificación.

E. Acta de envío del informe externo

Centros evaluados:

IQS School of Engineering

IQS School of Management

Universidad: Universitat Ramon Llull

Fechas de la visita: 3 y 4 de abril de 2019

Fecha del envío del informe a AQU Catalunya: 3 de julio de 2019

Fecha de la recepción de los comentarios de la Universidad: 10 de diciembre de 2019

Fecha del envío del informe definitivo a AQU Catalunya: 16 de enero de 2019

El presidente del CEE-SGIC manifiesta que el presente documento constituye el informe previo de certificación de la implantación del SGIC del centro indicado anteriormente.

**Celso Rodriguez Fernández,
Presidente del CEE-SGIC**



Santiago de Compostela, 16 de enero de 2020

Anexo. Alcance de la evaluación – Procesos evaluados

DIRECTRIZ AUDIT	PROCESO
0. Aspectos generales del sistema de garantía interna de calidad	D0/01. Revisión y mejora del SGIC
1. Política de calidad	D1/01. Definición y revisión de la Política y Objetivos de calidad
2. Calidad de los programas formativos	D2/01. Diseño titulaciones oficiales para su verificación D2/02. Definición y aprobación de la oferta formativa anual de IQS D2/03. Seguimiento de la implementación de las titulaciones oficiales D2/04. Modificación de las titulaciones oficiales D2/05. Acreditación de las titulaciones oficiales D2/06. Extinción de título
3. Desarrollo de los programas formativos y otras acciones para favorecer el aprendizaje del estudiante	D3/01. Admisión y matrícula D3/02. Orientación al estudiante D3/03. Desarrollo de las enseñanzas D3/04. Movilidad de los estudiantes D3/05. Prácticas externas D3/06. Gestión de incidencias, reclamaciones y sugerencias D3/07. Gestión de las normativas que afectan al estudiante D3/08. Gestión de expedientes y tramitación de títulos
4. Personal académico y de administración y servicios	D4/01. Selección del personal D4/02. Incorporación y acogida del personal D4/03. Formación continuada D4/04. Evaluación y desarrollo
5. Recursos materiales y servicios	D5/01. Gestión de recursos D5/02. Gestión de servicios
6. Resultados relacionados con la formación universitaria	D6/01. Revisión y mejora de los programas formativos
7. Información pública y rendición de cuentas	D7/01. Publicación de la información y rendición de cuentas