

# CERTIFICACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA INTERNO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD

## Identificación del SIGC

Centro:	Facultat de Dret
Código:	08033225
Universidad:	Universitat Autònoma de Barcelona
Alcance:	Titulaciones oficiales de grado y máster universitarios
Fecha de la visita externa:	

## Introducción

La evaluación de la solicitud de certificación del sistema interno de la garantía de la calidad (SIGC) del centro universitario mencionado tiene en cuenta la evaluación externa llevada a cabo de forma colegiada por un comité de expertos externos que ha visitado el centro en la fecha arriba indicada. La evaluación se ha realizado de acuerdo con la Guía para la certificación de la implantación de sistemas internos de la garantía de la calidad de AQU Catalunya.

La guía recoge las dimensiones y estándares que corresponden a la evaluación para la certificación de los SIGC. Estas dimensiones y estándares están orientadas a la mejora continua de la formación que se ofrece al estudiantado de acuerdo con los estándares y directrices para el aseguramiento de la calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior (ESG). Además dan respuesta a lo que recoge el apartado 8 del anexo II del Real decreto 822/2021, de 28 de septiembre, y se han establecido siguiendo los criterios de las dimensiones que formaban parte del programa AUDIT.

La obtención de la certificación de la implantación del SIGC da cumplimiento a uno de los requisitos señalados en el artículo 14.3 del 640/2021, de 27 de julio, de creación, reconocimiento y autorización de universidades y centros universitarios, y acreditación institucional de centros universitarios.

## Resultado

El resultado de la evaluación de la implantación del sistema interno de la garantía de la calidad del centro se recoge en el informe de visita externa elaborado por el comité de expertos externos. En base a este informe, la Comisión Específica de Certificación de la Implantación del SIGC de la Comisión de Evaluación Institucional y de Programas ha acordado, el día 30 de septiembre de 2022, emitir el informe FAVORABLE siguiente.

El resultado de la evaluación de cada una de las dimensiones analizadas es la siguiente:

<b>Dimensión</b>	<b>Resultado</b>
1. Revisión y mejora del SGIC	Implantación suficiente
2. Calidad del programa formativo	Implantación suficiente
3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo a los estudiantes	Implantación suficiente
4. Personal académico	Implantación suficiente
5. Recursos materiales y servicios	Implantación suficiente
6. Información pública y rendición de cuentas	Implantación suficiente

## Buenas prácticas

- BP-3.2.1. Implantación y evaluación del nuevo modelo docente de la Facultad.
- BP-3.2.2. Implementación de metodologías activas de aprendizaje y mejoras en el seguimiento del TFG: TFG en modalidad de aprendizaje servicio.
- BP-3.3.1. Programa de tutorización en el grado en Criminología.

## Áreas de mejora

- AM-1.1.1 Revisar el MC y las fichas de procesos actualizando la referencia a los propietarios y responsables de cada proceso para garantizar su coherencia y ajuste a la realidad.
- AM-1.1.2 Explicitar de forma más clara el proceso de rendición de cuentas (seguimiento del SGIC y de los objetivos de calidad/estratégicos) que realizan los responsables del centro.
- AM-1.2.1 Normalizar la denominación y las referencias a la documentación utilizada para la elaboración, revisión y seguimiento de la política y los objetivos de calidad y del SGIC.
- AM-1.3.1 Actualizar la denominación y el alcance de algunos procesos para ajustarlos a la realidad (PC06, PC08)
- AM-1.5.1 Mejorar el cumplimiento del procedimiento de gestión documental establecido en el sistema.
- AM-1.5.2 Revisar y actualizar el contenido de los PR y documentos del SGIC, subsanando erratas y adaptándolos a la nueva normativa (PC09, PC10, MC...)
- AM-2.3.1 Actualizar los logos de los sellos de acreditación de los títulos publicados en la web del centro, incorporando los vigentes en cada caso.
- AM-3.2.1. Revisar el proceso de definición del perfil de ingreso, graduación y acceso a los estudios (PC01), adaptándolo al alcance de las actividades que realmente se llevan a cabo.
- AM-3.3.1. Revisar las actividades e indicadores incluidos en el proceso de inserción laboral de los titulados (PS07), ajustándolos a su objetivo y concretando la interrelación con otros procesos del SGIC (PC03a, PC06)
- AM-4.1.1 Establecer la documentación de salida en el proceso de formación e innovación docente (PS01) ajustada a los objetivos y actividades desarrolladas.
- AM-4.3.1 Revisar y adaptar el contenido del proceso de evaluación del PDI para ajustarlo a las actividades que se realizan y proponer actuaciones a las debilidades detectadas (PS09)

## Recomendaciones

- RE-1.1.1 Delimitar y explicitar de forma más clara las responsabilidades a nivel de centro y de universidad, principalmente en los procesos con un mayor carácter transversal.
- RE-1.1.2 Impulsar las actuaciones relacionadas con la participación de los grupos de interés externos en los mecanismos y procesos de gestión del SGIC (política y objetivos de calidad y mejora de los procesos)
- RE-1.1.3 Revisar el contenido y la redacción del MC para aclarar que el SGIC pertenece al centro y su funcionamiento está garantizado independientemente del equipo decanal que se encuentre en cada momento.
- RE-1.1.4. Asignar la propiedad y la responsabilidad de los procesos señalando un único cargo, con independencia de que, en la actualidad, dicho cargo desarrolle más de una función en la estructura del centro.
- RE-1.2.1 Mejorar el grado de concreción de los objetivos estratégicos y/o de las acciones establecidas para su logro, identificando claramente la vinculación entre objetivos del centro y líneas estratégicas de la universidad.
- RE-1.2.2 Mejorar el diseño y presentación de la información contenida en el informe de la política de calidad del centro.
- RE-1.3.1 Identificar la versión del mapa de procesos en su formato de documento independiente publicado en la web del centro, para garantizar su trazabilidad.
- RE-1.3.2 Detallar en mayor medida la interrelación entre los procesos del SGIC a nivel de la UAB y del centro.
- RE-1.3.3 Revisar y actualizar la referencia al “Manual de Procesos” en el MC del SGIC, ya que no existe como tal.
- RE-1.5.1 Impulsar las actuaciones relacionadas con la sistematización y automatización del sistema de gestión documental y/o gestión por procesos del SGIC.
- RE-1.5.2 Detallar la ubicación de la documentación asociada de cada proceso (inputs)
- RE-1.5.3 Valorar la incorporación de algún indicador asociado al proceso de gestión documental (PC09)
- RE-1.6.1 Continuar el proceso de revisión y mejora del sistema de indicadores del SGIC, revisando la pertinencia, tipología y utilidad de algunos indicadores vinculados a los procesos.
- RE-1.7.1 Concretar y normalizar en mayor medida la documentación que forma parte del proceso de revisión del SGIC.
- RE-1.7.2 Mejorar la presentación y facilitar la comprensión del Plan de Mejora.
- RE-2.1.1 Clarificar el papel de la Comisión de Calidad del Centro (CCC) en los procesos del marco VSMA, teniendo en cuenta el nivel de complejidad y eficiencia de las estructuras de calidad de la facultad.
- RE-2.2.1 Normalizar las referencias a los mecanismos de seguimiento (a nivel de centro y de título) y a la estructura de la documentación que se genera en el proceso.
- RE-3.2.1. Incorporar el protocolo que se utiliza para valorar la idoneidad de las prácticas externas propuestas por el alumnado, en el proceso para su gestión (PS03a)
- RE-3.4.1. Valorar la incorporación de más indicadores relativos al proceso de organización académica (PS04)
- RE-3.4.2. Sistematizar la retroalimentación (feedback) obtenida de los empleadores.
- RE-3.5.1. Impulsar la implementación de las acciones de mejora propuestas en las fechas previstas o aprobar su replanteo en el PM.
- RE-4.1.1 Diferenciar el proceso centrado en la definición de la política del PDI (PE04) de los relacionados con la

formación y evaluación (PS01, PS09), para evitar duplicidades.

- RE-4.2.1 Seguir impulsando la participación activa del centro en los órganos y mecanismos que inciden en la mejora de la gestión del PDI y en su adecuación a las necesidades de las titulaciones de la facultad.
- RE-4.4.1 Completar las acciones de mejora relacionadas con la publicación de los CV del profesorado del centro.
- RE-4.4.2 Realizar un seguimiento y control de la evolución de la estabilidad de la estructura de plantilla de PDI (a nivel de centro y título)
- RE-4.5.1 Revisar y actualizar el informe de revisión del proceso de evaluación del PDI (PS09) cuyo contenido pertenece a otro proceso (PS01)
- RE-5.1.1. Revisar el ajuste e interacción entre los procesos del SGIC-FD compartidos con otros centros y los transversales de la UAB.
- RE-5.2.1. Detallar en mayor medida la información sobre las actividades implicadas en la gestión de los recursos materiales y la provisión de servicios, concretando los aspectos más relevantes para el SGIC-FD.
- RE-5.4.1. Incidir en la mejora de las actividades relacionadas con la gestión de los servicios y el desempeño del personal que los presta (PS11, PS10)
- RE-6.2.1 Mejorar la consistencia de la información pública de las diferentes titulaciones de máster.
- RE-6.2.2 Difundir la existencia de la herramienta OPINA UAB y promover su uso entre los grupos de interés.
- RE-6.3.1 Recabar la opinión y la valoración del PAS sobre sus tareas de apoyo al aprendizaje y la docencia.
- RE-6.3.2. Trasladar a todas las titulaciones del centro la sistemática y buenas prácticas identificadas para recoger información mediante encuestas de satisfacción (véase Grado en Criminología)
- RE-6.3.3. Coordinar, entre la Oficina de Calidad Docente (UAB) y la Comisión de Calidad (FD), la programación en el calendario académico de las encuestas de satisfacción destinadas al alumnado.
- RE-6.4.1 Establecer la periodicidad de revisión de los diversos elementos de la página web del centro y los agentes responsables de llevarla a cabo.

La presidencia de la Comisión Específica de Certificación de la Implantación del SGIC



Glòria González Anadón

Barcelona, 30 de septiembre de 2022

## ANEXO. Valoración de las dimensiones analizadas

### 1. Revisión y mejora del SGIC

1.1. 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 los adecuados para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada pero no siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos.

1.2. Se dispone de una política y unos objetivos de calidad actualizados, que son públicos y forman parte de la gestión estratégica. Las partes internas desarrollan y aplican esta política y estos objetivos mediante estructuras y procesos generalmente adecuados, pero no siempre implican a las partes interesadas externas.

1.3. Se cuenta con un mapa de procesos actualizado que contempla todos los procesos del SGIC. Los procesos del SGIC implantados están generalmente vinculados, según lo descrito en el mapa. Aun así, se observa alguna incoherencia en la relación entre procesos.

1.4. El SGIC implantado responde muy adecuadamente a las dimensiones del programa AUDIT. Se garantiza el desarrollo de los programas formativos.

1.5. 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.

1.6. 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 fácil acceso a los datos e indicadores para los diferentes grupos de interés.

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

### 2. Calidad del programa formativo

2.1. 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.

2.2. Todas 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.

2.3. 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.

2.4. El análisis de los programas formativos da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Dicho plan es completo y estructurado. Se lleva a cabo un seguimiento de los elementos más relevantes del plan de mejora.

### 3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo a los estudiantes

3.1. La cadena de responsabilidades para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos de enseñanza-aprendizaje y los relacionados con el apoyo a los estudiantes, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos, es la adecuada para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada, pero no siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos.

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

3.3. 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 adecuado desarrollo de los programas formativos.

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

3.5. 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.

#### **4. Personal académico**

4.1. 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 la adecuada para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada pero no siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos.

4.2. 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 adecuado desarrollo de los programas formativos.

4.3. Las actuaciones relacionadas con la formación y la evaluación del personal académico se llevan a cabo, generalmente, según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos.

4.4. 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.

4.5. La gestión, la formación y la evaluación del personal académico son, en general, eficientes 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.

#### **5. Recursos materiales y servicios**

5.1. 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 la adecuada para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada, pero no siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos.

5.2. Las actuaciones relacionadas con la gestión de los recursos materiales y de los servicios se llevan a cabo, generalmente, según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos.

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

5.4. 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 sistematizado del plan de mejora.

#### **6. Información pública y rendición de cuentas**

6.1. 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 la adecuada para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada, pero no siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos.

6.2. Las actuaciones vinculadas con la información pública y la rendición de cuentas se llevan a cabo, generalmente, según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos.

6.3. Se recoge información bastante completa y generalmente fiable sobre la información pública.

6.4. 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.

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

## Informe de evaluación externa

**Centro** □ 08033225 - Facultad de Derecho

□ **Universidad** □ Universidad Autónoma de Barcelona (UAB)

**Fec** □ **a de la visita** □ 14, 16 y 17 de junio de 2022

## ÍNDICE

<b>A. Introducción .....</b>	<b>3</b>
<b>B. Desarrollo del proceso de evaluación .....</b>	<b>4</b>
<b>C. Valoración del nivel de implantación de las dimensiones del SGIC .....</b>	<b>□</b>
<b>C1. Revisión y mejora del SGIC.....</b>	<b>□</b>
<b>C2. Diseño y revisión y mejora de los programas formativos .....</b>	<b>2□</b>
<b>C3. Sistemas de apoyo al aprendizaje y de orientación a los estudiantes .....</b>	<b>25</b>
<b>C4. Personal académico .....</b>	<b>32</b>
<b>C5. Recursos materiales y servicios.....</b>	<b>3□</b>
<b>C6. Información pública y rendición de cuentas .....</b>	<b>42</b>
<b>D. Resultado de la evaluación.....</b>	<b>4□</b>
<b>E. Acta de envío del informe externo .....</b>	<b>4□</b>
<b>Anexo. Alcance de la evaluación.....</b>	<b>4□</b>

# A. Introducción

## 1. Descripción del SGIC evaluado

<b>Centro:</b>	Facultad de Derecho
<b>Código:</b>	08033225
<b>Tipología:</b>	Propio
<b>Sede:</b>	
<b>Universidad:</b>	Universidad Autónoma de Barcelona (UAB)
<b>Alcance del SGIC:</b>	Titulaciones de grado y máster de la Facultad (procesos del Anexo)

## 2. Composición del comité externo de certificación

<b>Rol</b>	<b>Nombre</b>	<b>Ámbito</b>	<b>Institución</b>
<b>Presidenta</b>	Ana Belén Escrig Tena	Organización de Empresas	Universitat Jaume I
<b>Profesional</b>	Jordi Llecha Sabaté	Servicios Sociosanitarios y Formación	Associació per a la Formació i Serveis Socials
<b>Estudiante</b>	Adrian Di Pizzo Chiacchio	Derecho Civil	Universitat de Barcelona
<b>Secretario</b>	Rafael Fernández Serafín	Evaluación de la Calidad	Universidad de la Laguna

## 3. Objetivo del informe

La evaluación externa del Sistema de Garantía Interna de la Calidad (SGIC) de la Facultad de Derecho (en adelante SGIC-FD) de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), 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; Enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado; Personal académico; Recursos materiales y servicios; e Información pública y rendición de cuentas.

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 7 de abril de 2022, 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 presentó en el plazo indicado.

La visita de certificación se realizó los días 14, 16 y 17 de junio de 2022.

El programa de la visita, llevada a cabo a través de videoconferencia, fue el siguiente:

Día 14/06/2022 (1ª Jornada)

<b>Hora</b>	<b>Actividad</b>
<b>09:00 - 09:30</b>	<b>Bienvenida institucional. Presentación del modelo de SGIC de la Facultad de Derecho</b>
<b>09:30 - 10:00</b>	<b><i>Pausa</i></b> (Trabajo interno CEE-SGIC)
<b>10:00 - 11:15</b>	<b>Dimensión 1. Revisión y mejora del SGIC</b> Procesos incluidos <sup>1</sup> : <ul style="list-style-type: none"><li>- PE01. Definición de la política y objetivos de calidad.</li><li>- PE02. Definición, despliegue y seguimiento del SGIC.</li><li>- PC09. Gestión Documental</li></ul>
<b>11:15 - 11:45</b>	<b><i>Pausa</i></b> (Trabajo interno CEE-SGIC)
<b>11:45 - 13:00</b>	<b>Dimensión 2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos</b> Procesos incluidos: <ul style="list-style-type: none"><li>- PE03. Creación y diseño de nuevas titulaciones. Mapa de titulaciones.</li><li>- PC07. Seguimiento, evaluación y mejora de las titulaciones.</li><li>- PC08. Modificación y extinción de titulaciones.</li><li>- PC10. Acreditación de titulaciones.</li></ul>
<b>13:00 - 13:15</b>	<b><i>Pausa</i></b> (Trabajo interno CEE-SGIC)
<b>13:15 - 14:30</b>	<b>Dimensión 3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado</b> Procesos incluidos ( <u>enseñanza-aprendizaje</u> ): <ul style="list-style-type: none"><li>- PC02. Planificación y programación docente de las asignaturas.</li><li>- PS04. Organización académica</li><li>- PC05. Evaluación de los estudiantes</li><li>- PC03.a Gestión de las Prácticas Externas.</li><li>- PC03.b Gestión de los Trabajos de Fin de Estudios.</li></ul>
<b>14:30</b>	<b><i>Fin de la 1ª jornada</i></b> (Trabajo interno CEE-SGIC)

Día 16/06/2022 (2ª Jornada)

<b>Hora</b>	<b>Actividad</b>
<b>14:50 - 15:00</b>	<b>Inicio de la 2ª jornada</b> (Trabajo interno CEE-SGIC)
<b>15:00 - 16:00</b>	<b>Dimensión 3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado</b> Procesos incluidos ( <u>apoyo y orientación a los estudiantes</u> ):

<sup>1</sup> Con carácter general, se solicitó la asistencia de los responsables de los “procesos incluidos” que se detallan en cada sesión.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PC01. Definición de perfiles de ingreso, graduación y acceso a los estudios.</li> <li>- PC04. Orientación al alumnado.</li> <li>- PS07. Inserción laboral de los estudiantes.</li> <li>- PC06. Gestión de la movilidad del alumnado, PAS, PDI</li> </ul>
<b>16:00 – 16:30</b>	<b><i>Pausa</i></b> (Trabajo interno CEE-SGIC)
<b>16:30 – 17:30</b>	<p><b>Dimensión 4. Personal académico y PAS</b></p> <p>Procesos incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PE04. Definición de la política del PDI</li> <li>- PS01. Formación del PDI</li> <li>- PS09. Evaluación del PDI</li> <li>- PE05. Definición de la política del PAS</li> <li>- PS02. Formación del PAS</li> <li>- PS10. Evaluación del PAS</li> </ul> <p><i>NOTA: se analizarán también las posibles relaciones con los procesos transversales correspondientes.</i></p>
<b>17:30 – 17:45</b>	<b><i>Pausa</i></b> (Trabajo interno CEE-SGIC)
<b>17:45 – 18:30</b>	<p><b>Dimensión 6. Información pública y rendición de cuentas</b></p> <p>Procesos incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PS05. Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones.</li> <li>- PS06. Satisfacción de los grupos de interés.</li> <li>- PS08. Información pública y rendición de cuentas.</li> </ul>
<b>18:30 – 18:45</b>	<b><i>Pausa</i></b> (Trabajo interno CEE-SGIC)
<b>18:45 – 19:30</b>	<p><b>Dimensión 5. Recursos materiales y servicios</b></p> <p>Procesos incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PS03. Gestión de recursos materiales.</li> <li>- PS11. Gestión de Servicios.</li> </ul> <p><i>NOTA: se analizarán también las posibles relaciones con los procesos transversales correspondientes.</i></p>
<b>19:30</b>	<b><i>Fin de la 2ª jornada</i></b> (Trabajo interno CEE-SGIC)

Día 17/06/2022 (3ª Jornada)

<b>Hora</b>	<b>Actividad</b>
<b>08:50 – 09:00</b>	<b>Inicio de la 3ª jornada</b> (Trabajo interno CEE-SGIC)
<b>09:00 – 10:00</b>	<b>Entrevista con la Comisión de Calidad del Centro</b>
<b>10:00 – 10:10</b>	<b><i>Pausa</i></b> (Trabajo interno CEE-SGIC)
<b>10:10 – 10:55</b>	<b>Entrevista con los directores de Departamento</b>
<b>10:55 – 11:05</b>	<b><i>Pausa</i></b> (Trabajo interno CEE-SGIC)
<b>11:05 – 11:50</b>	<b>Entrevista con profesorado</b>
<b>11:50 – 12:00</b>	<b><i>Pausa</i></b> (Trabajo interno CEE-SGIC)
<b>12:00 – 12:45</b>	<b>Entrevista con estudiantes y egresados</b>
<b>12:45 – 12:55</b>	<b><i>Pausa</i></b> (Trabajo interno CEE-SGIC)
<b>12:55 – 13:40</b>	<p><b>Entrevista con equipo técnico de calidad de la UAB y responsables del SGIC Marco</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación de los sistemas de gestión de la información y gestión documental de soporte al SGIC (plataformas y herramientas utilizadas)</li> <li>- Acceso y demostración en tiempo real, en su caso</li> </ul>
<b>13:40 – 14:15</b>	<b><i>Pausa</i></b> (Trabajo interno CEE-SGIC)
<b>14:15 – 14:30</b>	<b><i>Presentación de conclusiones preliminares y despedida</i></b>
<b>14:30</b>	<b><i>Fin de la 3ª jornada</i></b> (Trabajo interno CEE-SGIC)

## **2. Incidencias más destacables**

En el transcurso de la visita no se ha producido ninguna incidencia remarcable y el proceso ha sido en todo momento adecuado, de acuerdo con el plan (con la incorporación puntual de algunos participantes sustitutos en determinadas sesiones) y horario 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 de la Facultad de Derecho (FD) y del personal técnico de calidad durante la evaluación. Un agradecimiento que se extiende a todas las personas y colectivos que participaron activamente en las audiencias celebradas, cuyas apreciaciones han sido de gran importancia para incrementar el conocimiento de la institución y del nivel de implantación de su SGIC.

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

## **4. Alegaciones**

Con fecha de 11 de noviembre de 2022 la institución informa de la no presentación de alegaciones al informe previo de visita de certificación.

## C. Valoración del nivel de implantación de las dimensiones del SGIC

### 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

---

El centro dispone de dos procesos específicos de carácter estratégico asociados a la revisión y mejora del SGIC:

- PE01. Definición de la política y objetivos de calidad
- PE02. Definición, despliegue y seguimiento del SGIC

Así mismo, de forma indirecta, también se dispone de otros procesos interrelacionados con los anteriores y vinculados a esta dimensión:

- PC09. Gestión Documental

Para la evaluación de la dimensión, el CEE-SGIC ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con estos procesos, así como las evidencias derivadas de la visita externa.

#### **(1.1) Definición de la cadena de responsabilidades y los grupos de interés implicados en el funcionamiento 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 los adecuados para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada pero no siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos. (Suficiente)*

El SGIC-FD nace de la adaptación del modelo marco de la UAB a las peculiaridades y el contexto del centro, en concreto en aquellos aspectos que están dentro del ámbito de actuación y responsabilidad de la facultad.

Las responsabilidades y funciones relacionadas con la gestión del SGIC-FD vienen definidas de forma general en el Manual de Calidad (MC) (apartado 3.3) y en la ficha de los diferentes procesos (PR) (apartado 3). Se identifican funciones diferenciadas entre las figuras de “propietario” de un PR (seguimiento, implementación y mejora) y “responsable de gestión” (gestionar el PR, la documentación e indicadores). Adicionalmente, en las fichas también se detallan los responsables de la documentación generada en el PR (output) (apartado 5), de la revisión y mejora (apartado 6), y de los indicadores (apartado 7). Así mismo, en el diagrama de flujo de cada ficha de PR se identifican las tareas de los implicados en el mismo (apartado 9).

Es de destacar la participación del equipo decanal del centro como responsable del despliegue del SGIC, su definición y modificación y de la definición de los objetivos y política de calidad, así como de la Junta de Facultad (JF) donde se aprueban los PR del SGIC.

La Comisión de Calidad de Centro (CCC), delegada de la JF, se establece como el órgano “responsable de realizar el seguimiento del SGIC y PAT de la Facultad de Derecho”, entre otras funciones. Forman parte de la CCC el decano y la responsable de calidad del centro, con la colaboración de otras comisiones y agentes implicados de la FD, cada uno en su ámbito de competencias. La concreción de esta participación a nivel de los procesos del centro viene detallada en la tabla 5 del MC; a nivel de universidad, las referencias son más genéricas (áreas centrales de la UAB, vicerrectorados con responsabilidad en calidad, oficina de calidad docente -OQD- de la UAB...).

La participación de los grupos de interés se recoge en el MC (apartado 3.4) y en la ficha de cada PR (apartado 8.x), detallando las vías de participación principales tanto de los colectivos internos (estudiantes, PDI y PAS), como de los externos relacionados con los procesos (titulados, agentes sociales y sociedad en general).

*AM-1.1.1 Revisar el MC y las fichas de procesos actualizando la referencia a los propietarios y responsables de cada proceso para garantizar su coherencia y ajuste a la realidad*

Se han observado algunas inconsistencias en la definición de los propietarios de los procesos. Por ejemplo, en el apartado 3.2 del MC, se detalla que los propietarios de los PR de carácter estratégico son algún miembro del equipo de gobierno (EG), “a excepción del PE02”. Sin embargo, en la ficha del PR PE02 (apartado 3), se afirma que el propietario es “el/la responsable de Calidad de la Facultad”, que forma parte del EG. Se debe revisar y adaptar la descripción de la asignación de responsabilidades en el MC y el PR a la realidad, de forma que sean fácilmente identificables.

*AM-1.1.2 Explicitar de forma más clara el proceso de rendición de cuentas (seguimiento del SGIC y de los objetivos de calidad/estratégicos) que realizan los responsables del centro*

En el apartado 3.3 del MC, se hacen diversas referencias a la rendición de cuentas que realiza el decano sobre el seguimiento del SGIC y de los objetivos estratégicos y de calidad. Así, por ejemplo, se detalla que el decano da cuentas sobre el grado de cumplimiento de los objetivos de calidad, al menos, 3 veces al año. A continuación, se indica que el decano presenta anualmente un informe de seguimiento del SGIC-FD que incluye el seguimiento de los objetivos estratégicos y que también se rinde cuentas sobre los resultados del proceso de evaluación de títulos (marco VSMA). En la documentación generada en el PR PE02 (apartado 5) se identifica sólo el “PE01\_OUT02 Informe de revisión del centro”. Tal y como está redactado este procedimiento de rendición de cuentas, y tras revisar la documentación aportada, no queda clara la relación entre este tipo de presentaciones y los diferentes informes de seguimiento a los que se hace referencia en diversos apartados del MC y de los PR (seguimiento del centro, SGIC, objetivos de calidad...). Tras la visita previa y durante las entrevistas, se constata que no existe el documento “informe del decanato” como tal. Se trata del primer punto del orden del día de las JF, en las cuales el decano “presenta” un resumen de los aspectos más relevantes relacionados con la política de calidad y el SGIC. Para evitar confusiones, se deben armonizar las referencias y concretar el proceso de rendición de cuentas, así como los documentos que se utilizan o generan.

*RE-1.1.1 Delimitar y explicar de forma más clara las responsabilidades a nivel de centro y de universidad, principalmente en los procesos con un mayor carácter transversal*

En línea con las áreas de mejora identificadas en el informe de evaluación externa de los PR del SGIC marco, se considera que la existencia de dos niveles de toma de decisiones puede generar una mayor complejidad en la gestión del SGIC, sobre todo si no se detalla claramente dónde comienza y termina la participación de los responsables del centro y de la universidad en cada uno de los procesos. En la revisión de la documentación se hace referencia a ambos niveles de actuación, pero en ocasiones de forma genérica y/o dispersa en diferentes apartados de los PR, por lo que resulta complicado identificarlos. Se recomienda explicitar y sistematizar en mayor medida la delimitación de responsabilidades de ambos niveles en los procesos del SGIC-FD.

*RE-1.1.2 Impulsar las actuaciones relacionadas con la participación de los grupos de interés externos en los mecanismos y procesos de gestión del SGIC (política y objetivos de calidad y mejora de los procesos)*

Según consta en el MC (apartado 2.1), en la CCC solo participan los colectivos internos de la universidad (PDI, PAS y estudiantes). No obstante, en el mismo apartado se describe que el centro pretende impulsar la participación de los grupos de interés externos, recabando su opinión y valoración mediante la CCC (en las reuniones monográficas sobre prácticas externas, por ejemplo). Se recomienda impulsar estas actuaciones y valorar la posibilidad de adoptar otros mecanismos que garanticen la participación efectiva de los grupos de interés externos a la universidad (egresados, empleadores, tutores externos de prácticas, representantes de la sociedad...), de forma que puedan aportar una visión enriquecedora sobre el funcionamiento y la gestión del SGIC-FD y de sus titulaciones, por ejemplo incorporando algún representante en la CCC.

*RE-1.1.3 Revisar el contenido y la redacción del MC para aclarar que el SGIC pertenece al centro y su funcionamiento está garantizado independientemente del equipo decanal que se encuentre en cada momento*

En varios apartados del MC (2.1 por ejemplo) se hace referencia al “mandato”, política de calidad o estrategia del “equipo decanal actual”. Este nivel de detalle podría implicar que cada vez que se nombra a un nuevo equipo decanal se necesitaría revisar y adaptar el contenido del MC para garantizar que se ajusta al nuevo “plan de gobierno”. Se recomienda valorar si es preciso actualizar la redacción de estos aspectos del MC, de forma que la mayor parte del contenido sea de carácter genérico y adaptado al centro, independientemente del equipo decanal que se encuentre en cada momento, o bien que queden claramente diferenciadas las partes susceptibles de adaptación en cada mandato (el apartado 2.1 sobre la trayectoria de la FD y la política de calidad, por ejemplo). Se considera que esta actuación podría contribuir a simplificar y facilitar la implantación efectiva del SGIC, así como su revisión y mejora continua.

*RE-1.1.4. Asignar la propiedad y la responsabilidad de los procesos señalando un único cargo, con independencia de que, en la actualidad, dicho cargo desarrolle más de una función en la estructura del centro.*

En el MC (apartado 3.3), la propiedad del proceso de gestión de los trabajos final de estudios (PC03b) o del PR PE02 recae sobre una persona que ostenta más de un cargo/función en la estructura del centro (Secretaría, responsable de calidad, coordinadora alumni y

coordinadora de TFG) y lo mismo ocurre con la responsabilidad de gestión del PR PC04 de orientación al estudiantado (Gestora académica, secretaria de decanato, responsable intercambios). Es decir, se asigna la propiedad y responsabilidad respectivamente indicando todos los cargos/funciones que ostenta dicha responsable. Puesto que la situación podría cambiar en el futuro, se considera conveniente valorar el establecimiento de un único cargo/función en cualquier documento del sistema en que se presenten los propietarios y responsable de los PR, con independencia de que, en la actualidad, dicha responsable desarrolle más de una función en la estructura del centro. Lo contrario podría inducir a error a los grupos de interés al no poder conocer con exactitud a qué cargo/función se atribuye la responsabilidad de uno u otro proceso.

### **(1.2) Existencia de una política y objetivos de calidad y su vinculación con la gestión estratégica.**

*Se dispone de una política y unos objetivos de calidad actualizados, que son públicos y forman parte de la gestión estratégica. (Satisfactorio)*

*Las partes internas desarrollan y aplican esta política y estos objetivos mediante estructuras y procesos generalmente adecuados, pero no siempre implican a las partes interesadas externas. (Suficiente)*

*Valoración global: Suficiente*

La política y objetivos de calidad “docentes” de la Facultad de Derecho vienen recogidos en el MC (apartado 2.2), documento público y disponible en la web del centro. Se define y despliega a partir de las líneas y objetivos estratégicos del plan de gobierno de la facultad y del plan estratégico de la universidad (2018-2030) y se sustenta en una misión, visión y ejes de valor (actuación).

La política establece el compromiso del centro para consolidar la excelencia en todas sus actividades (docencia, investigación y transferencia de conocimiento), ofreciendo a los estudiantes una formación sólida que permita el desarrollo de las profesiones vinculadas. Se implementan en torno a 5 ejes de actuación: excelencia en la docencia (Nuevo Modelo Docente -NMD-), adaptación a las demandas sociales (colaboración de los empleadores, las prácticas externas), garantía en el desarrollo formativo y profesional (PAT y acompañamiento), arraigo al territorio (inserción socio-laboral) y reconocimiento internacional (movilidad, títulos internacionales).

El MC incluye los objetivos de calidad del centro, referenciados como objetivos estratégicos (12), que están alineados con las líneas (6) y objetivos estratégicos (16) de la UAB, como consta en el MC (tabla 7) y en el informe de gestión del centro (seguimiento de la política de calidad). A partir de los objetivos estratégicos de la FD se despliegan las acciones a realizar, las cuales tienen asignados uno o varios responsables (decano, vicedecanos, responsable de calidad-secretaría del centro, coordinadores, administración, etc.).

Los mecanismos de participación de los grupos de interés en la política y objetivos de calidad vienen detallados en la ficha del proceso PE01 (apartado 8.4). Dicho PR contempla la revisión y seguimiento de la política y los objetivos de calidad mediante el análisis de los indicadores y las acciones vinculadas.

*AM-1.2.1 Normalizar la denominación y las referencias a la documentación utilizada para la elaboración, revisión y seguimiento de la política y los objetivos de calidad y del SGIC*

De forma análoga a otros procesos y documentos (véase AM-1.5.1), en la documentación del sistema se identifican documentos y referencias a informes con diferente nombre que se utilizan para la elaboración, revisión, seguimiento y rendición de cuentas sobre la política y los objetivos de calidad: “106\_Informe política de calidad de la Facultad de Derecho 2021”, cuyo título interno es “INFORME DE GESTIÓN DE LA FACULTAD [sic] DERECHO” y que se entiende ha de corresponder con el output del PR PE01 “PE01\_OUT03 Informe de revisión del centro”, ya que en su apartado 1 se trata el “Seguimiento de la política de calidad de la Facultad”. Tras la visita previa se confirma que este documento pretende integrar, además, la revisión del SGIC a nivel de sistema y procesos. Se debería normalizar la denominación de estos documentos, actualizando las referencias a los mismos en toda la documentación del SGIC para facilitar su identificación de forma unívoca.

*RE-1.2.1 Mejorar el grado de concreción de los objetivos estratégicos y/o de las acciones establecidas para su logro, identificando claramente la vinculación entre objetivos del centro y líneas estratégicas de la universidad*

La definición de algunos objetivos estratégicos (de calidad) del centro o de las acciones asociadas que se han de implementar, pueden resultar ambiguas o muy genéricas, lo que dificulta su seguimiento efectivo a través de la medición del nivel de cumplimiento y la identificación de su posible contribución a la estrategia del centro y la universidad. Así, la vinculación entre algunos objetivos del centro con las líneas estratégicas de la UAB podría especificarse con mayor claridad. Por ejemplo, si se considera que el objetivo de la facultad “2.2. Dinamització de la vida comunitària de la facultat de Dret” puede contribuir a desplegar la línea estratégica de la universidad “2.2. Reforçar un ecosistema innovador i emprendedor a la UAB”, se podría explicitar en mayor medida para que la identificación de las relaciones entre ambos elementos sea más sencilla y directa. Se recomienda valorar si resulta necesario actualizar la redacción de los objetivos estratégicos del centro y/o de las acciones a realizar, de forma que sean más específicos, medibles y realistas, facilitando un seguimiento, revisión y mejora más efectivo de su cumplimiento y contribución a las líneas estratégicas de la UAB.

*RE-1.2.2 Mejorar el diseño y presentación de la información contenida en el informe de la política de calidad del centro*

En el informe de gestión de la FD, documento denominado “106\_Informe política de calidad de la Facultad de Derecho 2021”, se realiza el seguimiento de la política de calidad (apartado 1). El estado de cumplimiento de los objetivos y acciones por línea estratégica se presenta en diversas tablas, al final de las cuales se hace una valoración general. No obstante, debido al volumen de información que contiene y al formato de presentación en tablas (disposición vertical), el documento no permite una visualización clara de la información. Se recomienda mejorar la presentación de la información que contiene el informe, fundamentalmente la que se incorpora en las tablas (diseño, formato, simplificación...), para que pueda utilizarse como un medio de comunicación más efectivo del cumplimiento del plan estratégico.

### **(1.3) Coherencia del mapa de procesos respecto a los procesos implantados y las interrelaciones definidas entre ellos.**

*Se cuenta con un mapa de procesos actualizado que contempla todos los procesos del SGIC. Los procesos del SGIC implantados están generalmente vinculados, según lo*

***descrito en el mapa. Aun así, se observa alguna incoherencia en la relación entre procesos. (Suficiente)***

El MC incorpora un mapa de procesos que establece la vinculación entre los procesos que constituyen el SGIC-FD (apartado 3.2). La interrelación entre los PR resulta clara e intuitiva y se representa de forma lógica y ordenada. Cada proceso se describe con un documento (ficha del PR), que consta de una estructura común y que contiene a su vez un diagrama de flujo. Tanto el mapa como las fichas se publican como documentos independientes en la web del centro.

En el mapa de procesos se presentan los PR del SGIC clasificados en tres categorías: procesos estratégicos (5), clave (11) y de soporte (11) identificados mediante un código de colores, indicando las interrelaciones individuales o grupales entre ellos.

Así mismo, teniendo en cuenta el despliegue de los PR del SGIC marco y su adaptación al centro, se agrupan en tres grandes bloques: los procesos que se consideran completamente adaptados (17), los del marco VSMA que se aplican a todas las titulaciones de la UAB (4) y los transversales (7) que tienen un alto nivel de centralización y, por tanto, un margen de actuación limitado por parte del centro, que suele detallarse en la ficha de los PR. Se identifica una posible discordancia en la clasificación del PR PS08, dado que en el MC (apartado 3.2) se considera tanto como un PR de carácter transversal como completamente adaptado, aspecto que debería aclararse (véase **RE-1.1.1**, **RE-1.3.2** o **AM-1.5.1**)

El mapa de procesos se revisa anualmente, al formar parte del MC del SGIC-FD. Se constata la reciente revisión de la mayor parte de los PR del sistema que incluye tanto la actualización del mapa como su incorporación en el MC (2021-2022). Entre otros cambios, se ha reflejado la división de varios procesos del modelo marco del SGIC en varios subprocesos para adaptarlos a las características del centro: gestión de TFG (PC03b) y prácticas externas (PC03a); gestión de recurso materiales (PS03) y servicios (PS11)

*AM-1.3.1 Actualizar la denominación y el alcance de algunos procesos para ajustarlos a la realidad (PC06, PC08)*

Se detectan algunas incongruencias en la denominación y/o el alcance de la versión vigente de algunos PR, fundamentalmente en aquellos que tienen prevista una actualización como acción de mejora tras su revisión. Así, por ejemplo, en el informe de gestión del centro (apartado 2) se indica que, en respuesta a uno de los objetivos estratégicos del centro relacionado con la internacionalización, “el proceso PC06 Gestión de la movilidad del alumnado, PAS y PDI recoge a todos los colectivos de la Facultad en un solo proceso, puesto que se considera que las políticas de internacionalización son claves en su conjunto y no pueden separarse por colectivos”. Sin embargo, en la denominación del PR, así como en el objeto y alcance (apartados 1 y 2), solo se hace referencia a la movilidad de los estudiantes, no al PDI y PAS. De forma análoga, crea confusión la afirmación recogida en el mismo informe sobre la división del PR de modificación y extinción (PC08), cuando el cambio es una previsión o propuesta de mejora que aún no se ha implementado. Se debe garantizar que la denominación y el alcance de los PR se ajustan a la versión vigente, realizando la actualización en la documentación del sistema, sólo cuando la nueva versión del PR esté consolidada.

*RE-1.3.1 Identificar la versión del mapa de procesos en su formato de documento independiente publicado en la web del centro, para garantizar su trazabilidad*

El mapa de procesos se encuentra publicado como documento individual en la web del centro. No obstante, en dicho documento no consta información sobre la versión del mapa, su fecha de actualización o cualquier otra información que permita identificar si se trata de la versión vigente del documento que, se entiende, ha de ser coincidente con la que aparece en el MC (apartado 3.2). Se recomienda incorporar al documento del mapa de procesos la versión y/o fecha de la última actualización para facilitar su trazabilidad.

*RE-1.3.2 Detallar en mayor medida la interrelación entre los procesos del SGIC a nivel de la UAB y del centro*

En línea con lo comentado sobre la cadena de responsabilidades del SGIC (véase RE-1.1.1), la relación entre los PR de carácter transversal del centro y los del modelo marco, vienen detallados en las fichas correspondientes. En el apartado 3 de algunos PR se describe de forma general que las propuestas de mejora que afecten al “proceso marco” deben comunicarse al responsable de la universidad que corresponda (véase PS09, PE04...). No obstante, en otros, como el PR de revisión y mejora del propio SGIC (PE02), no se detecta ninguna referencia a los mecanismos utilizados para coordinar las actuaciones entre los dos niveles si, por ejemplo, como consecuencia de la revisión del SGIC-FD los cambios que se implementen pueden afectar de alguna manera al SGIC marco y viceversa. Únicamente en el diagrama de flujo y desarrollo del PR PE02 se identifica la intervención de la oficina de calidad de la UAB (OQD), que presta soporte para verificar la adecuación del SGIC-FD al modelo marco. Sin embargo, en la respuesta al informe previo se constata que, en la práctica, se realizan diversas actividades de formación y coordinación entre ambos niveles, aunque no queden reflejadas en la documentación. Se recomienda detallar, sistematizar y explicitar en mayor medida los mecanismos de coordinación entre los PR de revisión y mejora del SGIC en ambos niveles en particular y del sistema en general, para clarificar su interrelación en ambos sentidos.

*RE-1.3.3 Revisar y actualizar la referencia al “Manual de Procesos” en el MC del SGIC, ya que no existe como tal*

En el MC (apartado 3.2) se hace referencia a que el “Manual de procesos se ha desarrollado tomando como hilo conductor las directrices del programa AUDIT”. Tras la revisión de la documentación y durante las entrevistas se constata que no existe un manual de proceso como tal. Los procesos se describen de forma general en el MC y en el mapa de procesos, y su desarrollo se detalla en las fichas de cada PR publicadas en la web. Se recomienda revisar y actualizar esta referencia en el MC, adaptándola a la realidad.

#### **(1.4) Vinculación del SGIC con las dimensiones del programa AUDIT.**

***El SGIC implantado responde muy adecuadamente a las dimensiones del programa AUDIT. (satisfactorio)***

***Se garantiza el desarrollo de los programas formativos. (suficiente)***

***Valoración global: Suficiente***

La universidad dispone de un SGIC marco, aplicable a todos los centros de la UAB, cuyo diseño obtiene la [evaluación favorable en noviembre de 2010](#) siguiendo las directrices del

programa AUDIT. A partir del modelo marco se despliegan e implantan los SGIC de los centros, permitiendo adaptarlos a sus características y especificidades, dentro del ámbito de competencias y actuación que le son propias.

El SGIC-FD, con diseño favorable de noviembre de 2010, se desarrolla tomando como referencia los criterios y directrices del programa AUDIT, como puede comprobarse en el MC (apartado 3.2). Concretamente, en la tabla 6 se detalla la relación entre los PR del sistema y las directrices (criterios) AUDIT. Así mismo, en la documentación facilitada por el centro, también se dispone de unas tablas que establecen la correlación entre los estándares y directrices para el aseguramiento de la calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior (ESG, 2015), las dimensiones de certificación del SGIC de AQU y los PR del SGIC-FD, lo que facilita la visualización directa de la correspondencia entre modelos.

Se constata la implantación del SGIC-FD, dado que se observa que se realiza una revisión del sistema y de sus procesos que permite valorar el grado de consecución de los objetivos previstos, a partir de la cual se implantan acciones de mejora. No obstante, se considera que es necesario un periodo de implantación efectiva más amplio para que el sistema alcance el nivel de madurez adecuado y se constituya en una herramienta de mejora continua cada vez más eficiente y sistemática (véanse **AM-1.2.1**, **AM-1.3.1**, **AM-1.5.1**, **AM-1.5.2...**)

#### **(1.5) Sistema de gestión de la documentación del SGIC.**

***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)***

La gestión documental del SGIC-FD, su composición y funcionamiento, se describe de forma general en el MC (apartado 3.5) y en el Manual del SGIC marco de la UAB (apartado 3.6). Contempla los documentos estratégicos de la facultad, el manual del SGIC, los procesos e informes que engloban el SGIC (procedimientos, *inputs*, *outputs*, indicadores, informes de revisión y mejora del proceso), los indicadores generados, el plan de mejoras (PM) de la facultad, la planificación de la revisión de los procesos del SGIC, y el espacio de trabajo de los coordinadores de titulaciones, el equipo decanal y la gestión de la calidad.

Se implementa fundamentalmente mediante un sistema de carpetas compartidas en la nube ("OneDrive"), solución corporativa de la UAB que se utiliza en la actualidad en sustitución de la anterior ("Nébula Repositori"), medida que tuvo que adoptarse tras el reciente ataque informático que sufrió la universidad.

La solución adoptada ("OneDrive") se utiliza como repositorio documental principal del sistema, permitiendo almacenar las evidencias generadas por los PR y los documentos asociados al SGIC-FD. Cada propietario/responsable de procesos, en su ámbito de actuación, se encarga de garantizar la documentación que gestiona (control de versiones, accesibilidad...). Además, el centro dispone de otros sistemas para depositar y custodiar parte de la documentación de los PR, fundamentalmente aquellos que no son públicos (acceso restringido) o están en otros soportes, sea el caso del archivo físico o la unidad de red del decanato (intranet), tal y como se detalla en el informe de revisión del PR PC09.

El acceso a estos sistemas es restringido, salvo los documentos publicados en la web. En la documentación compartida por el centro, se comprueba que existe una organización

sistemática en las carpetas que corresponden a cada PR; agrupados por tipología, contienen la ficha del PR, el informe de revisión y el PM vigente, así como las versiones anteriores. Otras carpetas y ubicaciones presentan la documentación menos estructurada (“1\_Manual del SGIC” y “0\_Documentos de gestión” del centro). En general, se puede acceder de forma sencilla a la última versión de cada documento.

El SGIC cuenta con un PR para la gestión documental (PC09), cuyo alcance comprende la documentación generada por el sistema. El proceso establece las acciones para “ubicar, preservar, publicar y gestionar la documentación” asociada al SGIC, el formato de codificación según el documento o información (relacionado con los apartados 4, 5 y 7 de las fichas de los PR), procedimiento de mejora, tramitación de la modificación, comunicación y publicación de las versiones vigentes, custodia, etc.

#### *AM-1.5.1 Mejorar el cumplimiento del procedimiento de gestión documental establecido en el sistema*

Se identifican algunos documentos que parecen no cumplir completamente con el procedimiento formalmente establecido para gestionar el ciclo de vida de la documentación del SGIC, ni contienen toda la información requerida. Se detallan algunos ejemplos:

- Algunos documentos no llevan la “información de portada” que se establece en el manual y en el PR PC09 (mapa de procesos...)
- En la carátula de los PR no se identifica al responsable de “introducir el documento en el sistema”.
- La denominación de algunos documentos facilitados por el centro difiere de la establecida en la ficha de los PR (apartados 4 y 5)
- De forma general, se detecta que la denominación de los documentos no es unívoca, sino consecutiva (intra-PR), esto es, un mismo documento se denomina y/o codifica de forma diferente dependiendo del PR del que forme parte (Manual del SGIC-FD: PE02-Out03, PC09-Out01...)
- Se observa que en el caso de algunos procesos (P03, PC07, PC08...) hay una versión v0, correspondiente al diseño inicial, y que se recoge en la carpeta compartida (OneDrive) de versiones anteriores, pero que no está identificada en el resumen de revisiones de la versión más actual del proceso (en 2021)

Se deben implementar actuaciones que garanticen el cumplimiento efectivo del procedimiento de gestión documental establecido en el SGIC. Además se ha de homogeneizar la denominación y codificación de la documentación del sistema (*outputs, inputs...*), principalmente en la ficha y diagrama de flujo de los procesos, así como del versionado de los mismos.

#### *AM-1.5.2 Revisar y actualizar el contenido de los PR y documentos del SGIC, subsanando erratas y adaptándolos a la nueva normativa (PC09, PC10, MC...)*

La versión del PR PC09 publicada en la web y facilitada por el centro parece no ser la vigente, aunque ya se ha actualizado tras la visita previa. Entre otros aspectos, se detectan algunas posibles erratas: en la tabla del apartado 5 (documentación generada), la última columna se

denomina “gestión” cuando en el resto de PR es el “responsable”; el título del apartado 8.1 de la ficha del PR hace referencia al “SGIC marco de la UAB”, cuando en su contenido se detalla tanto a nivel de centro (SGIC-FD) como a nivel de universidad; en el documento “106\_Correspondència dimensions de certificació vs processos SGIQ Dret 2010.pdf”, dentro de la tabla, se hace referencia a otra facultad “PROCESSOS SGIQ **FACULTAT DE CIÈNCIES POLÍTIQUES I SOCIOLOGIA**”. En la ficha del PR PC10 (apartado 8.1), se indica que los másteres se deben acreditar antes de 4 años, cuando actualmente se ha establecido en 6 años. Por otra parte, sigue apareciendo “Nébula Repositori” como repositorio documental (ubicación) de parte de la documentación del sistema, pero la herramienta ha sido recientemente sustituida. En general, se debe revisar el contenido y la versión consolidada de los PR, garantizando que se gestiona y publica en la web la versión definitiva, que la normativa aplicada es la vigente (véase RD 822/2021, entre otros), la ubicación de la documentación está actualizada y que se subsanan las posibles erratas en la redacción.

#### *RE-1.5.1 Impulsar las actuaciones relacionadas con la sistematización y automatización del sistema de gestión documental y/o gestión por procesos del SGIC*

Tras la revisión documental y las entrevistas realizadas, se constata que las tareas de gestión documental se realizan, al menos en parte, de forma manual (flujo de trabajo, versionados, etc.), encargándose fundamentalmente los responsables de gestión de cada proceso y del SGIC. No se utiliza ninguna herramienta de soporte o funcionalidad que facilite la gestión del ciclo de vida de los documentos, mediante un flujo de trabajo automatizado y/o guiado. En este sentido, durante las entrevistas se informó que la universidad se encuentra en proceso de licitación de una solución informática de soporte para la gestión de los SGIC de centros de la UAB. En línea con esta medida y con la propuesta de mejora 107, se recomienda impulsar las actuaciones relacionadas con la automatización y/o simplificación de tareas y procesos, con el objetivo de mejorar la eficiencia del sistema y la trazabilidad de la documentación generada.

#### *RE-1.5.2 Detallar la ubicación de la documentación asociada de cada proceso (inputs)*

En el informe de gestión del centro de 2022, en el apartado 2 de revisión de los PR, se indica que “*el proceso de revisión ha sido de mucha utilidad también para estandarizar y fijar la **ubicación** tanto de la documentación de referencia (INPUT) como la generada en cada proceso (OUTPUT)*”. Sin embargo, en el apartado 4 de las fichas de PR (documentación asociada *inputs*) no se registra la ubicación específica de la documentación asociada (*inputs*), algo que sí aparece en la documentación generada (*outputs*). Se recomienda implementar esta acción de mejora de forma efectiva, incorporando la ubicación actualizada de cada *input*, al menos, de aquella que no esté hipervinculada a la web. En otro caso, se recomienda revisar y aclarar esta afirmación en próximos informes de revisión.

#### *RE-1.5.3 Valorar la incorporación de algún indicador asociado al proceso de gestión documental (PC09)*

Se detecta que el PR PC09 de gestión documental no incorpora ningún indicador que permita medir su desempeño o contribución a los objetivos y resultados del SGIC. Se recomienda valorar la posibilidad de incorporar algún indicador, viable y útil, que permita realizar un seguimiento del funcionamiento y rendimiento del PR y/o de su contribución a la implantación efectiva del sistema (véase RE-1.6.1)

## **(1.6) Sistema de gestión de la información.**

*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. (Suficiente)*

*El sistema de gestión de la información permite un fácil acceso a los datos e indicadores para los distintos grupos de interés. (Satisfactorio)*

*Valoración global: Suficiente*

El sistema de información de la universidad, gestionado de forma centralizada, está integrado por varias herramientas (DATA-Datawarehouse, DATADASH-Visualizador de informes, SIQ-Sistema de Indicadores de Calidad para el seguimiento de los títulos...). Los datos e indicadores generados por estas herramientas, accesible a los usuarios según su perfil, permite a los propietarios y responsables de gestión en su ámbito de actuación, analizar, controlar, revisar y mejorar el desempeño de los PR del SGIC y el desarrollo de los programas formativos. Es de destacar la alineación de los indicadores de los PR con los objetivos estratégicos establecidos en la FD que se identifican claramente en la tabla (cuadro) de indicadores del centro en el que se integran.

La fiabilidad de los datos e información generada está garantizada. Prueba de ello es la integración de BBDD de organismos externos y, a su vez, la utilización que otros sistemas de información de carácter oficial hacen de los datos facilitados (Datawarehouse: UNEIX, CRUE y SIIU), por lo que cumple con las exigencias y requisitos de validación establecidos por otras administraciones o entidades públicas (el ministerio con competencias en universidades, la Generalitat de Catalunya...).

La información más relevante generada por el sistema de información, se publica mediante la web del centro, en el apartado de "[SGIC de la Facultad](#)", canal principal de los grupos de interés para acceder de forma directa a la documentación del SGIC (MC, Mapa de Procesos, cuadro de indicadores, planes de mejora... ), a los informes de evaluación de títulos y de centro (que incluyen multitud de datos e indicadores) y a otros resultados de fuentes internas ([Sistema de Indicadores de Calidad -SIQ-...](#)) y externas relativas a la satisfacción de egresados, inserción laboral, rendimiento académico, etc. ([EUC-AQU](#), [EUC-DATOS](#), [EUC INFORMES AQU...](#)). Cabe destacar la facilidad de acceso a la información disponible en el espacio web sobre el seguimiento de las titulaciones.

*RE-1.6.1 Continuar el proceso de revisión y mejora del sistema de indicadores del SGIC, revisando la pertinencia, tipología y utilidad de algunos indicadores vinculados a los procesos*

Se observa que en algunos procesos aún predominan los indicadores de procesos (operacionales, centrados en el desempeño del PR), con una menor presencia de indicadores de resultados (claves, estratégicos, centrados en el desempeño de títulos/sistema/centro/universidad). En este sentido, se recomienda continuar realizando una revisión y mejora continua del sistema de indicadores para:

- Ajustarlo a las necesidades del centro y la universidad, reflexionando sobre la utilidad, pertinencia y relevancia de los indicadores establecidos para lograr los objetivos previstos.
- Garantizar la adecuación de los indicadores a los objetivos de cada PR, de forma que permitan medir su desempeño o contribución a los objetivos y resultados del SGIC:

cuantitativos vs. cualitativos, números absolutos vs. tasas/ratios, datos de evolución y nivel de desagregación, etc. (véase PR de inserción laboral, orientación a estudiantes...)

- Avanzar en la gestión y tratamiento automatizado del sistema de indicadores del SGIC.
- Para los procesos con un mayor carácter transversal, considerar el establecimiento de indicadores comunes al resto de centros de la UAB, que faciliten la comparación y el seguimiento del cumplimiento de los objetivos previstos (véase marco VSMA)
- Valorar la creación de una ficha técnica para cada indicador, con información detallada (definición, forma de cálculo, metas a alcanzar...), más allá de la información incorporada en la tabla de indicadores (“Descripció indicador i valors acceptats”).

### **(1.7) Existencia de evidencias sobre la eficiencia de los procesos, y análisis y mejora periódica del SGIC.**

*La información que se deriva de los procesos del SGIC, basada en datos e indicadores, permite una toma de decisiones eficiente para garantizar la calidad de las titulaciones. (Satisfactorio)*

*La revisión periódica del SGIC da lugar a un plan de mejora. Éste aborda únicamente los aspectos más relevantes, aunque de forma estructurada. (Suficiente)*

*Valoración global: Satisfactorio*

El SGIC-FD dispone de un proceso de carácter estratégico encargado de la definición, despliegue y seguimiento del sistema (PE02) que establece la sistemática que se debe aplicar en la revisión y mejora del SGIC. La implementación de este proceso deriva en la elaboración de un informe de revisión del SGIC, de carácter anual, que integra la revisión de los procesos y del MC, así como de la política y los objetivos de calidad (estratégicos) en el último informe. Se identifica la realización de la revisión del MC (2015, 2018, 2021) y, en general, una revisión de los procesos desde su diseño inicial en 2010, con versiones del 2015 (cuando se implanta en la FD), 2018 y 2021.

A partir del informe de revisión del SGIC (2017-18 y 2021-22), se puede concluir que existe una toma de decisiones basada en la información generada en los procesos del SGIC. Prueba de ello es que se cuenta con un documento (plan de mejora -PM-) que resume todas las acciones de mejora generadas en la gestión del sistema, bien integrado dentro del propio informe (revisión del 2017-18), bien como instrumento (documento) independiente (revisión del 2021).

Es de destacar la sistemática implementada en la revisión y mejora de los PR del SGIC, que se desarrolla en dos niveles. A **nivel de proceso**, se analiza la información disponible, como se constata en el informe de revisión (ficha, indicadores...). Como resultado, en la mayoría de los casos, se genera un **PM del proceso**. A **nivel de centro**, se integran las revisiones realizadas en los PR del SGIC junto con el resto de información y resultados generados en los procesos de evaluación y mejora que se desarrollan o en los que participa la FD (informe de seguimiento del centro que integra el de titulaciones, informes de acreditación, informe de revisión del SGIC, seguimiento de objetivos estratégicos del centro...). Como resultado,

igualmente, se implementan acciones para su mejora como parte del **PM** desarrollado a nivel de **centro-titulación**.

Las actuaciones integradas en el PM del centro-titulación, en su última versión, se identifican mediante códigos únicos que facilitan la trazabilidad (FAC y propuesta) e incluyen diversos campos con información adicional de cada acción (fecha, estándar, proceso, origen, curso, diagnóstico, objetivos asociados, prioridad, responsable, plazo inicio-fin, indicadores de la acción, implica modificación SI/NO, estado y observaciones).

La gestión de los planes de mejora se realiza de forma manual, mediante hojas de cálculo, lo que permite realizar cierto tratamiento a la información incorporada y establecer una estructura uniforme. No obstante, en línea con lo detallado en la **RE-1.5.1**, se considera que el centro tiene un amplio margen de mejora para lograr una gestión más eficiente de los PM, sostenible en el tiempo y que permita explotar información de utilidad para el sistema.

En cuanto a la Política de Calidad y Objetivos de calidad (estratégicos) de la facultad, la última actualización se realiza en el 2021, al realizarse junto con la revisión del SGIC-FD (véase informe de gestión del centro). Los objetivos estratégicos llevan asociadas acciones de mejora que, en principio, no se incorporan al PM del centro, por lo que el seguimiento y la revisión de ambos no están integrados.

#### *RE-1.7.1 Concretar y normalizar en mayor medida la documentación que forma parte del proceso de revisión del SGIC*

Tras la revisión de la documentación y las aclaraciones aportadas en la visita previa, se identifica que la revisión del SGIC se realiza en dos niveles: a nivel de sistema, mediante el Informe de política de calidad de la facultad que, a su vez, incluye la revisión de los PR del SGIC, del marco VSMA y el PM del centro; y a nivel de proceso, mediante el informe de revisión individual y el PM individual de cada proceso que, a su vez, se integra en la revisión del nivel de sistema. No obstante, esta identificación no es directa. En línea con el área de mejora AM-1.2.1, se recomienda establecer los documentos que se utilizan para la revisión del sistema, normalizando su denominación, describiendo la relación entre los mismos y, en su caso, detallando la integración en documentos generales, con el objetivo de facilitar su identificación de forma unívoca.

#### *RE-1.7.2 Mejorar la presentación y facilitar la comprensión del Plan de Mejora*

Se considera que la interpretación de algunos parámetros incluidos en el plan de mejora puede ser complicada o generar confusión, sobre todo para los grupos de interés no familiarizados con el instrumento. En línea con lo adelantado en el informe de revisión del PR PC09, en la propuesta de mejora 109, se recomienda describir en mayor medida el significado de los campos que se incorporan en las tablas, con el objetivo de facilitar su comprensión y poner en valor la importancia de la información que generan y su utilidad, por ejemplo, en cuanto a la trazabilidad de las actuaciones realizadas y el impacto de los resultados obtenidos.

## 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

La universidad dispone de un conjunto de procesos asociados al Marco VSMA (verificación, seguimiento, modificación y acreditación), con un marcado carácter transversal, que se despliegan a nivel de centro. De una manera directa, los procesos que rigen las actuaciones institucionales en relación con el diseño, revisión y mejora de las titulaciones, y sus correspondientes procesos de evaluación, son los siguientes:

- PE03. Creación y diseño de nuevas titulaciones. Mapa de titulaciones
- PC07. Seguimiento, evaluación y mejora de las titulaciones
- PC08. Modificación y extinción de titulaciones
- PC10. Acreditación de titulaciones

Así mismo, se cuenta con otros procesos relacionados con la mejora de los programas formativos y, por tanto, asociados con los procesos del marco VSMA:

- PS05. Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones.
- PS06. Satisfacción de los grupos de interés.
- PS08. Información pública y rendición de cuentas.

Para la evaluación de la dimensión, el CEE-SGIC ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con estos procesos, así como las evidencias derivadas de la visita externa

### **(2.1) Definición de la cadena de responsabilidades en los procesos de diseño, revisión y 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)***

Las responsabilidades de los distintos PR aparecen claramente detalladas, tal como se comenta en el estándar 1.1. En concreto, el núcleo de las actividades relacionadas con los procesos del Marco VSMA se desarrollan por parte de diferentes responsables a nivel de centro, actuando como propietarios o responsables de gestión: el vicedecano de Calidad Docente como propietario del PR de verificación (PE03), seguimiento (PC07) y acreditación (PC10); el vicedecano de Ordenación Académica, propietario de la modificación y extinción de títulos (PC08); con la gestora de calidad como la responsable de gestión de todos los PR del marco VSMA. Además, intervienen otros cargos y órganos del centro en aquellas tareas o funciones que tienen encomendadas.

El carácter transversal de los procesos del marco VSMA se establece mediante la participación de los responsables institucionales de la universidad. Sea el caso de la Oficina de Calidad Docente de la UAB (OQD) que, entre otras funciones, es la encargada de la comunicación con los responsables del centro y la tramitación ante los órganos y comisiones de la universidad, así como ante la agencia de calidad (AQU); el equipo de gobierno de la UAB, que es el último responsable de la evaluación de la oferta educativa de la universidad, mediante la intervención de los vicerrectorados con competencia en calidad, acreditación, programación académica y estudios e innovación.

Por otra parte, la interrelación entre ambos niveles de actuación y responsabilidad se describe, de forma genérica, principalmente en el apartado 8 del desarrollo del PR y en el flujograma. En este sentido, para mejorar la coordinación entre niveles y la sostenibilidad en el tiempo de los trabajos desarrollados en el centro, se valora favorablemente la figura de la “gestora de calidad”, una persona con perfil técnico, responsable de la gestión de la documentación, el mantenimiento de los indicadores, la detección de áreas de mejora y la revisión periódica del proceso.

En base a la información revisada y recabada durante la visita, se considera que, en general, la toma de decisiones y su coherencia con las responsabilidades establecidas es adecuada.

*RE-2.1.1 Clarificar el papel de la Comisión de Calidad del Centro (CCC) en los procesos del marco VSMA, teniendo en cuenta el nivel de complejidad y eficiencia de las estructuras de calidad de la facultad*

Tal y como se describe en la dimensión 1 (estándar 1.1), el MC establece que la CCC es el órgano “responsable de realizar el seguimiento del SGIC y PAT de la Facultad de Derecho” y de “aprobar, revisar, coordinar” los informes de seguimiento del SGIC, del centro y **de titulaciones**, así como de “participar” en las actuaciones de mejora de la calidad de la docencia en general. Según sus funciones, se observa que ha de “participar en la elaboración de propuestas para la mejora de **calidad de la docencia** y todas las tareas en relación con la **calidad docente**”. Sin embargo, no se detecta su intervención en los PR del marco VSMA de forma explícita y directa. Sí intervienen varios de los miembros de la CCC: coordinadores de titulación, responsable de calidad, como presidenta del CAI de acreditación, decano, gestora de calidad, etc. Se recomienda revisar las funciones y las actividades en las que participa la CCC, ajustándolas a la realidad y procediendo a su actualización en la documentación del SGIC.

En ese sentido es necesario valorar si su intervención de forma directa como órgano central de la “calidad del centro” se considera útil para el SGIC-FD sin añadir otro nivel de complejidad. Para ello se recomienda tener en cuenta la estructura y división de funciones actual: Equipo Decanal y Junta de Facultad vs. CCC; vicedecano de Calidad Docente (marco VSMA) vs. responsable de Calidad del Centro (SGIC), así como la creación de la “Comisión Docente” de la FD (propuesta de mejora 95) en la que participan muchos de los integrantes de la CCC. En todo caso, se recomienda apostar por los principios de eficiencia, simplificación y utilidad práctica de las estructuras y mecanismos de calidad del centro.

**(2.2) Acciones relacionadas con el diseño, la revisión y la mejora de los programas formativos respecto al Marco VSMA y los procesos del SGIC y el desarrollo de los programas formativos.**

*Todas 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)*

Se constata que el centro tiene implantados procesos para el diseño, la revisión y la mejora de los programas formativos y, si procede, su extinción. El conjunto de actuaciones relacionadas con la evaluación de titulaciones se despliega en el centro atendiendo a los PR establecidos de acuerdo con las fases del marco VSMA. Este aspecto se evidencia a través de los resultados del proceso de acreditación (PC10), dado que todos los títulos del centro han renovado su evaluación con el sello de acreditación “en progreso hacia la excelencia” en 2016 (que aún mantienen los Grados), aunque en 2019 los másteres obtuvieron el de “acreditación favorable”. No obstante, se identifica que el centro ha establecido propuestas de mejora con el objetivo de intentar volver a obtener el sello inicial, por ejemplo, mejorando los mecanismos de coordinación para el intercambio de buenas prácticas, lo que demuestra el adecuado desarrollo del sistema para mejorar los programas formativos. Prueba de ello es que prácticamente no se establecen recomendaciones por parte de las comisiones de evaluación de AQU (salvo dos másteres: MU en Abogacía en la acreditación del 2020 y el interuniversitario MU Estudios de Mujer, Género y Ciudadanía en 2018), evidencia de unos resultados satisfactorios.

Respecto a los resultados académicos de las titulaciones, se comprueba que, salvo algunas excepciones, las previsiones establecidas en la memoria de verificación/modificación vigente (MV/MM) (apartado 8. Resultados previstos) se han cumplido. Por ejemplo, la tasa de **rendimiento** de los títulos de grado muestra una evolución positiva en los últimos cursos, destacando el Grado en Criminología (>94% en los últimos 3 cursos), mientras que los másteres se sitúan en valores muy altos (>90-95%), destacando el MU en Abogacía con rendimientos cercanos al 100%.

El comité reconoce como evidencias de las fortalezas del sistema, la voluntad continuada del centro por impulsar nuevos planes formativos que se amoldan a las preocupaciones de la realidad social, jurídica y técnica de su entorno, intentando adecuar la oferta formativa a las nuevas demandas. Se valora positivamente el esfuerzo de innovación y cooperación que supone llevar a cabo las propuestas de títulos de carácter multidisciplinar en áreas temáticas que son punteras en la actualidad, y que, además, han tenido éxito en su incorporación como titulaciones de la institución (itinerarios y/o doble Grado en Derecho y Relaciones Internacionales, propuesta de Grado en Inteligencia Artificial con la Escuela de Ingeniería, Máster en Mediación Familiar con la Facultad de Ciencias de la Educación, etc.).

*RE-2.2.1 Normalizar las referencias a los mecanismos de seguimiento (a nivel de centro y de título) y a la estructura de la documentación que se genera en el proceso*

En la documentación revisada se hace referencia tanto a los mecanismos de seguimiento a nivel de titulación, como a nivel de centro. En el PR PC07 se detecta que los informes de seguimiento de los centros (ISC) integran a su vez el contenido de los documentos (informes) de seguimiento a nivel de titulación (DST). No obstante, en otros documentos esta estructura no queda reflejada de forma clara y se describen ambas actividades de forma independiente sin indicar la relación entre ellas, lo que puede inducir a confusión. Sea el caso del informe de gestión de la facultad (denominado “106\_Informe política de qualitat de la Facultat de Dret 2021\_ES”), que en su apartado 3 hace referencia al seguimiento anual de

las titulaciones y en el párrafo siguiente indica que la facultad también elabora un informe de seguimiento del centro a nivel de facultad para realizar una valoración global. Se recomienda revisar las referencias que se realizan sobre el seguimiento a nivel de título y centro, clarificando que el seguimiento de los títulos de la facultad se integra en un único informe a nivel de centro.

### **(2.3) Recogida de 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)*

El SGIC-FD cuenta con procesos que permiten recabar y facilitar la información necesaria para hacer un seguimiento efectivo de los programas formativos, como elemento base para su mejora continua (PS05: Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones; PS06. Satisfacción de los grupos de interés; PS08. Información pública y rendición de cuentas...). Prueba de ello es la información que se publica en la web (centro: apartado "[Sistema de Garantía Interna de Calidad](#)"; universidad: "[Calidad Docente](#)") o la documentación generada por el sistema (tabla de indicadores, informes...)

Desde la **web** los grupos de interés pueden acceder de forma directa a la documentación principal del SGIC, a los resultados de los procesos de evaluación y seguimiento del centro/títulos y a los datos extraídos de **fuentes internas** relacionados con el rendimiento académico, la satisfacción, la evaluación docente, etc.

Es de destacar la herramienta SIQ, que facilita el acceso público a los datos e indicadores más relevantes de las titulaciones del centro y de la universidad en general, desagregando algunos indicadores a nivel de asignatura. Así mismo, también incluye los valores objetivo, establecidos en las MV/MM de los títulos del centro (tasa de graduación, abandono, eficiencia...), lo que facilita realizar un seguimiento efectivo de su evolución y cumplimiento. No obstante, se detecta que estas tasas no están establecidas como indicadores en los procesos del marco VSMA, siendo la mayoría de tipo operativo, aspecto que se recomienda valorar en línea con lo detallado en la **RE-1.6.1**.

Por otra parte, también se da acceso a información de **fuentes externas** relativas a resultados relacionados con la inserción laboral, satisfacción, acceso y matrícula, resultados académicos y profesorado, etc. ([EUC-AQU](#)). Destaca en este punto la utilidad que tiene disponer de información común para todo el Sistema Universitario de Cataluña (SUC), ya que permite realizar análisis comparativos.

El comité considera una fortaleza la implantación efectiva de las comisiones mixtas profesorado-alumnado en los grados de la facultad, como mecanismo para recabar información cualitativa de los estudiantes (delegados) relacionada con los programas formativos y su mejora continua. Disponer de un canal directo de comunicación entre los responsables del centro-títulos y los estudiantes es valorado favorablemente por todos los implicados, obteniendo resultados muy positivos, como se pudo comprobar durante la visita.

*AM-2.3.1 Actualizar los logos de los sellos de acreditación de los títulos publicados en la web del centro, incorporando los vigentes en cada caso*

Como resultado del proceso de renovación de la acreditación del 2019-20 al que se sometieron cuatro másteres del centro (no interuniversitarios), se obtuvo el sello de AQU de “Acreditación Favorable” en todos los casos. Esto implica perder los sellos “Acreditación Excelente” obtenidos en la primera acreditación del 2016. Sin embargo, se detecta que en la web del centro y las titulaciones se continúa publicando la imagen (logo) correspondiente al sello de acreditación de excelencia en lugar del sello vigente de acreditación favorable. Se debe revisar la web y garantizar que se publica el logo de los sellos que se encuentre dentro del periodo de vigencia que corresponda en cada caso, siguiendo los criterios establecidos por AQU al respecto.

#### **(2.4) Existencia de evidencias sobre el análisis y la mejora continua de los programas formativos.**

*El análisis de los programas formativos da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Dicho plan es completo y estructurado. (Satisfactorio)*

*Se lleva a cabo un seguimiento de los elementos más relevantes del plan de mejora. (Suficiente)*

**Valoración global: Suficiente**

Se identifican evidencias claras de la realización de un análisis y mejora de los programas formativos. Destaca la consolidación del PR PC07 (seguimiento) y el nivel de detalle del análisis que se realiza anualmente de las titulaciones en el informe de seguimiento del centro (DST-ISC), tanto de los resultados e indicadores del título, como de asignaturas, cumplimiento de los valores objetivo de la MV/MM, de las acciones de mejora comprometidas tras los procesos de evaluación externa, etc. Así mismo, se valoran las iniciativas surgidas del proceso de acreditación, como la de implementar las buenas prácticas detectadas en otras titulaciones (creación de la comisión de docencia) y PR del SGIC, que confirma la preocupación del centro por la mejora continua.

El PM incorpora las recomendaciones internas y externas propuestas como resultado de los procesos de evaluación de títulos (Marco VSMA) y contempla el seguimiento sistemático de las mismas. La renovación de la acreditación en términos favorable y las modificaciones oportunas que se han realizado en la mayoría de las titulaciones del centro, demuestran las mejoras incorporadas en los programas formativos (véase [RUCT](#) o sitio web del centro: Ficha titulaciones de [Grado](#) y [Máster](#)).

En general la estructura del PM se considera completa y estructurada. El PM permite identificar las acciones que se originan como resultado de los procesos de evaluación de título (seguimiento), las que son requeridas por AQU (acreditación) o las que surgen de la revisión del SGIC fundamentalmente, lo que facilita su seguimiento con las salvedades detalladas en la **dimensión 1** relacionadas con la mejora de la gestión (eficiencia, automatización, visualización) y comprensión de los PM (véase **RE-1.5.1** y **RE-1.7.1**).

### C3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado

---

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

---

Implantación parcial

Implantación suficiente

Implantación avanzada

---

El centro dispone de un conjunto de procesos asociados a los sistemas de apoyo a la enseñanza-aprendizaje y orientación al alumnado. De una manera directa, los procesos específicos que rigen las actuaciones institucionales para favorecer los aprendizajes son los siguientes:

- PC02. Planificación y programación docente de las asignaturas
- PS04. Organización académica
- PC05. Evaluación de los estudiantes
- PC03.a Gestión de las Prácticas Externas
- PC03.b Gestión de los Trabajos de Fin de Estudios

A su vez, en el centro se despliegan otros procesos relacionados con el apoyo y orientación a los estudiantes vinculados a esta dimensión:

- PC01. Definición de perfiles de ingreso, graduación y acceso a los estudios
- PC04. Orientación al alumnado
- PS07. Inserción laboral de los estudiantes
- PC06. Gestión de la movilidad del alumnado

Para la evaluación de la dimensión, el CEE-SGIC ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con estos procesos, así como las evidencias derivadas de la visita externa.

#### **(3.1) Definición de la cadena de responsabilidades en los procesos de enseñanza-aprendizaje y 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, pero no siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos. (Suficiente)***

El SGIC-FD tiene implantados PR que permiten el diseño, desarrollo y mejora continua de los procesos de admisión y matriculación, la metodología de enseñanza y evaluación, las prácticas externas (PE) y movilidad, los trabajos fin de grado (TFG) y de máster (TFM), así como la orientación académica y profesional. La cadena de responsabilidades en cada uno de estos procesos está bien establecida, tal como se ha comentado en el estándar 1.1 (vicedecanos del ámbito de actuación de cada actividad como propietarios...)

Se constata que los diferentes procesos incluyen la participación de los grupos de interés a través de la representación en órganos de carácter colegiado, como la junta de facultad o las comisiones mixtas. En las entrevistas con los diferentes colectivos se ha podido comprobar que la facultad tiene una dinámica de trabajo que facilita la comunicación y la canalización

de la voz de los grupos de interés en los órganos de gobierno del centro, lo cual facilita el buen funcionamiento de los procesos de enseñanza-aprendizaje.

Se identifican algunas discrepancias en relación con los propietarios y responsables que se establecen en el MC y la ficha del correspondiente proceso, por ejemplo en el caso del PR PC02 (responsable de Planificación Docente de la Gestión Académica Vs gestora de Programación Docente), lo cual dificulta conocer con certeza sobre qué agente recae la responsabilidad de gestionar el PR en cuestión (véase **AM-1.1.1**). En la misma línea, se debería asignar la propiedad y la responsabilidad de los procesos señalando a un único cargo, con independencia de que, en la actualidad, dicho cargo desarrolle más de una función en la estructura del centro sea el caso de los PR PC03b y PC04 (véase **RE-1.1.4**)

### **(3.2) Acciones relacionadas con la enseñanza-aprendizaje (pruebas de acceso y criterios de admisión, metodología de enseñanza, evaluación de aprendizajes, TFG, TFM, prácticas externas y movilidad) y el 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. (Suficiente)*

*Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos. (Satisfactorio)*

*Valoración global: Suficiente*

El centro cuenta con procesos para gestionar 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) a través de los PR indicados anteriormente.

Gracias al proceso de **organización académica** los grupos de interés tienen a su alcance toda la información necesaria sobre las titulaciones (acceso y admisión, matriculación, calendario académico, horarios y aulas, transferencia y reconocimiento de créditos, emisión de títulos y certificados...). Cabe resaltar que el centro recibe un número de solicitudes muy superior a la oferta de plazas de las titulaciones oficiales, lo que muestra el interés del alumnado en cursar los títulos impartidos en el centro. La FD difunde información y promociona sus actividades y titulaciones siguiendo un proceso específico con acciones enmarcadas en el plan de acción tutorial de la FD y de la UAB.

Las **guías docentes** (GD) contienen información completa, y se han elaborado teniendo en cuenta un modelo común que refleja los datos generales de la asignatura, la información sobre los objetivos, las competencias, los resultados de aprendizaje, los contenidos, la bibliografía, la metodología y actividades, y el sistema de evaluación. El **sistema de evaluación** indica el proceso y las actividades de evaluación programadas, con la indicación del valor asignado para cada actividad, el procedimiento de revisión de las calificaciones y de recuperación. De acuerdo con la normativa académica de la UAB, cabe destacar que el centro establece los criterios de evaluación, según los cuales se deben incluir, como mínimo, tres actividades evaluativas, de dos tipologías diferentes, distribuidas a lo largo del curso, y ninguna de las cuales puede representar más del 50% de la calificación final. Las GD pueden consultarse a través de la página web de la institución en formato trilingüe. Cabe mencionar la figura del coordinador de la GD como actor que garantiza su adecuación.

El sistema cuenta con mecanismos para garantizar que a través de las **prácticas externas** el conjunto de estudiantes lleva a cabo tareas que son propias del ámbito profesional. Se

destaca la posibilidad de realizar prácticas en entidades propuestas por los estudiantes, iniciativa que cuenta con una buena valoración por parte de estudiantes y responsables. Igualmente, el SGIC-FD tiene implantados los procedimientos necesarios para la asignación, supervisión y evaluación de los **TFG/TFM**, ejecución clave en los planes de estudios de las titulaciones oficiales. Las acciones de **movilidad** del estudiantado son coherentes con los objetivos de los planes de estudios y su planificación.

A partir de la documentación aportada por el centro y la información pública disponible para los grupos de interés, se observa que las acciones vinculadas con la enseñanza-aprendizaje se desarrollan de acuerdo con los procesos del sistema. La visita del CEE-SGIC ha permitido comprobar que las acciones previstas en los PR están encaminadas a favorecer el aprendizaje del estudiantado y su tutorización, así como el alineamiento de los objetivos del plan estratégico con los de la docencia.

#### *BP-3.2.1. Implantación y evaluación del nuevo modelo docente de la Facultad*

La FD ha procedido a la revisión del nuevo modelo docente (NMD) implementado en el centro (consistente en la creación de seminarios con un número reducido de estudiantes y la adopción de metodologías activas de aprendizaje principalmente) a través de la recogida y análisis de la opinión de los delegados del estudiantado y del profesorado implicado. También cabe destacar en papel de los seminarios impartidos en el marco del grupo de mejora educativa de la FD denominado INNOVA. La web del centro incluye un espacio específico para el NMD, en el que se pueden encontrar evidencias de estas actuaciones, tales como la guía para la implantación, el plan de seguimiento, el informe de seguimiento semestral del NMD, o los seminarios impartidos en el grupo INNOVA. Los resultados derivados del informe de seguimiento han permitido evidenciar una valoración positiva de los seminarios para mejorar el aprendizaje del estudiantado, y la existencia de aspectos a mejorar. El comité considera esta actuación como una buena práctica que denota la preocupación del centro por revisar y valorar los resultados de las nuevas metodologías centradas en el aprendizaje activo del estudiantado que se han implementado, permitiendo reflexionar sobre su desarrollo, establecer acciones de mejora, y potenciar la adquisición de competencias transversales por los graduados.

#### *BP-3.2.2. Implementación de metodologías activas de aprendizaje y mejoras en el seguimiento del TFG: TFG en modalidad de aprendizaje servicio*

Se detecta la implementación de actuaciones innovadoras y/o de mejoras que inciden de forma positiva en el desarrollo y resultados de los TFG. En el marco de la asignatura se ha incorporado una entrega parcial que permite realizar un mejor seguimiento del trabajo. En la web de la FD existe un apartado específico dedicado al TFG donde se evidencia un calendario e indicaciones específicas para la realización del trabajo, entre las que se incluye dicha entrega parcial y se hace referencia a las indicaciones para realizarla. También se ofrece al estudiantado la posibilidad de realizar el TFG en la **modalidad de aprendizaje servicio**, permitiendo conectar su aprendizaje con las necesidades reales del entorno y contribuir a mejorarlo. Como evidencias de esta iniciativa se pueden referir los contactos de los coordinadores del TFG con la oficina de aprendizaje servicio de la UAB para trabajar esta propuesta, la participación del vicedecano de Ordenación Académica en las sesiones informativas con el alumnado para explicar en qué consiste esta modalidad, y la publicación de la oferta en el campus virtual. Aunque actualmente no es una opción muy utilizada por el estudiantado, a tenor de los resultados del indicador PC03b-Ind04, el comité considera

oportuno reconocer el valor de esta iniciativa y el impulso que se está realizando de esta modalidad de TFG a través de una actuación específica (propuesta 84), dado que los proyectos desarrollados pueden aportar al alumnado una formación más significativa, sustantiva e interrelacionada.

*AM-3.2.1. Revisar el proceso de definición del perfil de ingreso, graduación y acceso a los estudios (PC01), adaptándolo al alcance de las actividades que realmente se llevan a cabo*

Se identifica que en el PR PC01 realmente no se “definen” los perfiles de ingreso y graduación. Esta actividad se realiza en el PR de creación y diseño de nuevos títulos (PE03), cuando las comisiones correspondientes elaboran nuevas propuestas de título en las MV. De hecho, tal como se indica en la ficha del PR PC01, el objetivo del mismo es garantizar la “aplicación” de los perfiles de ingreso, las condiciones de acceso y los perfiles de graduación. Se debe revisar el PR, adaptando su denominación a las actividades que se realizan en la práctica, facilitando una explicación más acotada de sus objetivos y alcance reales.

*RE-3.2.1. Incorporar el protocolo que se utiliza para valorar la idoneidad de las prácticas externas propuestas por el alumnado, en el proceso para su gestión (PS03a)*

En el procedimiento del PS03a se recoge la posibilidad del “autoprácticum”, esto es, que el estudiantado pueda proponer una entidad y las tareas a realizar en las prácticas externas. Sin embargo, no se detallan los criterios para la aprobación o desestimación de las propuestas (limitaciones, exclusiones, control...). La inclusión de un protocolo con los criterios principales a seguir otorgaría una mayor transparencia al proceso de revisión de las propuestas y asignación de las prácticas, incrementando el valor de la iniciativa.

### **(3.3) Acciones relacionadas con el apoyo a los estudiantes (orientación académica y profesional) y el desarrollo de los programas formativos.**

*Las acciones vinculadas con el apoyo al alumnado se llevan a cabo, generalmente, según lo que se establece en los procesos relacionados. (Suficiente).*

*Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos. (Satisfactorio)*

*Valoración global: Suficiente*

El centro cuenta con actividades de apoyo a los estudiantes (orientación académica y profesional) a través del PR PC04 y de fomento de la inserción laboral a través del PS07 (en el que también se proponen actividades de orientación profesional). El PR de orientación al estudiantado de la FD se enmarca en el proceso general de la UAB, que establece el marco de actuación de los centros.

La FD desarrolla múltiples actuaciones para favorecer el aprendizaje de los estudiantes, como el plan de acción tutorial (PAT), que contempla la acogida, asesoramiento e información en la transición a la universidad, acompañamiento académico personalizado a lo largo de sus estudios y grupal (sesiones informativas de movilidad, TFG o PE), así como actividades de desarrollo profesional (jornadas sobre salidas profesionales de los grados). En el PR PC04, y en su informe de seguimiento, se da buena cuenta de las actividades realizadas en los diferentes ámbitos. En la audiencia con el estudiantado se puso de relieve la preocupación del profesorado por detectar el potencial del estudiantado, iniciativa que podría llegar a sistematizarse y convertirse en una buena práctica.

La universidad cuenta con un servicio de empleabilidad que centraliza múltiples servicios relacionados con esta área (ofertas, prácticas, movilidad para prácticas internacionales, orientación, emprendimiento, generación de ideas, ferias...). El servicio gestiona diferentes programas para la inserción laboral y la mejora del empleo mediante convenios con diversos organismos del Gobierno de Cataluña, como el Servicio de Ocupación de Cataluña (SOC). Existe un programa de orientación profesional (Programa UAB Emprende) que aglutina el conjunto de iniciativas y actividades que se llevan a cabo en el Campus de la UAB con el objetivo de promover el espíritu emprendedor –de forma transversal y multidisciplinar– entre los estudiantes y titulados de la universidad. Así mismo, se dispone de una aplicación para la gestión de ofertas de empleo (NEXUS), procesos de selección, prácticas no curriculares, orientación profesional en grupo, etc.

Cabe resaltar que desde la facultad se impulsa el vínculo entre las prácticas curriculares, prácticas extracurriculares y una posible inserción profesional futura a través de un contrato laboral. Los esfuerzos por mejorar la inserción laboral se ven potenciados por el establecimiento de un objetivo estratégico relacionado con el interés del centro por impulsar la empleabilidad de sus egresados: “Objetivos estratégico 3.1.1 Ampliación del seguimiento y atención al alumnado de la Facultad de Derecho desde su llegada a la facultad hasta su inserción laboral”.

#### *BP-3.3.1. Programa de tutorización en el grado en Criminología*

Para ayudar a detectar alumnado con posibles dificultades para superar y continuar sus estudios, en el curso 2021-22 el grado de Criminología ha iniciado un proyecto en el que a los estudiantes que voluntariamente se acogen al programa, se les asigna un profesor tutor que se reúne periódicamente con ellos para realizar un seguimiento. Esta iniciativa ha servido de inspiración para otros grados del centro, como se evidencia en una de las acciones de mejora de la FD (propuesta 86) en la que se pretenden establecer mecanismos para identificar al alumnado que necesita atención. Se considera una buena práctica, dado que permite identificar estudiantes que necesitan seguimiento y apoyo específico, y detectar posibles problemas de aprendizaje y/o causas de abandono.

#### *AM-3.3.1. Revisar las actividades e indicadores incluidos en el proceso de inserción laboral de los titulados (PS07), ajustándolos a su objetivo y concretando la interrelación con otros procesos del SGIC (PC03a, PC06)*

El proceso de inserción laboral (PS07), tiene como objetivo impulsar la empleabilidad a través de acciones de orientación profesional, la gestión de las PE, de la movilidad internacional y la generación de ideas y el emprendimiento. No obstante, el SGIC-FD dispone de un proceso que recoge la gestión de las prácticas externas (PC03a) y otro la movilidad del estudiantado (PC06). En este sentido, se identifica que la mayoría de los indicadores incluidos en el PR PS07 hacen referencia a las PE, cuando ya existe un proceso específico y, sin embargo, no hay ninguno relacionado directamente con la efectividad de las acciones de inserción laboral (véase **RE-1.5.3** y **RE-1.6.1**). Se debería repensar el objetivo del PR PS07 y, en su caso, limitar y concretar en mayor medida la coordinación e interrelación entre los mencionados procesos, incorporando indicadores que permitan valorar directamente el impacto de las acciones relacionadas con la empleabilidad e inserción laboral de los estudiantes.

### **(3.4) Recogida de 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 al alumnado. (Suficiente)*

A nivel institucional se despliegan diversas acciones encaminadas a recoger información para analizar y mejorar los procesos de enseñanza-aprendizaje y de apoyo al alumnado. Así, los responsables de estos procesos cuentan con información sobre los estudiantes de nuevo ingreso (preinscripción, matrícula, perfil de ingreso, rendimiento, nota de corte, ...), sobre la movilidad (evolución de los programas de movilidad), sobre el PDI (docencia impartida por categoría y por horas), sobre los estudiantes que están cursando estudios (tasas de rendimiento, graduación, abandono, eficiencia y éxito), y sobre resultados académicos (asignatura y calificación numérica), disponibles en las bases de datos corporativas (Datawarehouse, SIGMA). Tal y como se ha comentado en dimensiones anteriores, la información se considera fiable, completa, transparente y de fácil acceso, ya que la mayoría se publica en la página web del centro ("La titulación en cifras").

También se dispone de información a partir de encuestas de evaluación docente del PDI, de asignaturas y del TFG/TFM, de titulados, así como una encuesta de inserción laboral con carácter trienal realizada por AQU. El proceso de satisfacción de los grupos de interés (PS06) detalla los medios a través de los cuales se recoge información sobre el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje, la cual se utiliza para identificar ámbitos de mejora.

Así mismo, se realizan encuentros con los representantes de los estudiantes (comisiones mixtas) para recoger las impresiones que como colectivo tienen de diferentes aspectos de la facultad y sus estudios. También merece la pena destacar los seminarios con el profesorado, organizados por INNOVA (grupo de innovación docente de la FD) para recabar la opinión del profesorado sobre el nuevo modelo docente (**BP-3.2.1**).

Cada proceso define un conjunto de indicadores de seguimiento. De manera adicional, los PR PC02, PC04 y PC06 incluyen indicadores estratégicos alineados con la visión institucional. La recogida de información permite hacer un seguimiento de los indicadores establecidos, con las salvedades detalladas en la **dimensión 1** (véase **RE-1.6.1**), relacionada con la posibilidad de incorporar algunas mejoras (ajustar indicadores y objetivos de PR - PC03b, PC04-, establecer valores objetivos/horquillas, utilizar ratios/porcentajes en lugar de números absolutos, establecer una ficha para cada indicador...).

#### *RE-3.4.1. Valorar la incorporación de más indicadores relativos al proceso de organización académica (PS04)*

Solo parece existir un indicador referido a la percepción que tienen los egresados de los servicios de gestión académica. Los datos de este indicador pueden estar sesgados por el tipo de grupo de interés destinatario. Se considera que una ampliación de los indicadores sobre este proceso sería útil para determinar la eficacia de su implantación.

#### *RE-3.4.2. Sistematizar la retroalimentación (feedback) obtenida de los empleadores*

Se ha podido constatar el contacto que se tiene con los empleadores a través de las prácticas externas, las charlas realizadas en la facultad o el máster en abogacía. En línea con la **RE-**

**1.1.2**, se recomienda aprovechar estos mecanismos y canales de comunicación, para formalizar y sistematizar la recogida de información de los empleadores, información valiosa y de gran interés en la toma de decisiones, que puede redundar en la mejora de las titulaciones.

### **(3.5) Existencia de evidencias sobre el análisis y la mejora del proceso de enseñanza-aprendizaje y el apoyo a los estudiantes.**

*El proceso de enseñanza-aprendizaje y el de apoyo al alumnado 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)*

En línea con lo establecido en el proceso de definición, despliegue y seguimiento del SGIC (PE02), la realización de un informe de revisión de cada uno de los PR ha permitido valorar los resultados obtenidos en los diferentes indicadores, identificar áreas de mejora y proponer acciones en consecuencia, las cuales conforman el PM de cada proceso. En dicho informe se tratan también las propuestas de mejora ya planificadas, de las que se hace un seguimiento, además de las nuevas surgidas del proceso de revisión. Estos planes contienen campos con la información más relevante de cada acción, y se pueden consultar en OneDrive, en las carpetas correspondientes a cada uno de los PR.

Así por ejemplo, en la revisión del PR de programación docente de las asignaturas (PC2) destaca la propuesta para simplificar la lectura y la comprensión de las GD, programando una reunión anual con los coordinadores de unidad y con los responsables de edición de las GD. En el caso del PR de orientación al estudiantado (PC4), tras identificar actividades de orientación a los estudiantes “obsoletas”, se implementaron acciones para revisar y actualizar el contenido del PR de manera coordinada con el PAT del centro y de la UAB. Por tanto, existen evidencias de que los procesos de enseñanza-aprendizaje y apoyo al estudiantado se revisan y se toman decisiones para su mejora.

#### *RE-3.5.1. Impulsar la implementación de las acciones de mejora propuestas en las fechas previstas o aprobar su replanteo en el PM*

Se detecta que algunas de las acciones de mejora propuestas en la revisión de los PR relacionados con esta y otras dimensiones, están todavía por ejecutar en las fechas programadas, por ejemplo, en el caso del proceso de organización académica o la explotación de la información de la herramienta OPINA (propuesta 66). Durante las entrevistas, el centro aclaró que parte de los retrasos se debían a una reprogramación de las acciones previstas, principalmente a causa del ataque informático que ha sufrido la institución. No obstante, este aplazamiento no se ha explicitado en el PM. Con carácter general, se considera que un mejor ajuste en la programación de las acciones y la implantación efectiva de las mismas otorga credibilidad y pueden contribuir a mejorar la implicación de los grupos de interés, por lo que se recomienda impulsar la implementación de las acciones previstas o, en su caso, replantearlas en el PM.

## 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

---

El centro dispone de un conjunto de procesos relacionados con la gestión del personal académico que rigen las actuaciones de la facultad, en colaboración con otros órganos institucionales, para garantizar la calidad del profesorado:

- PE04. Definición de la política del PDI
- PS01. Formación del PDI
- PS09. Evaluación del PDI

Para la evaluación de la dimensión, el CEE-SGIC ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con estos procesos, así como las evidencias derivadas de la visita externa.

### **(4.1) Definición de 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 la adecuada para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada pero no siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos. (Suficiente)*

En el ámbito de actuación del centro se establece como propietario de estos PR al decano, y como responsable de gestión a la secretaria del decanato. En general, se considera que los responsables establecidos son los adecuados para llevar a cabo las funciones relacionadas con la gestión del PDI, esto es, con la definición de la política, formación y evaluación del PDI (PE04, PS01 y PS09). No obstante, estos PR tienen un marcado carácter transversal, dado que sus funciones y actividades se realizan en colaboración con otros responsables institucionales con competencias en esta área de actuación.

Las responsabilidades y funciones concretas a nivel de universidad se detallan en los apartados 8 y 9 del PR, directamente relacionadas con el proceso transversal (PE04) del SGIC marco de la UAB y con las competencias de cada órgano que interviene: provisión de plazas (consejo de gobierno, comisión de personal académico -CPA-), asignación docente (Departamentos), evaluación PDI (Vicerrectorado de Calidad, CPA), formación e innovación docente (Unidad de Formación e Innovación Docente -ICE-OQD-), política de cargos del centro (Vicerrectorado con competencia en economía)... También se detalla la intervención concreta de la FD en las anteriores actividades: comunicar incidencias (asignación del PDI y GD -PC02-), evaluar y reconocer la actividad docente del PDI (tramos docentes y premios de excelencia), proponer e incentivar la formación e innovación docente entre el PDI, etc.

Es de destacar que el decano forma parte de la Comisión de Personal Académico de la UAB, encargada de aprobar la oferta de plazas de PDI que salen a concurso en la universidad, por

lo que tiene una participación activa, por ejemplo, en el establecimiento de los criterios de priorización en la contratación que pueden dar respuesta a las necesidades del centro.

*AM-4.1.1 Establecer la documentación de salida en el proceso de formación e innovación docente (PS01) ajustada a los objetivos y actividades desarrolladas*

En la ficha del PR PS01 (apartado 5) se indica que “no se genera documentación asociada al proceso”, ni información pública (apartado 8.6). No obstante, en los apartados 8 y 9 se describe que los responsables del centro pretenden “ofrecer y difundir información” sobre los recursos de formación, innovación docente y movilidad, “detectar necesidades formativas” en el PDI de la FD y “proponer acciones” de formación e innovación a la Unidad de Formación y Desarrollo Profesional de la UAB. Además, el decanato “avala” la solicitud y las memorias de los proyectos de calidad y mejora docente en los que participa el PDI del centro y que piden ayuda económica, “informa” a la Junta de Facultad y los difunde en el boletín del centro. En este sentido, se deberían revisar las actividades desarrolladas por el centro e identificar los resultados más relevantes que genera el PR, estableciendo alguna salida (documento, evidencia, información) que sea de utilidad para el objetivo que se pretende lograr. En otro caso, valorar la eliminación del proceso “propio” y la adopción íntegra del transversal en el SGIC-FD.

*RE-4.1.1 Diferenciar el proceso centrado en la definición de la política del PDI (PE04) de los relacionados con la formación y evaluación (PS01, PS09), para evitar duplicidades*

El PR de definición de la política del PDI (PE04) incluye constantes referencias a la evaluación de la actividad docente y a la formación e innovación docente, tanto en el desarrollo del proceso como en la información relacionada (documentación, indicadores...). Aunque la relación entre dichos PR es evidente y necesaria, se considera que al existir procesos específicos que contemplan estas actividades (PS01. Formación del PDI y PS09. Evaluación del PDI), se debería replantear el PR para incidir fundamentalmente en las actividades exclusivas relativas a la política del PDI, con la finalidad de centrar los objetivos y simplificar su desarrollo, evitando duplicidades.

**(4.2) Acciones relacionadas con la gestión del personal académico y el 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. (Suficiente)  
Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos. (Satisfactorio)  
Valoración global: Suficiente*

Se considera que los PR vinculados a la gestión del PDI, en general, se desarrollan en base a lo establecido. Prueba de ello es la actualización reciente de todos los PR relacionados para adaptarlos al centro (septiembre de 2021). No obstante, como se afirma en el informe de revisión del PR PE04, se trata de un proceso que se acaba de adaptar al SGIC-FD ya que anteriormente se aplicaba el marco, por lo que se requiere un periodo de tiempo suficiente para completar su despliegue antes de poder valorar su desarrollo e implantación efectiva.

Se constata un claro interés del centro y la universidad por la gestión eficaz del PDI en todas sus facetas, dada su incidencia clave en el adecuado desarrollo de la enseñanza. Prueba de ello es la apuesta por establecer **objetivos estratégicos** relacionados con la mejora del PDI

(por ejemplo a nivel de centro, el objetivo 3.1.1: “Situación el nivel de la docencia en el mismo nivel que la investigación y la transmisión del conocimiento”; a nivel de universidad, el objetivo 3.1: “Potenciar las cualidades personales, profesionales y de ciudadanía del personal de la UAB”) y las **mejoras propuestas** como resultado de los procesos de evaluación (véase PM del centro-títulos y de seguimiento de la política y objetivos de calidad).

Así mismo, los resultados obtenidos en los procesos de evaluación externa (véase los informes de acreditación), evidencian, en general, un adecuado desempeño en este ámbito: se comprueba que cuatro titulaciones del centro alcanzan la valoración más alta en la dimensión D4, relacionada con la adecuación del PDI (“se alcanza con calidad”), obteniendo el resto una valoración igualmente favorable (“se alcanza”). Es de destacar también la satisfacción de los estudiantes con el PDI que imparte docencia en las titulaciones de grado y máster de la FD, obteniendo una valoración media superior a 3,2 sobre 5 en los últimos cursos, salvo algunos títulos de máster en cursos puntuales.

No obstante, se detectan algunas debilidades al respecto (véase **RE-4.4.2**), que son generalizadas en la UAB y en otras universidades del SUC, sobre todo centradas en el equilibrio de la estructura de la plantilla para garantizar la docencia impartida por PDI permanente y no permanente en cumplimiento de la normativa vigente. Actualmente, el PDI no permanente imparte la mayoría de la docencia (un 52%, en el centro, y un 58%, en la UAB)

*RE-4.2.1 Seguir impulsando la participación activa del centro en los órganos y mecanismos que inciden en la mejora de la gestión del PDI y en su adecuación a las necesidades de las titulaciones de la facultad*

Tal y como se ha detallado, los responsables del centro participan en algunos órganos de decisión sobre la política del PDI de la UAB (CPA), aunque con un poder de influencia limitado. No obstante, con el objetivo de incrementar la participación de la FD e intentar hacerla más efectiva, se considera que en el PR de definición de la política del PDI (PE04) podría valorarse la inclusión de actividades que contribuyeran de una manera más activa a definir las necesidades del personal. Para ello se recomienda incidir en algunas actuaciones ya realizadas, como establecer formalmente criterios para asignar profesorado a determinados cursos (satisfacción >3 en 1º), asignaturas (TFG/TFM, PE...) o títulos (perfil PDI necesario). En este sentido, los departamentos podrían tener un papel importante en la definición formal de estos aspectos y su participación debería fomentarse.

#### **(4.3) Acciones relacionadas con la formación y la evaluación del personal académico y el desarrollo de los programas formativos.**

*Las acciones relacionadas con la formación y la evaluación del personal académico se llevan a cabo, generalmente, según lo que se establece en los procesos relacionados. (Suficiente)*

*Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos. (Satisfactorio)*  
**Valoración global: Suficiente**

Las acciones de **formación** del profesorado se traducen en el establecimiento de un plan de formación e innovación adaptado a las necesidades del PDI de cada centro. Desde la Unidad de Formación y Desarrollo Profesional de la UAB se planifica la formación en base a las necesidades detectadas y a las propuestas recibidas, entre otros, de los centros, así como de

los resultados obtenidos en años anteriores. No obstante, como resultado, se obtiene una participación moderada del profesorado de la FD en cursos de formación, aproximadamente un 17% (54 en 2019 sobre 321 PDI del curso de referencia 2020-21).

Dentro de estas actuaciones a nivel institucional, se encuentran las convocatorias de los programas de movilidad y proyectos de mejora e innovación docente, que han de ser avalados previamente por el decanato, lo que permite al centro fomentar su alineación con los objetivos estratégicos. Los resultados de los proyectos en los que participa el PDI del centro, según la tabla de indicadores (PS01-Ind02), muestra que en los últimos 5 cursos se han presentado 5 proyectos, obteniendo financiación 2 (un 40% de éxito).

Por su parte, para la **evaluación** del PDI, la UAB cuenta con un modelo de evaluación [certificado por AQU](#) basado en la [guía de evaluación de la UAB](#) del 2020 y en el proceso marco de evaluación docente ([PS09](#)). El modelo, de carácter voluntario, está directamente relacionado con la concesión de los tramos docentes autonómicos. Las actividades que desarrolla la FD se centran en la difusión de la convocatoria para incentivar la participación y en la valoración que ha de realizar del PDI solicitante. Por otra parte, el centro es informado de los resultados del proceso y los presenta en la Junta de Facultad, tal y como se establece en el PR PS09. Además, el PDI que obtiene la máxima valoración recibe una felicitación mediante publicación en el Boletín FD.

Los resultados generales del proceso de evaluación y su desagregación por centro y departamento se publican en los informes de resultados de cada convocatoria (véase [web de la UAB](#)). Se comprueba que para la FD (convocatoria 2020) se presentaron un 48% del PDI evaluable (12 de 25), con unos resultados finales satisfactorios (100% favorables), aunque la cobertura (participación) sigue siendo mejorable. Es de destacar las repercusiones de los resultados en el centro, que no sólo derivan de la obtención de información de interés para la mejora continua de sus titulaciones, sino inciden en el presupuesto complementario asignado al centro y departamentos.

En línea con lo comentado en la **dimensión 1** (véase **AM-1.3.1**), se detecta que el PR PS01 aparece nombrado de diferente forma en la documentación del sistema ("*Formación e innovación docente*" y "*Formación del PDI*"), por lo que se debería subsanar este aspecto.

*AM-4.3.1 Revisar y adaptar el contenido del proceso de evaluación del PDI para ajustarlo a las actividades que se realizan y proponer actuaciones a las debilidades detectadas (PS09)*

En el PR PS09 (apartado 8.6) se indica que "*este proceso no genera ningún documento de rendición de cuentas*". No obstante, tanto en el desarrollo del PR como en el diagrama de flujo (apartado 8 y 9) se observa que sí aparece reflejada dicha rendición de cuentas (véase documento D5 "boletín FD", por ejemplo). Así mismo, se observa que como resultado de la revisión del proceso, aunque se han detectado algunas debilidades (baja participación del PDI, por ejemplo), no se han generado acciones de mejora. Como parte del procedimiento de revisión del PR, se debería actualizar la descripción del proceso para ajustarla a las actividades realmente realizadas y, a su vez, plantear acciones de mejora para las debilidades detectadas durante la revisión.

#### **(4.4) Recogida de 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)***

La información que se recaba sobre los PR relacionados con la gestión, formación y evaluación del PDI, en general, es adecuada, tal y como puede comprobarse en la documentación generada en el SGIC y en la información publicada en la web del centro y la universidad. Desde la web del centro ("[profesorado](#)", "[la facultad en cifras](#)") se puede acceder a la información general del PDI que imparte docencia en el centro (número y currículum vitae), completando la información con los indicadores publicados a nivel de titulación desde la [plataforma SIQ](#) (Apartado "[profesorado y grupos](#)").

Se dispone de una tabla de indicadores del SGIC-FD, que integra 14 indicadores relacionados con esta dimensión (establecidos en el apartado 7 de la ficha de cada PR): 7 relacionados con la política del PDI (PE04), 3 sobre la formación e innovación docente (PS01) y 4 sobre la evaluación de la actividad docente del profesorado (PS09). No obstante, en línea con lo detallado en la **dimensión 1** (véase **RE-1.6.1**) y en la **RE-4.4.2**, se recomienda valorar su utilidad y pertinencia, adaptando los indicadores al objetivo de cada PR.

***RE-4.4.1 Completar las acciones de mejora relacionadas con la publicación de los CV del profesorado del centro***

En la web del centro (apartado "profesorado") se detecta que aún existe un número importante de docentes que no tiene su CV publicado. Por otra parte, se identifica otra plataforma donde se publica el perfil investigador del PDI al que se accede desde las fichas de las titulaciones, en el apartado "profesorado", agrupado por departamentos (<https://portalrecerca.uab.cat/en/persons/>). En el caso de que estas herramientas publiquen información relativa al CV del PDI, se recomienda buscar sinergias para optimizar los recursos que den respuesta a este aspecto. En otro caso, se recomienda realizar un seguimiento efectivo de la acción de mejora prevista para garantizar que se logra el objetivo planteado (completar la publicación de los CV del PDI)

***RE-4.4.2 Realizar un seguimiento y control de la evolución de la estabilidad de la estructura de plantilla de PDI (a nivel de centro y título)***

Si bien los resultados que obtienen los títulos en los PR de evaluación evidencian que la gestión del PDI, en el centro y la UAB, garantizan la calidad de la docencia, el SGIC ha de ser capaz de realizar un seguimiento adecuado y efectivo (nivel centro y título) del cumplimiento de la normativa respecto a los requisitos de estabilidad de la plantilla y perfil del profesorado (% PDI doctores, % PDI tiempo completo -permanente-), contando con indicadores que permitan obtener la información necesaria de forma directa. Se recomienda continuar impulsando actuaciones para lograr una evolución progresiva de los anteriores parámetros sin afectar a los resultados logrados y al nivel de exigencia y calidad del actual sistema de política de gestión del PDI, prestando **especial atención** a las titulaciones con regulación específica y **recomendaciones externas** al respecto (véase **MU en Abogacía**).

**(4.5) Existencia de evidencias sobre el análisis y la mejora de la gestión, la formación y la evaluación del personal académico.**

***La gestión, la formación y la evaluación del personal académico son en general eficientes y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Éste 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)***

En la documentación examinada se constata que la FD sigue la sistemática de revisión y mejora de los PR establecido en su SGIC (PE02). La revisión relacionada con la gestión del PDI, por tanto, contempla el análisis de indicadores, la definición de puntos fuertes y áreas de mejora derivados de la implantación de cada PR y, en su caso, la realización de propuestas de mejora.

El PM incorpora, en su caso, las recomendaciones internas y externas propuestas como resultado de los PR de evaluación de los títulos (Marco VSMA) y contempla el seguimiento sistemático de las acciones de cursos anteriores (por ejemplo, aumentar la coordinación con los departamentos para incentivar la contratación del PDI según las necesidades - incremento del % de PDI permanente-, participación de los responsables de la FD en los procesos de selección del profesorado asociado, acciones de formación para mejorar la implicación del PDI con el NMD...). Tal y como se puede comprobar en los informes de revisión de los PR, donde se analizan los indicadores, se han logrado avances positivos en la mayoría de las acciones propuestas. No obstante, durante la visita se detalló que en el PM del sistema sólo se incorporan aquellas acciones que son extrapolables a otras titulaciones, en caso contrario, se gestionan en el PR de seguimiento (véase, por ejemplo, la recomendación externa realizada al MU en Abogacía relacionada con el PDI y el cumplimiento de la normativa, incluida sólo en el PM de los informes de seguimiento del centro -ISC-). En línea con el **AM-1.2.1** y la **RE-1.7.1** se recomienda valorar la integración de todas las acciones de mejora del SGIC-FD, contemplando, más allá del criterio de extrapolación, al menos, las actuaciones más relevantes, como se considera es el caso.

En cuanto a la estructura del PM, en general puede considerarse completo y estructurado, con las salvedades detalladas en los estándares de las dimensiones anteriores.

*RE-4.5.1 Revisar y actualizar el informe de revisión del proceso de evaluación del PDI (PS09) cuyo contenido pertenece a otro proceso (PS01)*

Se detecta que parte del contenido del informe de revisión del PR PS09 de evaluación del PDI pertenece en realidad al PR de formación e innovación docente (PS01). Concretamente, se observa en referencias como “La revisión se realiza en el seno del equipo de decanato, que hace una valoración de las **necesidades de formación docente** del PDI de la FD y de los resultados del año anterior, disponiendo de los datos relativos al primer semestre de curso”, posiblemente debido a que la revisión de los tres PR relacionados con la gestión del PDI se realiza de forma conjunta, como se afirma en el mismo documento. Se recomienda realizar la revisión del contenido del informe para ajustarlo al objeto del mismo, de forma que sea una herramienta útil y efectiva para el seguimiento y mejora del SGIC.

## 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

El SGIC-FD dispone de un conjunto de procesos asociados a la gestión de los recursos materiales y los servicios de apoyo a los programas formativos, de carácter transversal pero que se despliegan a nivel de centro. De una manera directa, los procesos que rigen las actuaciones en relación con la gestión y mantenimiento de los recursos, infraestructuras y servicios de soporte a la docencia, son los siguientes:

- PS03. Gestión de recursos materiales
- PS11. Gestión de Servicios

Respecto al funcionamiento de los servicios, se cuenta con los siguientes procesos relacionados con el personal de apoyo a la docencia (técnico y administrativo):

- PE05. Definición de la política del PAS
- PS02. Formación del PAS
- PS10. Evaluación del PAS

Para la evaluación de esta dimensión, el CEE-SGIC ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con estos procesos, así como las evidencias derivadas de la visita externa.

**(5.1) Definición de 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 la adecuada para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada, pero no siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos. (Suficiente)***

La gestión de los **recursos materiales** y **servicios** se realiza en dos niveles de actuación: responsables de la universidad (órganos, servicios...) y responsables a nivel de centro (equipo decanal), que se encargan de su gestión a través de la participación en las diferentes comisiones. Es necesario indicar que la gestión de parte de estos PR también es compartida con otros centros de la UAB (Facultad de Economía y de Empresa y Facultad de CC Políticas y de Sociología), lo que implica un nivel adicional de responsabilidad, ámbito de actuación y, por tanto, de coordinación.

En el caso de la FD es la vicedecana de Prácticas Externas de Relaciones Laborales y coordinadora de Estudios de Relaciones Laborales la propietaria tanto del PR de recursos materiales (PS03), como de servicios (PS11), mientras que la administradora de centro es la responsable de su gestión. Así mismo, en el MC (tabla 5) se detallan las comisiones que participan en el desarrollo de estos PR, que conforman un total de 11, lo que representa una alta implicación del personal del centro.

En las entrevistas se ha podido comprobar que los usuarios conocen y participan de los mecanismos establecidos para la mejora de estos servicios y recursos. Se constata, por tanto, que la cadena de responsabilidades asociada a los procesos de recursos materiales y servicios, en general, es adecuada. No obstante, en línea con lo detallado en el **AM-1.1.1**, en la documentación se observan algunas inconsistencias sobre las funciones efectivas que desarrolla cada responsable de los PR (PS03, PS11...), aspectos que deben aclararse.

Por su parte, la **gestión del PAS** requiere también la colaboración y coordinación entre varios órganos y servicios a diferentes niveles (centro y universidad). En este caso, la propiedad recae en la administradora de la facultad, y la responsabilidad de la gestión en la secretaria de la administración del centro, interviniendo otros responsables institucionales en base a su ámbito de competencias (gerencia, agentes sociales, departamentos...). La intervención concreta de los responsables del centro en las diferentes actividades que forman parte de la gestión del PAS depende de la actividad (selección de personal, desarrollo profesional...) y viene detallada en los apartados 8 y 9 de los PR.

*RE-5.1.1. Revisar el ajuste e interacción entre los procesos del SGIC-FD compartidos con otros centros y los transversales de la UAB.*

Se identifica que existen servicios compartidos con otras facultades, como la de Ciencias Políticas y Sociales o la de Economía y Empresa, y con los servicios centrales de la UAB, lo que implica la intervención y necesaria coordinación entre múltiples agentes. En este sentido, se recomienda revisar las interacciones entre los diferentes niveles de actuación, clarificando en mayor medida las responsabilidades y la forma de coordinarse para poder tener un adecuado mantenimiento preventivo y correctivo.

## **(5.2) Gestión de los recursos materiales y de los servicios y el desarrollo de los programas formativos.**

***Las actuaciones relacionadas con la gestión de los recursos materiales y de los servicios se llevan a cabo, generalmente, según lo que se establece en los procesos relacionados. (Suficiente)***

***Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos. (Satisfactorio)***

***Valoración global: Suficiente***

El centro se coordina con la universidad para ofrecer diferentes servicios centralizados al alumnado, PDI y PAS, como son la Biblioteca o el Servicio de Informática Distribuida. A diferencia de la universidad, la FD ha dividido el proceso marco PS03 en dos: el PS03 y el PS11.

El PR de gestión de recursos materiales (PS03) recoge la sistemática de trabajo para los recursos coordinados desde la facultad. Establece también la manera en que el centro distribuye el presupuesto de funcionamiento y los proyectos estratégicos, planifica la adquisición de nuevos recursos materiales y gestiona los recursos económicos y materiales. La distribución del presupuesto se aplica a todos los departamentos que imparten docencia en las titulaciones adscritas a la facultad. De la misma manera, el PR PS11 recoge la sistemática en lo referente a los servicios.

Cabe mencionar que el servicio de biblioteca dispone de un sistema de gestión de la calidad certificado (de acuerdo con la norma ISO 9001), y el servicio es periódicamente evaluado mediante encuestas de satisfacción dirigidas a los usuarios.

Los procesos relativos al PAS (PE05, PS02, PS10) definen las actividades necesarias para garantizar que se dispone del personal necesario y competente para prestar los servicios de apoyo. Sirvan de ejemplo las acciones de adaptación a la pandemia en lo referente a recursos tecnológicos y formativos, los objetivos estratégicos del centro relacionados con el PAS (objetivo 3.1.2: “Fomentar que todo el PAS de la Facultad realice al menos un curso de formación al año”) y las propuestas de mejora vinculadas (propuestas 99, 100, 101, 107).

*RE-5.2.1. Detallar en mayor medida la información sobre las actividades implicadas en la gestión de los recursos materiales y la provisión de servicios, concretando los aspectos más relevantes para el SGIC-FD*

Se observa la existencia de servicios que están someramente descritos y/o que no disponen de indicadores específicos en el propio proceso, que permitan obtener información sobre su funcionamiento, como por ejemplo, el relativo al servicio de ocupabilidad. En este sentido, se considera que falta un desarrollo sistemático de las actividades implicadas en la gestión de recursos materiales (PS03) y la provisión de servicios (PS011). En el PR PS011 se describen diferentes servicios y, en algún caso, únicamente se menciona el servicio, sin desarrollar el procedimiento y las actividades vinculadas más importantes. Al igual que se evidenció en la revisión del SGIC marco de la UAB, se recomienda valorar la ampliación de la información incorporada en los PR, desarrollando las actividades con mayor detalle, concretando los aspectos más relevantes para el SGIC-FD y proponiendo indicadores específicos para medir su desempeño y contribución a los objetivos de calidad (estratégicos).

### **(5.3) Recogida de 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 SGIC-FD dispone de mecanismos para recabar información sobre los resultados de la gestión y organización de los recursos y servicios que ofrece el centro. El PR PS03 establece que los servicios disponen de un protocolo de recogida de incidencias y revisión periódica de las actividades. Así, la detección de necesidades llega por varios canales: la aplicación OPINA, las coordinaciones de titulación, el Punto de Soporte Logístico (SLiPI), que es un punto de referencia para que el PDI y estudiantado puedan manifestar las incidencias, o el Servicio de Informática Distribuida, que aporta información sobre el equipamiento informático del centro.

En el PR PS11 se han establecido 3 indicadores (quejas, uso del campus virtual y satisfacción), y en el PS03, 2 indicadores (satisfacción y equipamiento) enfocados especialmente en el alumnado. A estos cabe añadir los realizados de manera centralizada. No obstante, en línea con lo indicado en la **dimensión 1** (véase **RE-1.6.1**) y la **RE-5.2.1**, se considera que los indicadores establecidos son mejorables (aportan poca información) o sería recomendable ampliarlos, tanto los relacionados con la gestión de los recursos y

servicios, como del PAS. En este sentido se recomienda alinearlos a las necesidades del SGIC-FD y sus grupos de interés, a los objetivos estratégicos de la facultad y, en su caso, a los objetivos operativos de la administración del centro relacionados con el SGIC-FD.

En las entrevistas al alumnado y al personal del centro se ha podido constatar el claro conocimiento que tienen de la variedad de mecanismos de recogida de información (quejas, sugerencias, satisfacción), entre otros aspectos, sobre los recursos materiales y servicios, según lo establecido en los PR PS05 y PS06.

#### **(5.4) Existencia de evidencias sobre el análisis y la mejora de la gestión de los recursos materiales y de los servicios.**

*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. (Suficiente)*

*Se lleva a cabo un seguimiento sistematizado del plan de mejora. (Satisfactorio)*

*Valoración global: Suficiente*

Se constata que el centro aplica de forma sistemática mecanismos para el análisis, revisión y mejora de los PR del sistema: analiza la información generada en los procesos relacionados con la gestión de los recursos y servicios de la facultad, revisa periódicamente cada PR en vista de los resultados obtenidos y propone acciones de mejora. Así se puede comprobar que en el PM de la FD, hay 7 propuestas de mejora para el PR PS03. No hay ninguna para el PS11. Así mismo, existen procesos de evaluación del desempeño del PAS que presta los servicios, aunque limitados a cierto tipo de personal.

*RE-5.4.1. Incidir en la mejora de las actividades relacionadas con la gestión de los servicios y el desempeño del personal que los presta (PS11, PS10)*

Se identifica que no se ha generado ninguna propuesta de mejora relacionada con la gestión de los servicios (PS11). Así mismo, en relación con la evaluación del PAS que presta dichos servicios (PS10), se detecta que este proceso de evaluación tiene un alcance limitado, ya que no se aplica al personal titular de una plaza a no ser que inicien su actividad profesional en un nuevo lugar de trabajo. Se recomienda valorar las causas de la carencia de un PM: resultados y desempeño excelente, necesidad de ampliar o mejorar la información recabada... (véase RE-5.2.1 y RE-1.6.1). En base a los resultados, en su caso, se recomienda proponer acciones que permitan visualizar que se mejora de forma periódica la gestión de los servicios del centro.

## 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.

Implantación parcial       Implantación suficiente       Implantación avanzada

El centro dispone de un proceso directamente relacionado con la información pública y la rendición de cuentas de los programas formativos:

- PS08. Información pública y rendición de cuentas

Así mismo, se cuenta con otros procesos vinculados con una alta implicación en esta dimensión:

- PS05. Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones
- PS06. Satisfacción de los grupos de interés

Para la evaluación de la dimensión el CEE-SGIC ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con estos procesos, así como las evidencias derivadas de la visita externa.

### **(6.1) Definición de 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 la adecuada para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada, pero no siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos. (Suficiente)*

Los procesos vinculados a la información pública y la rendición de cuentas poseen una cadena de responsabilidades que garantiza su funcionamiento, análisis y mejora. En concreto, el sistema cuenta con un proceso específico (PS08) que sirve de marco de actuación para el resto de PR del SGIC en cuanto a la gestión de la información, publicación y rendición de cuentas.

La propiedad de estos PR recae en la administradora de centro (PS05), el vicedecano de Calidad Docente (PS06), y el vicedecano de Comunicación y Dinamización (PS08). Por su parte, se ocupan de su gestión la secretaria de la Administración de Centro (PS05), la gestora de Calidad (PS06), y el técnico web del centro (PS08). En el caso del PR PS08, se trata de cargos o perfiles específicos para desarrollar las actividades relacionadas con esta área, lo que puede considerarse, *a priori*, una fortaleza. No obstante, parte de las actividades se desarrollan en coordinación con responsables a nivel de universidad (Área de Comunicación y Promoción de la UAB, Área de Asuntos Académicos y OQD), por lo que se requiere de mecanismos de coordinación entre niveles para el desarrollo de las actividades.

Se considera que los responsables establecidos, en general, son los adecuados para llevar a cabo estas funciones. No obstante, en línea con lo detallado en el **AM-1.1.1**, se observa alguna inconsistencia en la documentación sobre la unidad de gestión en que recae la

responsabilidad del PS05 (propietario), así como en la gestión de algunos canales de comunicación como las RRSS del centro, aspectos que se deben esclarecer.

## **(6.2) Acciones vinculadas con la información pública y la rendición de cuentas y el desarrollo de los programas formativos.**

*Las actuaciones vinculadas con la información pública y la rendición de cuentas se llevan a cabo, generalmente, según lo que se establece en los procesos relacionados. (Suficiente)*

*Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos. (Satisfactorio)*

*Valoración global: Suficiente*

Se constata que el centro desarrolla las acciones vinculadas con la información pública y la rendición de cuentas de acuerdo con los PR del SGIC-FD. En este sentido, tanto el MC del centro como las fichas de los procesos describen las actividades relacionadas con la información pública y la rendición de cuentas, con apartados específicos.

El centro utiliza como principal canal de comunicación y transparencia su página web, en la que se difunden los programas formativos y sus resultados, las noticias, las actuaciones y los acontecimientos de la vida universitaria. En el ámbito digital, dispone de otros canales como las redes sociales y de comunicación (YouTube, Facebook, Twitter y Telegram) o un boletín digital del centro (el Boletín FD), que informa sobre los aspectos más relevantes de la vida universitaria, proporciona análisis de datos del entorno académico y difunde contenido creado por los distintos grupos de interés. Así mismo, no menos importante es la divulgación que realiza la FD a través de canales físicos (como la cartelería específica) y las pantallas situadas en puntos estratégicos de las infraestructuras.

La rendición de cuentas se completa con las comunicaciones de los resultados que periódicamente tienen lugar en los órganos colegiados del centro, en que están representados la mayor parte de los grupos de interés.

En lo que se refiere a las herramientas de recogida de **opinión**, se constata que esta información está disponible para los grupos de interés en la página web institucional de la UAB, a la que el usuario es redireccionado si accede a través de la página web del centro. En cuanto a las **quejas, sugerencias y felicitaciones**, el centro utiliza la herramienta OPINA UAB como canal institucional para su recogida y tratamiento, aunque aún es de reciente implementación.

### *RE-6.2.1 Mejorar la consistencia de la información pública de las diferentes titulaciones de máster*

En el informe del PR PS08, el centro reconoce como debilidad, y así se constata, que la información pública de las diferentes titulaciones de máster se actualiza por los responsables de cada programa. Ello provoca que la información disponible de cada titulación sea inconsistente, tanto en cantidad como en calidad: los grupos de interés tienen a su alcance diferentes tipos de información, más o menos desarrollada y actualizada, en función de la titulación de máster a la que accedan en la página web del centro. En este sentido, se recomienda impulsar actuaciones que intenten normalizar la información publicada, estableciendo, al menos, unos estándares mínimos.

### *RE-6.2.2 Difundir la existencia de la herramienta OPINA UAB y promover su uso entre los grupos de interés*

Se constata que el uso de la herramienta OPINA por parte de la comunidad universitaria no está lo suficientemente extendido y, por tanto, su utilidad se resiente. En este sentido, tanto de los indicadores aportados, como de las opiniones recogidas en la visita externa se deduce la necesidad de fomentar el conocimiento y el uso de OPINA, como herramienta de gestión de las quejas, sugerencia y felicitaciones, máxime al ser de reciente implementación y tras los problemas ocasionados por el ataque informático dirigido contra la universidad.

### **(6.3) Recogida de información para el análisis y la mejora de la información pública y la rendición de cuentas.**

***Se recoge información bastante completa y generalmente fiable sobre la información pública. (Suficiente)***

Se constata que los PR relacionados con la dimensión recogen datos para el análisis de la información pública y la rendición de cuentas. Respecto a los mecanismos, la sistemática y las fuentes de las que se extrae la información, se establece el sistema de información de soporte al SGIC como una herramienta de apoyo a los procesos de decisión, planificación y rendición de cuentas. Este sistema está basado en el acceso público a la información de interés para los diferentes grupos de interés, y da respuesta a los requisitos establecidos en las guías de evaluación de las titulaciones. Como se ha comentado, las principales fuentes de información interna de las que dispone el centro son el sistema de indicadores de calidad, las encuestas de evaluación, el sistema de almacenamiento de datos DATA-Datawarehouse, el sistema de visualización de datos agregados DATADASH (intranet) y la herramienta OPINA.

En concreto, en lo relativo a los diferentes indicadores de los PR, todos se incorporan al cuadro de indicadores del SGIC-FD, aunque algunos de ellos no tienen valores asignados. Así, el PR PS08 incorpora 8 indicadores, de los cuales 3 no tienen datos asignados, y tan solo 1 de ellos es de carácter cualitativo. Este último indicador refleja un grado de valoración adecuado sobre la información de las titulaciones que se halla disponible en la página web del centro. Sin embargo, no constan datos de los dos últimos años.

Por otro lado, el PR PS05 utiliza 6 indicadores que arrojan valores positivos en las variables que examina, como el tiempo de respuesta de las **quejas, sugerencias y felicitaciones** que se vierten a través de OPINA, que ha evolucionado favorablemente. En cualquier caso, aunque el uso de la herramienta aún no está consolidado en la comunidad universitaria (como se ha apuntado en apartados anteriores), la evolución favorable de los indicadores debe valorarse, especialmente teniendo en cuenta que la mejoría coincide en el tiempo con el año en que comenzó la crisis sanitaria provocada por el Sars-Cov-2.

Por su parte, el PR PS06 genera 4 indicadores, de los cuales 1 no tiene datos asignados. El resto de los indicadores, como la tasa de participación en la **encuesta de satisfacción** de los titulados, pone de relieve el bajo índice de participación de este grupo de interés en todas las titulaciones. En relación con ello, durante la visita externa se ha puesto de manifiesto que, en el futuro, se utilizarán los resultados aportados por AQU Catalunya. Respecto a la participación de los estudiantes de la FD, la tasa refleja una tendencia negativa, en general, para todas las titulaciones, aunque en las de grado (sobre todo en el Grado en Criminología)

la tasa es más favorable que en las de máster. En todos los casos, se observa que la opinión del alumnado se recaba mediante diferentes encuestas tanto desde la universidad (OQD) como desde la facultad. Finalmente, se valora positivamente un nuevo indicador, que tiene por finalidad plasmar la participación del profesorado en las encuestas sobre el NMD.

*RE-6.3.1 Recabar la opinión y la valoración del PAS sobre sus tareas de apoyo al aprendizaje y la docencia*

Se constata, y durante la visita externa se confirma, que la opinión del PAS no se recoge mediante encuestas u otros instrumentos análogos (entrevistas, *focus group*...) para poder tener constancia de su grado de satisfacción con las tareas de apoyo al alumnado y al PDI que tiene encomendadas, a diferencia, por ejemplo, del modo en que se obtiene la opinión y la satisfacción de otros grupos de interés de la comunidad universitaria. Con independencia de que la opinión del PAS sea tenida en cuenta en otros escenarios, como en la reunión anual con los responsables de calidad, a fin de conocer e incorporar sus observaciones a los planes de mejora (propuesta de mejora 99), se recomienda recabarlas y registrarlas formalmente utilizando los instrumentos que se consideren oportunos, de forma que puedan contribuir a la mejora de la calidad del centro y sus titulaciones.

*RE-6.3.2. Trasladar a todas las titulaciones del centro la sistemática y buenas prácticas identificadas para recoger información mediante encuestas de satisfacción (véase Grado en Criminología)*

En general, los resultados que se obtienen de las encuestas de satisfacción del Grado en Criminología son tendencialmente más favorables, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, que aquellos que se pueden observar en el resto de las titulaciones del centro. Se constata que los responsables de calidad son conscientes de este hecho, que no es puntual, y que refleja una evolución que ya están tratando de emular en el resto de las titulaciones. Sería conveniente que, junto con los diferentes coordinadores de los programas, los responsables de calidad continuaran invirtiendo esfuerzos en esta línea.

*RE-6.3.3. Coordinar, entre la Oficina de Calidad Docente (UAB) y la Comisión de Calidad (FD), la programación en el calendario académico de las encuestas de satisfacción destinadas al alumnado*

Se constata que las diferentes encuestas (propias del centro e institucionales de la universidad) que se programan para recabar la opinión del alumnado pueden solaparse en el momento en que deben cumplimentarse, lo que podría afectar a las tasas de participación (saturación de los colectivos con el número de encuestas que deben responder). Se recomienda al centro que intente modificar esta dinámica y se coordine con la Oficina de Calidad Docente para establecer una programación común al respecto, en el calendario académico, así como buscar sinergias entre encuestas.

#### **(6.4) Existencia de evidencias sobre el análisis y la mejora de la información pública y la rendición de cuentas.**

***La información pública es en general eficiente y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Éste 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)***

De la documentación revisada se desprende que se han implementado acciones de mejora relacionadas con la información pública y la rendición de cuentas. Los PR relacionados con la dimensión se revisan anualmente, con la indicación de un mes en concreto (“a principios de noviembre”, el PS06), o bien periódicamente (“al finalizar el curso académico”, el PS05 y el PS08), y, en todos los casos, “en vista de los resultados obtenidos” en el anterior curso académico. La responsabilidad de la revisión y de la implantación de las mejoras recae en el Decanato, junto con los coordinadores de cada titulación (PS06); en la administradora de centro (PS05); y en el vicedecano de Comunicación y Dinamización, con la colaboración del técnico web y del becario de comunicación del centro (PS08).

En general, los PR han dado lugar a PM en el pasado, aunque no se detecta que se hayan programado nuevas propuestas que deban iniciarse en relación con los procesos relacionados con esta dimensión. Así, el PR PS05 cuenta ya con actuaciones finalizadas (propuestas 40-41); el PR PS06 cuenta con una acción que no se ha iniciado en la fecha programada (propuesta 65) y con otras tres actuaciones en ejecución (propuestas 97, 98 y 99); y el PR PS08 ha dado lugar a una única acción de mejora (propuesta 66), en proceso de ejecución.

Así mismo, en línea con lo detallado en la **dimensión 1** (véase **AM-1.5.2**) sobre la actualización de la documentación e información del sistema a la nueva normativa, se detecta la necesidad de programar e implementar acciones para llevarla a cabo, ya que en el informe de revisión del PR PS08 (diciembre de 2021) se sigue identificando este aspecto como fortaleza (actualización a la normativa vigente). Durante la visita se mostró que la UAB ya tiene prevista la realización de las adaptaciones necesarias, por lo que el centro deberá realizar el despliegue en su SGIC.

En línea con la **RE-3.5.1**, se detectan algunas acciones de mejora que no se han iniciado en la fecha prevista (por ejemplo, la propuesta 65, que propone establecer los criterios para evaluar los resultados de la información obtenida con OPINA). Sería recomendable que el centro ejecutara la acción propuesta o en su caso la replanteara en el PM.

#### *RE-6.4.1 Establecer la periodicidad de revisión de los diversos elementos de la página web del centro y los agentes responsables de llevarla a cabo*

No se determina la periodicidad con que se desarrollan la revisión y la actualización de los diferentes elementos que integran la página web del centro. Durante la visita externa se comprueba que, en función del tipo de información en concreto, estas tareas se reparten entre diferentes agentes. Del apartado 6 del PR PS08, sobre su revisión y mejora, se puede extraer, de forma implícita, que la información pública se revisa periódicamente y con carácter anual si se atiende a los plazos de revisión del propio PR o de seguimiento de centro/títulos. No obstante, se recomienda valorar el establecimiento explícito de una periodicidad mínima para la revisión del contenido de la página web en general, en línea con los procesos de revisión y mejora del sistema.

## 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 a la Facultad de Derecho de la UAB, 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:

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>RESULTADO</b>
<b>1. Revisión y mejora del SGIC</b>	Implantación suficiente
<b>2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos</b>	Implantación suficiente
<b>3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado</b>	Implantación suficiente
<b>4. Personal académico</b>	Implantación suficiente
<b>5. Recursos materiales y servicios</b>	Implantación suficiente
<b>6. Información pública y rendición de cuentas</b>	Implantación suficiente

El CEE-SGIC propone la certificación de la implantación del SGIC de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Barcelona a la Comisión Específica de Certificación.

## E. Acta de envío del informe externo

---

**Centro evaluado** □ Facultad de Derecho

□ **Universidad** □ Universidad Autónoma de Barcelona (UAB)

**Fechas de la visita** □ 14, 16 y 17 de junio de 2022

**Fecha del informe previo** □ 18/10/2022

**Alegaciones** □ No 11/11/2022

---

La presidenta del CEE-SGIC manifiesta que el presente documento constituye el informe final de certificación de la implantación del SGIC del centro indicado anteriormente.

**Dra. Ana Belén Escrig Tena**

**Presidenta del CEE-SGIC**

**Castellón** □ 15 de noviembre de 2022

## Anejo. Alcance de la evaluación

---

### A. Procesos evaluados

Procesos del SGIC del centro:

<b>PE01</b>	Definición de la política y objetivos de calidad
<b>PE02</b>	Definición, despliegue y seguimiento del SGIC
<b>PE03</b>	Creación y diseño de nuevas titulaciones. Mapa de titulaciones
<b>PE04</b>	Definición de la política del PDI
<b>PE05</b>	Definición de la política del PAS
<b>PC01</b>	Definición de perfiles de ingreso, graduación y acceso a los estudios
<b>PC02</b>	Planificación y programación docente de las asignaturas
<b>PC03a</b>	Gestión de las Prácticas Externas
<b>PC03b</b>	Gestión de los Trabajos de Fin de Estudios
<b>PC04</b>	Orientación al alumnado
<b>PC05</b>	Evaluación de los estudiantes
<b>PC06</b>	Gestión de la movilidad del alumnado
<b>PC07</b>	Seguimiento, evaluación y mejora de las titulaciones
<b>PC08</b>	Modificación y extinción de titulaciones
<b>PC09</b>	Gestión Documental
<b>PC10</b>	Acreditación de titulaciones
<b>PS01</b>	Formación del PDI
<b>PS02</b>	Formación del PAS
<b>PS03</b>	Gestión de recursos materiales
<b>PS04</b>	Organización académica
<b>PS05</b>	Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones
<b>PS06</b>	Satisfacción de los grupos de interés
<b>PS07</b>	Inserción laboral de los estudiantes
<b>PS08</b>	Información pública y rendición de cuentas
<b>PS09</b>	Evaluación del PDI
<b>PS10</b>	Evaluación del PAS
<b>PS11</b>	Gestión de Servicios