

# CERTIFICACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTIA INTERNA DE LA CALIDAD

## Identificación del SGIC

Centro:	Facultat de Ciències
Código:	08033195
Universidad:	Universitat Autònoma de Barcelona
Alcance:	Titulaciones oficiales de grado y máster universitarios
Fecha de la visita externa:	10 de febrero de 2021 - 19 de febrero de 2021

## Introducción

La evaluación de la solicitud de certificación del sistema de garantía interna de la calidad (SGIC) 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 indicada. La evaluación se ha realizado de acuerdo con la Guía para la certificación de la implantación de sistemas de garantía interna de la calidad de AQU Catalunya.

Esta guía recoge los criterios y directrices que aplican a la evaluación para la certificación de los SGIC. Estos criterios y directrices están orientados a la mejora continua de la formación que se ofrece al estudiantado de acuerdo a las directrices para el aseguramiento de la calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior (ESG). Además dan respuesta a lo que establece el apartado 9 del anexo I del Real decreto 1393/2007, de 29 de octubre, y se han establecido de acuerdo con los criterios y se enmarcan dentro de las dimensiones que formaban parte del programa AUDIT.

La obtención de la certificación de la implantación del SGIC da cumplimiento a uno de los requisitos establecidos en el artículo 14.2 del RD 420/2015, de 29 de mayo, de creación, reconocimiento, autorización y acreditación de universidades y centros universitarios para la obtención de la acreditación institucional.

## Resultado

El resultado de la evaluación de la implantación del sistema de garantía interna de la calidad del Centro se recoge en el informe de visita externa elaborado por el comité de expertos. En base a este informe, la Comisión Específica de Certificación de la Implantación del SGIC (CEC) de la Comisión de Evaluación Institucional y de Programas ha acordado, el día 2 de marzo de 2021, 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-2.2.1 Disponer de un calendario de calidad del centro
- BP-3.3.1 Acompañamiento del alumnado con Necesidades Educativas Específicas y deportistas de élite
- BP-4.2.1 Disponibilidad de una Guía de Ayuda para el PDI de la Facultad
- BP-6.3.1 Información pública de los indicadores para el seguimiento de las titulaciones

### **Áreas de mejora**

- AM- 1.1.1. Revisar el apartado de propietarios de los procesos
- AM- 1.7.1 Ajustar la información sobre los objetivos a alcanzar en el Cuadro Global de indicadores para dotarla de mayor precisión
- AM- 1.7.2 Revisar y ajustar la información referida a la naturaleza de algunas acciones en los planes de mejora
- AM- 2.1.1 Incluir en la documentación del SGIC el papel de las Comisiones de Docencia y aclarar su papel en la revisión y mejora de los títulos
- AM- 2.2.1 Revisar el objetivo y alcance del proceso de Creación y Diseño de Titulaciones (P1.03) para garantizar su coherencia
- AM- 2.4.1 Incluir en el P2.04 los planes de mejora por titulación y aclarar cómo se generan
- AM- 3.3.1 Completar aspectos procedimentales y outputs en el proceso de Tutorización de los Estudiantes (P3.02)
- AM- 4.3.1 Disponer de registros que permitan evidenciar las acciones de formación y evaluación de profesorado realizadas por el centro
- AM- 5.3.1 Clarificar los mecanismos para recopilar las necesidades vinculadas a los recursos docentes
- AM- 6.2.1. Aclarar el mecanismo de rendición de cuentas del funcionamiento del SGIC frente al equipo de gobierno de la universidad

### **Recomendaciones**

- RE- 1.2.1 Incluir los objetivos de calidad en la Política Estratégica de Calidad

- RE- 1.2.2 Revisar la asignación de objetivos estratégicos y/o de calidad a la vinculación del mandato del equipo directivo
- RE- 1.3.1 Reflexionar sobre la importancia de los distintos procesos
- RE- 1.4.1 Incorporar al Manual del SGIC información sobre las equivalencias de los procesos del centro con versiones previas del sistema y del modelo marco de la UAB
- RE- 1.4.2 Formalizar un apartado en el Manual del SGIC que recoja los cambios introducidos en las distintas versiones y permita su trazabilidad
- RE- 1.5.1 Automatización y/o simplificación de tareas
- RE- 1.6.1 Completar la información sobre gestión documental
- RE- 1.7.1. Revisar la pertinencia de los indicadores estratégicos y de seguimiento de los procesos del sistema, seleccionando los más importantes
- RE- 1.7.2 Inclusión de la periodicidad en el apartado de revisión y mejora de los procesos del sistema
- RE- 1.7.3 Integrar y mejorar la presentación de resultados en el cuadro global de indicadores y su grado de consecución
- RE- 1.7.4 Revisar algunas cuestiones menores de redacción en el P1.02. Definición, despliegue, seguimiento y revisión del SGIC
- RE- 2.2.1 Clarificar las denominaciones de evidencias para evitar confusión
- RE- 2.3.1 Completar el cuadro global con los indicadores más relevantes sobre titulaciones
- RE- 2.3.2. Mejorar la participación de los estudiantes en las encuestas de satisfacción
- RE- 2.3.3. Incorporar en el P2.04 indicadores basados en la gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones
- RE- 2.3.4 Concretar en el P5.04 los mecanismos de medición de la satisfacción de PDI, PAS y empleadores
- RE- 2.4.1 Aclarar la vinculación entre el Documento de Seguimiento del Título y el Informe de Seguimiento del Centro
- RE- 3.2.1 Valorar la implementación de una plataforma que englobe las ofertas de Prácticas Externas y TFG/TFM para las titulaciones del centro
- RE- 4.4.1 Detallar las actividades de análisis y mejora vinculadas a la evaluación del PDI
- RE- 4.4.2 Establecer la sistemática para recoger la opinión del profesorado
- RE- 4.4.3. Incluir indicadores que permitan medir la composición del profesorado en términos de igualdad de género
- RE- 4.5.1 Especificar el papel del centro en la evaluación del PDI
- RE- 5.2.1. Detallar las actividades de coordinación realizadas con la Facultad de Biociencias para la gestión de los recursos materiales
- RE- 5.3.1 Incorporar indicadores de seguimiento de gestión de espacios y equipamientos en espacios no especializados (aulas, despachos, ...)
- RE- 5.4.1 Describir en el P5.05 cómo se integra la información procedente de las diferentes fuentes de información para el análisis y mejora de las quejas, sugerencias y felicitaciones
- RE- 6.1.1 Identificar a los responsables en las tareas relacionadas con la web de centro

- RE-6.2.1 Alinear la información de los procesos rendición de cuentas (P5.02) e información pública (P5.06) para clarificar complementariedades

El/la presidente/a de la Comisión Específica de Certificación de la Implantación del SGIC



Glòria González Anadón

Barcelona, 2 de marzo de 2021

Se hace constar que en la reunión de evaluación de esta propuesta se abstuvo la presidenta de la Comisión Específica de Certificación, en cumplimiento del reglamento de la Comisión y con el fin de mantener la imparcialidad en la evaluación.

## 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 suficientemente a las dimensiones del programa AUDIT y a las fases del Marco VSMA. 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 acceso relativamente fácil a los datos e indicadores para los diferentes grupos de interés.

1.7. La información que se deriva de la mayoría de los procesos del SGIC, basada en datos e indicadores, generalmente permite tomar decisiones 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 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.

2.2. 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 se realizan, generalmente, según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza un suficiente 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 que aborda únicamente sus aspectos más relevantes, aunque de forma estructurada. Se lleva a cabo un seguimiento de los elementos más relevantes del plan de mejora.

### 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 muy adecuada para asumir estas funciones y presenta una alta implicación. La toma de decisiones es muy adecuada y siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos.

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 suficiente 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 suficiente desarrollo de los programas formativos.

3.4. Se recoge información completa, fiable y sistemática 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, en general, eficientes y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Dicho plan 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.

#### **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 muy adecuada para asumir estas funciones y presenta una alta implicación. La toma de decisiones es muy adecuada y siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos.

4.2. Todas las acciones vinculadas con la gestión del personal académico se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos.

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 suficiente 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 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.

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 suficiente 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 de los elementos más relevantes 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 suficiente 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:** 08033195 Facultad de Ciencias

**Universidad:** Universidad Autónoma de Barcelona

**Fecha de la visita:** 10, 11, 17 y 19 de febrero de 2021

## ÍNDICE

<b>A. Introducción</b>	<b>3</b>
<b>B. Desarrollo del proceso de evaluación</b>	<b>5</b>
<b>C. Valoración de los estándares y criterios de evaluación</b>	<b>8</b>
<b>C1. Revisión y mejora del SGIC</b>	<b>8</b>
<b>C2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos</b>	<b>16</b>
<b>C3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado</b>	<b>21</b>
<b>C4. Personal académico</b>	<b>25</b>
<b>C5. Recursos materiales y servicios</b>	<b>29</b>
<b>C6. Información pública y rendición de cuentas</b>	<b>32</b>
<b>D. Resultado de la evaluación</b>	<b>37</b>
<b>E. Acta de envío del informe externo</b>	<b>38</b>
<b>Anexo. Alcance de la evaluación – Procesos evaluados</b>	<b>39</b>

# A. Introducción

## 1. Descripción del SGIC evaluado

<b>Centro:</b>	Facultad de Ciencias
<b>Sede:</b>	Campus Bellaterra (08193) Cerdanyola del Vallès
<b>Código:</b>	08033195
<b>Tipología:</b>	Propio
<b>Universidad:</b>	Universidad Autónoma de Barcelona
<b>Alcance del SGIC</b>	Titulaciones de grado y máster de la Facultad

## 2. Composición del Comité Externo de Certificación

<b>Rol</b>	<b>Nombre</b>	<b>Ámbito</b>	<b>Institución</b>
<b>Presidente</b>	Javier González Benito	Organización de Empresas	Universidad de Salamanca
<b>Profesional</b>	Jordi Llecha Sabaté	Servicios Sociosanitarios y Formación	Fiss
<b>Estudiante</b>	Mertixell Romans Casas	Ingeniería Química y Ambiental	Universidad de Girona
<b>Secretaria</b>	Ana Esther Cruz González	Coordinadora de la Unidad Técnica de Calidad	Universidad de la Laguna

## 3. Objetivo del informe<sup>1</sup>

La evaluación externa del Sistema de Garantía Interna de la Calidad (SGIC) de la Facultad de Ciencias 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 -febrero 2020- (en adelante Guía para la Certificación), en las seis dimensiones obligatorias que aborda: 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, enmarcado en la certificación de la implantación del SGIC, tiene principalmente dos finalidades:

<sup>1</sup> Las referencias realizadas en el presente documento a las figuras de vicedecano, profesor, coordinador, empleador, egresado, etc., tienen naturaleza genérica y se entenderán referidas indistintamente a hombres y mujeres, atendiendo al principio de igualdad y a la ausencia de discriminación por razón de sexo.

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, contenidas en una propuesta formalizada de acciones orientadas a la mejora.

## B. Desarrollo del proceso de evaluación

### 1. Breve descripción del proceso de evaluación

En el marco de las actuaciones prevista en el “Protocolo de actuación en el Marco VSMA debido a los efectos del Coronavirus SARS-COV-2”, aprobado por la Comisión de Evaluación de Instituciones y Programas de AQU Catalunya el 12 de mayo de 2020, se ha adaptado el proceso de certificación de la implantación del SGIC para ser desarrollado de forma no presencial. Todas las reuniones se han realizado utilizando el software Zoom.

El Comité de Evaluación Externa-SGIC (CEE-SGIC) realizó una visita previa virtual el 11 de noviembre de 2020, después de revisar de manera general la documentación disponible asociada al SGIC. Como resultado de esta visita previa el CEE-SGIC solicitó un conjunto de evidencias adicionales relevantes, no aportadas inicialmente, que el Centro se comprometió a entregar. Estas evidencias fueron presentadas en el plazo solicitado (16 de diciembre de 2020).

Posteriormente, se realizó la visita de certificación, desarrollada de manera virtual durante los días 10, 11, 17 y 19 de febrero de 2021. El programa de visita fue el siguiente:

#### 1ª jornada: 10 de febrero de 2021

(\*) NOTA: Se solicita la asistencia de los responsables de los procesos a aquellas reuniones en las que se abordan específicamente éstos

Horario	Actividad
9:00–9:15	Recepción del CEE por parte de la Universidad
9:15-9:45	Presentación del SGIC de la Facultad de Ciencias
9:45–10:15	<i>Trabajo interno CEE</i>
10:15-11:15	<b>Dimensión 1. Revisión y mejora del SGIC</b> P1_01 Definición de la política y objetivos de calidad P1_02 Definición, desarrollo, seguimiento y revisión del SGIC P5_01 Gestión documental
11:15–11:45	<i>Trabajo interno CEE</i>
11:45–12:45	<b>Dimensión 2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos</b> P1_03 Creación y diseño de titulaciones P2_04 Seguimiento y mejora de titulaciones P2_05 Modificación de titulaciones P2_06 Acreditación de titulaciones P2_07 Extinción de titulaciones P5_04 Satisfacción de los grupos de interés

12:45-13:30	<i>Trabajo interno CEE y fin de la sesión 1</i>
-------------	---

## 2ª jornada: 11 de febrero de 2021

Horario	Actividad
9:30-10:00	<i>Trabajo interno CEE</i>
10:00-11:00	<b>Dimensión 3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado</b> P4_01 Organización académica P2_01 Planificación y programación de asignaturas P2_02 Programación de Trabajo de Fin de Estudios P2_03 Programación de Prácticas Externas P3_02 Tutorización de alumnado P3_04 Evaluación del alumnado
11:00-11:30	<i>Trabajo interno CEE</i>
11:30-12:30	<b>Dimensión 3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado</b> P3_01 Acceso a estudios y perfiles de ingreso P3_03 Movilidad del alumnado P3_05 Actividades de promoción P5_03 Inserción laboral
12:30-13:15	<i>Trabajo interno CEE y fin de la sesión 2</i>

## 3ª jornada: 17 de febrero de 2021

Horario	Actividad
9:00-9:30	<i>Trabajo interno CEE</i>
09:30-10:00	<b>Dimensión 4. Personal académico y PAS</b> P4_02 Gestión política PAS P4_03 Gestión política PDI
10:00- 10:45	<b>Dimensión 5. Recursos materiales y servicios</b> P4_04 Gestión de espacios y equipamientos P4_05 Gestión de servicios P4_06 Gestión de recursos económicos
10:45-11:15	<i>Trabajo interno CEE</i>
11:15-12:00	<b>Dimensión 6. Información pública y rendición de cuentas</b> P5_02 Rendición de cuentas

	P5_05 Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones P5_06 Información pública
12:00-13:00	Entrevista con la Comisión de Calidad de Centro
13:00-13:30	<i>Trabajo interno CEE y fin de la sesión 3</i>

#### 4ª jornada: 19 de febrero de 2021

Horario	Actividad
9:00-10:00	<i>Trabajo interno CEE</i>
10:00-10:45	Entrevista con profesorado (de diferentes titulaciones grado y máster) y direcciones de departamento (de mayor y menor carga docente en el centro)
10:45-11:00	<i>Trabajo interno CEE</i>
11:00-11:45	Entrevista con estudiantes (de diferentes titulaciones grado/máster) y egresados/as (alguno trabajando en centros colaboradores)
11:45-12:30	Entrevista con el equipo técnico de calidad de la UAB
12:30-13:15	<i>Trabajo interno CEE</i>
13:15-13:45	Presentación de conclusiones preliminares y despedida

## 2. Incidencias

El proceso se ha desarrollado según la planificación establecida y en todo momento ha sido adecuado, sin producirse ninguna incidencia en el transcurso de la visita susceptible de señalar.

## 3. Actitud de la comunidad

El CEE-SGIC agradece la buena disposición de la comunidad universitaria y su colaboración, especialmente al equipo decanal de la Facultad de Ciencias, así como a su personal técnico de calidad y al personal de la Oficina de Calidad Docente durante el proceso de evaluación. Este agradecimiento se extiende a todas las personas y colectivos que participaron activamente en las audiencias virtuales celebradas, cuyas apreciaciones han sido fundamentales para ampliar el conocimiento del CEE sobre la institución, el Centro y el nivel de implantación de su SGIC.

El CEE-SGIC valora positivamente la actitud colaborativa y el compromiso de las personas con las que tuvo ocasión de dialogar por su predisposición, sus aportaciones y capacidad para responder a las cuestiones planteadas. Asimismo, pone en valor su interés en contribuir al desarrollo del proceso de evaluación y su resultado.

## C. Valoración de los estándares y criterios de evaluación

### C1. Revisión y mejora del SGIC

---

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

---

Implantación parcial       Implantación suficiente       Implantación avanzada

---

El centro dispone de dos procesos directamente asociados a la revisión y mejora del SGIC integrados en el Bloque de procesos relativos a la Política de Calidad del SGIC de la Facultad de Ciencias:

- P1.01. Definición de la política estratégica de calidad
- P1.02 Definición, despliegue, seguimiento y revisión del SGIC

Para la evaluación de la dimensión el CEE-SGIC ha valorado la documentación aportada y aquella que es pública y está disponible en la web de la Facultad.

#### **(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 (suficiente).*

*La toma de decisiones es adecuada pero no siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos (suficiente).*

La Facultad de Ciencias (en adelante FC) cuenta con un Sistema de Garantía Interna de Calidad (SGIC) establecido formalmente y de acceso público. El SGIC está estructurado en bloques de procesos que regulan distintos aspectos vinculados a los programas formativos y su implantación. El centro dispone de un Manual del SGIC que en su apartado 3.4 define de manera general a los responsables del SGIC y sus funciones, así como el enfoque hacia los grupos de interés según proceso. En el apartado 1.2 del Manual se presentan también los órganos de gobierno del centro y sus funciones, algunos con responsabilidades directas en el SGIC, sea el caso de la Decana, responsable de calidad de la Facultad, o la propia Comisión de Calidad de Centro. Esta última constituye el órgano que garantiza la implantación del SGIC y el seguimiento de la Política Estratégica de Calidad, definiéndose como órgano de control y supervisión.

En cada uno de los procesos del SGIC se establece, de manera detallada, las responsabilidades de los diferentes implicados (propietarios/gestores -académicos y técnicos-, otros agentes involucrados y grupos de interés) y su actuación en las distintas etapas del proceso. En este sentido, se recogen los órganos o cargos unipersonales responsables del conjunto del proceso, acción que recae principalmente en los miembros del equipo decanal en su mayoría (decana o vicedecanos); los gestores encargados de la

documentación e indicadores generados, las personas responsables de la revisión y mejora del proceso y la forma en la que participan los diferentes grupos de interés.

El CEE-SGIC valora el esfuerzo e implicación de la FC en el despliegue de la cultura de calidad y el compromiso del equipo decanal, especialmente de la decana, que asume las funciones de responsable de calidad del centro. A través de las estructuras establecidas, algunas de reciente creación como es el caso de la Comisión de Calidad, se ha trabajado para adaptar el SGIC de la UAB a la realidad del centro, buscando incrementar el acercamiento a los diferentes colectivos para que la cultura de calidad permee en mayor medida en la comunidad universitaria. Por su parte, la implicación de la UAB se hace patente en el compromiso por mejorar las estructuras precisas para el despliegue de la cultura de calidad en los centros, asignando personal técnico propio que trabaja de manera coordinada con la Oficina de Calidad Docente (OQD).

#### *AM-1.1.1. Revisar el apartado de propietarios de los procesos*

En el apartado 3 de cada proceso se recogen sus propietarios y gestores: unos de carácter académico y otros de tipo técnico. En algunos casos se incluyen otros órganos y funciones, como la Comisión de Calidad de Centro, aunque ésta no consta como propietaria o gestora del proceso (por ejemplo, en el P1.02), sino como responsable de determinadas tareas. En otros se recogen nuevos “participantes” (véase P2.04). Sería conveniente evitar la inclusión de quienes no sean propietarios o gestores del proceso o bien cambiar la denominación del apartado. En caso de modificarse el apartado, sería conveniente especificar las tareas de los otros participantes.

### **(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 (suficiente).*

*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)*

El centro dispone de una Política de Calidad vinculada al plan estratégico que el equipo decanal se compromete a desarrollar durante su mandato. Tras la visita previa, y según se desprende de la última versión compartida del Manual (2020), ésta se ha reformulado presentándose como “Política Estratégica de Calidad”. El SGIC cuenta también con un proceso específico para la definición de la citada política (P1.01) en el que se asimila política de calidad y plan estratégico.

La “Política Estratégica de Calidad” del Centro contempla 6 ejes de actuación, alineados a los ejes del plan estratégico de la UAB. Los 6 ejes se dividen en 16 líneas de acción. Para cada línea se establecen indicadores (integrados como estratégicos en el SGIC) y metas con diferentes horizontes temporales.

Según se desprende del cuadro resumen de la Política Estratégica de Calidad los “objetivos estratégicos” difieren de los “objetivos de calidad”. Estos últimos responden a los “indicadores de seguimiento” del SGIC, aunque en el Manual y en el P1.01 no aparece explícitamente esta correlación entre objetivos de calidad e indicadores de seguimiento.

#### *RE-1.2.1 Incluir los objetivos de calidad en la Política Estratégica de Calidad*

Los procesos del SGIC cuentan con indicadores estratégicos (vinculados al plan estratégico) e indicadores de seguimiento (asimilados a objetivos de calidad). El documento P1.01 se centra exclusivamente en el diseño, revisión y mejora del plan estratégico, dejando fuera los indicadores de seguimiento. En la práctica, también se establecen objetivos para los indicadores de seguimiento, pero en la redacción del Manual del SGIC y del P1.01 no se hace alusión a ello, centrándose fundamentalmente en la definición del plan estratégico. El CEE recomienda la inclusión de los objetivos de calidad en la Política Estratégica de Calidad del Centro y en el P1.01 junto a los objetivos estratégicos, al menos de manera similar a lo que se recoge en el cuadro resumen, donde se integran objetivos estratégicos y objetivos de calidad.

#### *RE-1.2.2 Revisar la asignación de objetivos estratégicos y/o de calidad a la vinculación del mandato del equipo directivo*

Se recomienda reflexionar acerca de la vinculación de los objetivos estratégicos y/o de calidad del SGIC a la periodicidad del mandato del equipo directivo. El SGIC es un instrumento vivo, sujeto a procesos de revisión y mejora continua, que evoluciona con el compromiso de los equipos directivos y en el enfoque centrado en los grupos de interés. La observación “por mandato del equipo de gobierno” asociada a algunos indicadores (P1.01\_Ind\_E-1) hace dudar acerca de su continuidad una vez que el centro cambie de equipo directivo.

### **(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. (suficiente)*

*Los procesos del SGIC implantados están generalmente vinculados, según lo descrito en el mapa. Así, se observa alguna incoherencia en la relación entre procesos. (suficiente)*

El SGIC incluye 27 procesos de reciente actualización (2020) agrupados en cinco bloques entre los que se incluyen los procesos transversales del SGIC de la universidad adaptados a las especificidades y acciones propias del centro. Aunque la tipología difiere del modelo marco de la UAB su agrupación es coherente y se asimila al formato tradicional que distingue entre procesos estratégicos –bloque de políticas de calidad-, procesos clave – bloques de titulaciones y estudiantado- y procesos de apoyo – bloques de organización y gestión de recursos y de gestión de la información-. Los procesos están representados gráficamente en un mapa que se incluye en el Manual del SGIC junto a la descripción de cada

uno de los bloques. El mapa de procesos resulta intuitivo y claro y muestra la interrelación entre grupos de procesos.

#### *RE-1.3.1 Reflexionar sobre la importancia de los distintos procesos*

Según se recoge en el último “Informe de Revisión del P1.02” se elimina la tipología de procesos del SGIC marco de la UAB (estratégicos, clave y de apoyo) y se establece una clasificación por bloques a través de la que se consigue, en palabras de los responsables, “otorgar a todos los procesos la misma importancia”. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que en la práctica no todos los procesos tienen la misma función en el despliegue del SGIC: unos establecen las directrices que marcan la pauta de los procesos, guiando al centro en la consecución de su misión, otros están directamente vinculados al principal objetivo de la FC, en este caso, los programas formativos, y otros se encargan de dar soporte, siendo necesarios para el funcionamiento del sistema.

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

*El SGIC implantado responde suficientemente a las dimensiones del programa AUDIT. Se garantiza el desarrollo de los programas formativos (suficiente)*

El Manual del SGIC incluye una tabla que muestra la correspondencia entre las dimensiones del programa AUDIT y los procesos del SGIC de la Facultad. Aunque el sistema del centro experimentó una última modificación importante en 2020, incorporando un número significativo de procesos y desdoblando otros, se ha podido comprobar que se mantiene el cumplimiento de las dimensiones AUDIT, aportándose evidencias de su implantación progresiva.

#### *RE-1.4.1 Incorporar al Manual del SGIC información sobre las equivalencias de los procesos del centro con versiones previas del sistema y del modelo marco de la UAB*

Del mismo modo que en el Manual del SGIC se incorpora la relación entre las directrices del programa AUDIT y los procesos del SGIC de la Facultad, el CEE recomienda incluir la tabla de correspondencia de los procesos del centro con versiones previas de estos. Ello permitiría visibilizar la evolución de los procesos del SGIC del centro y su correlación con el modelo marco del SGIC-UAB.

#### *RE-1.4.2 Formalizar un apartado en el Manual del SGIC que recoja los cambios introducidos en las distintas versiones y permita su trazabilidad*

En la portada del Manual del SGIC y de los procesos se hace referencia a distintas versiones del documento desde la implantación del sistema, incluyéndose fecha, órgano de aprobación y responsable. Sin embargo, no se observa un histórico de revisiones en el que se recoja el registro y detalle de dichos cambios. Para conocer tales cambios es preciso recurrir a los distintos informes de revisión del SGIC o bien hacer un análisis comparativo entre versiones. Aportar esta información en una tabla a modo de histórico permitiría

visibilizar la evolución de la documentación y los términos en los que esta ha sido actualizada.

### **(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)*

El Manual del SGIC dedica una sección a la gestión documental. A su vez, el sistema incorpora un proceso que establece los criterios para la organización, gestión y control de la documentación (P5.01). En particular, fija las pautas sobre el contenido, la estructura y codificación del manual, los procesos, la documentación de entrada (inputs) y salida (outputs), así como los indicadores. Para la gestión documental se utiliza la plataforma *One-Drive*, organizada en carpetas, que contiene la documentación más relevante del SGIC, aunque hay registros en otras ubicaciones según naturaleza. Todos los registros y su disposición pueden consultarse en la evidencia P5.01\_Out3. El CEE ha podido constatar que la documentación consultada se ajusta a la codificación establecida, sigue de forma sistemática la estructura fijada y está actualizada.

#### *RE-1.5.1 Automatización y/o simplificación de tareas*

Se identifica que las tareas vinculadas a la gestión documental se realizan, al menos en parte, de forma manual encargándose fundamentalmente de su gestión la Técnica de Calidad y en su caso los propietarios académicos de los procesos. En la medida de lo posible se recomienda valorar la automatización o en su caso la simplificación de algunas tareas con el objetivo de mejorar la eficiencia del sistema y la optimización de recursos humanos en acciones que pueden no aportar valor añadido al funcionamiento del SGIC, dada la dimensión del centro, el número de titulaciones y los procesos que integran el sistema. Un ejemplo podría ser utilizar el plan de mejoras del centro como instrumento único en lugar de reproducir un plan de mejoras por proceso dado que la información ya se integra en el plan de mejoras global.

### **(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. El sistema de gestión de la información permite un acceso relativamente fácil a los datos e indicadores para los diferentes grupos de interés (suficiente)*

A nivel institucional la UAB cuenta con un sistema *Datawarehouse* que permite almacenar, explotar y compartir con los centros la información relevante generada por la universidad en sus diferentes ámbitos (gestión académica, recursos humanos, investigación, gestión económica, infraestructuras, etc.). Existen otras fuentes internas que aportan datos al SGIC, sea el caso del sistema de indicadores de calidad (SIQ) o la plataforma OPINA, y fuentes externas como es la información disponible en el sitio web de la agencia evaluadora (EUC -

satisfacción, inserción laboral-), lo que garantiza a los responsables tener acceso a datos e indicadores fiables para realizar el análisis, la revisión y mejora de los procesos.

Internamente, el centro dispone de un “Cuadro Global de Indicadores” (hoja Excel) para la gestión de los indicadores estratégicos y de seguimiento vinculados al SGIC. En el cuadro se identifica el proceso, responsable y objetivo a alcanzar, así como la evolución de los datos de 4 cursos académicos. Asimismo, cuenta con un “Plan de Mejoras del Centro” que agrupa todas las acciones de mejora asociadas a los planes específicos por proceso (revisión SGIC) y las relativas a las evaluaciones realizadas en el marco VSMA. La información relevante sobre datos e indicadores es pública y está disponible en la web del centro y/o de la UAB, pudiendo tener acceso a ella los diferentes grupos de interés.

Como se indicó en el estándar 1.5 (véase RE-1.5.1), se recomienda impulsar la mejora de la eficiencia del sistema de gestión de información por medio de su posible automatización, lo que haría incrementar su eficacia y fiabilidad.

#### *RE-1.6.1 Completar la información sobre gestión documental*

En algunos procesos, sea el caso del P2.01 Planificación y programación de asignaturas o del P4.03 Gestión de la Política de PDI, se introducen algunas aplicaciones institucionales no recogidas explícitamente en el Manual del SGIC (p.e. aplicación de Guías Docentes) o en el proceso vinculado a la gestión documental (P5.01). Sería un valor añadido su inclusión, dada la importancia de la información que aportan vinculada a las titulaciones, asignaturas y profesorado.

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

*La información que se deriva de la mayoría de los procesos del SGIC, basada en datos e indicadores, generalmente permite tomar de decisiones para garantizar la calidad de las titulaciones. (suficiente)*

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

El centro cuenta con un proceso para la definición, despliegue, seguimiento y revisión del SGIC (P1.02) a través del que se realiza el análisis, la revisión y mejora del sistema. Cada proceso cuenta a su vez con un apartado específico dedicado a su revisión y mejora. Las comprobaciones periódicas de cada proceso se concretan en un “informe de revisión” y en el establecimiento de acciones recogidas en el “plan de mejoras del proceso”, dirigidas a incrementar su eficacia. Las mejoras, fruto de la revisión del SGIC y del resultado de otros procesos de evaluación (VSMA, por ejemplo), se incluyen conjuntamente en el “Plan de Mejoras del Centro”. Los planes de mejora, tanto los específicos por proceso como el global del centro, se presentan de forma estructurada.

La Comisión de Calidad, como órgano responsable de velar por el cumplimiento de los procesos y su mejora, realiza anualmente un “informe de control” en el que revisa el grado de consecución de los objetivos establecidos por proceso y la conveniencia y evolución de los planes de mejora acordados. A pesar de su reciente creación se ha podido consultar el primer informe de control del citado órgano y se espera que en próximas evaluaciones

pueda constatar su madurez. En cualquier caso, se puede afirmar que se aportan evidencias que confirman la implantación del proceso de análisis y mejora del SGIC y la actualización del sistema.

*AM-1.7.1 Ajustar la información sobre los objetivos a alcanzar en el Cuadro Global de indicadores para dotarla de mayor precisión*

El centro dispone de un cuadro global de indicadores ligados a los objetivos estratégicos y de seguimiento (calidad). En algunos casos, el “valor objetivo” asociado a los indicadores se plantea a largo plazo (a conseguir en el año 2023 o 2024) con independencia de su mayor o menor grado de dificultad y/o de su evolución. De hecho, hay valores que ya se han conseguido desde el curso 2017, si bien el valor objetivo sigue establecido para el año 2023 (P4.03\_Ind-E1). El CEE estima conveniente revisar los valores objetivos y dotarlos de mayor precisión o en su caso de aclaración.

*AM-1.7.2 Revisar y ajustar la información referida a la naturaleza de algunas acciones en los planes de mejora*

En los planes de mejora (específicos por proceso y global del centro) se recoge información amplia y diversa. No obstante, la naturaleza de algunas acciones no permite hacer un seguimiento progresivo para valorar su nivel de consecución al tratarse de acciones no cuantificables. Por ejemplo, en la propuesta 1 del plan de mejoras global (P1.01) se establece como acción “continuar con las reuniones de profesorado del grado” y el indicador asociado (que se confunde con una evidencia) son las “actas”; o en la propuesta 15 (P4.03) “activar la comisión de igualdad” cuyo indicador (que es una evidencia) es un “documento”. En este último caso la información aportada se reduciría a comprobar si se cumple o no la acción. El CEE considera necesario revisar y ajustar la naturaleza de algunas acciones a fin de contar con indicadores medibles, objetivables y cuantificables.

*RE-1.7.1. Revisar la pertinencia de los indicadores estratégicos y de seguimiento de los procesos del sistema, seleccionando los más importantes*

Se han establecido indicadores estratégicos y de seguimiento vinculados a los 27 procesos del SGIC. Sin embargo, la información que aportan no siempre muestra como el centro avanza en la consecución de los objetivos previstos. Por ejemplo, el indicador estratégico P1.01\_Ind-E1. *Grado de cumplimiento de las líneas estratégicas de mandato de la Facultad*, cuyo valor objetivo es el 100% en el año 2022, no aporta ningún valor en los diferentes cursos académicos, ni presenta valores objetivos a alcanzar de manera progresiva, por lo que no es posible realizar un seguimiento de su evolución. Sería conveniente revisar la pertinencia de los distintos indicadores, identificando los que resultan más importantes para el sistema. Es decir, aquellos que realmente puedan aportar información relevante y resultar claves para medir, de forma efectiva, la calidad de las actividades del centro y sus titulaciones, así como tener mayor impacto en la mejora, más allá de la utilidad que puedan tener para cada proceso. En este sentido, se podrían establecer sinergias con los indicadores vinculados a la gestión de las titulaciones, por ejemplo.

*RE-1.7.2 Inclusión de la periodicidad en el apartado de revisión y mejora de los procesos del sistema*

Los procesos tienen un apartado dedicado a su revisión y mejora en el que se establecen responsabilidades, si bien no siempre se recoge la periodicidad y plazos temporales para su realización. Se alude a revisiones periódicas. Sería conveniente incluir dicha periodicidad, tanto en las tareas de revisión y mejora como aquellas otras que lo requieran. En la práctica, las acciones se llevan a cabo en periodos concretos y su inclusión facilitaría el desarrollo y seguimiento de los procesos, su gestión y conocimiento por parte de los distintos responsables y grupos de interés implicados.

*RE-1.7.3 Integrar y mejorar la presentación de resultados en el cuadro global de indicadores y su grado de consecución*

A través del cuadro global de indicadores el centro realiza el seguimiento de los indicadores estratégicos y de seguimiento/calidad vinculados al SGIC y su mejora. Asimismo, cuenta con una tabla para realizar el seguimiento de la estrategia de calidad de la FC y una ficha de seguimiento y responsabilidades del SGIC. En este sentido, sería recomendable integrar la información en un mismo documento, contando así con una herramienta estratégica que proporcione información útil para la toma de decisiones y para garantizar la mejora continua del centro y sus titulaciones a partir de los resultados y sus tendencias; herramienta que estaría directamente vinculada al plan de mejoras global. La introducción del código de colores ya utilizado en el informe de control de la Comisión de Calidad de Centro podría ayudar a hacer esta herramienta más operativa.

*RE-1.7.4 Revisar algunas cuestiones menores de redacción en el P1.02. Definición, despliegue, seguimiento y revisión del SGIC*

En la descripción del proceso para la “Definición, despliegue, seguimiento y revisión del SGIC” (P1.02) deberían mencionarse los informes de revisión de los procesos como uno de los documentos a utilizar por la Comisión de Calidad para realizar el informe de control anual. Asimismo, habría de distinguirse entre el “Informe de control de la Comisión de Calidad” como elemento a utilizar para elaborar el propio “Informe de control de la Comisión de Calidad”, añadiendo al primero la indicación “del año anterior”, tal y como aparece en el input 7 para que no conlleve a error. Esta sería la manera de clarificar que hace referencia a dos versiones distintas.

## 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

---

El centro dispone en su SGIC de un bloque de procesos asociados al Marco VSMA (verificación, seguimiento, modificación y acreditación) denominado "Titulaciones". De una manera directa, los procesos vinculados al diseño, revisión y mejora de las titulaciones y su evaluación son los siguientes:

- P1.03. Creación y diseño de titulaciones
- P2.04. Seguimiento y mejora de titulaciones
- P2.05. Modificación de titulaciones
- P2.06. Acreditación de titulaciones

Adicionalmente incluye el P2.07 de Extinción de titulaciones.

Para la evaluación de la dimensión el CEE-SGIC ha valorado la documentación aportada y aquella que es pública y está disponible en la web de la Facultad y/o de la universidad.

### **(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 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 centro ha definido en su SGIC un grupo de procesos asociados al Marco VSMA que tienen su correspondencia con procesos clave del SGIC-UAB. Estos procesos, que dependen de órganos o servicios centrales, tienen gran repercusión en la Facultad y sus titulaciones, constatándose la implicación de diferentes responsables según nivel de actuación (titulación, centro, servicios institucionales...). La cadena de responsabilidades vinculada a estos procesos es adecuada y garantiza la recogida de información y el análisis y mejora necesaria para responder al Marco VSMA, tal y como se constata en los distintos informes de evaluación externa. Puesto que se trata de responsabilidades compartidas, la coordinación entre los responsables del centro e institucionales resulta precisa para el correcto funcionamiento de los procesos transversales.

El CEE valora la implicación de los coordinadores de titulación a lo largo de estos años en los procesos asociados al VSMA para su correcto funcionamiento y así se recoge en los informes de evaluación externa. Muestra de su participación es la responsabilidad asumida

en las diferentes acciones incluidas en los planes de mejora y, concretamente, en los procesos asociados a la evaluación de titulaciones. La consolidación de apoyo técnico de calidad en el centro viene a facilitar el trabajo que vienen desarrollando los coordinadores.

*AM-2.1.1 Incluir en la documentación del SGIC el papel de las Comisiones de Docencia y aclarar su papel en la revisión y mejora de los títulos*

Resulta conveniente incluir en el Manual del SGIC quienes forman las Comisiones de Docencia y cuáles son sus funciones, en la misma línea de las Comisiones de Asuntos Académicos de Grado y de Posgrado, dada su importancia como órgano vinculado a la gestión de las titulaciones. Específicamente sería oportuno recoger el papel de estas comisiones en la revisión y mejora de los programas formativos y en la elaboración de los documentos de seguimiento de los títulos. Aparentemente sólo se asignan responsabilidades al equipo de coordinación de cada titulación, si bien el proceso P2.04 contempla como outputs las actas de las comisiones de docencia de cada titulación (Out1). En el gestor documental (carpeta de Titulaciones) sólo aparecen actas para algunos programas formativos.

## **(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.**

*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 se realizan, generalmente, según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza un suficiente desarrollo de los programas formativos (suficiente)*

Se evidencia que el centro, a través de su SGIC, lleva a cabo los procesos vinculados al diseño (P1.03), revisión (P2.03) y mejora (P2.04) de los programas formativos dentro del Marco VSMA, obteniendo resultados favorables según consta en las evaluaciones externas correspondientes, como puede comprobarse en los diferentes informes publicados en las distintas páginas web (centro, UAB, agencia). Mediante el desarrollo de estos procesos se garantiza la identificación y subsanación de posibles desajustes relacionados con los programas formativos y así se refleja en los planes de mejora asociados a los procesos VSMA o en el plan de mejoras global del centro. Para garantizar la organización de los distintos procesos del Marco VSMA y sus principales hitos el centro dispone de un calendario de calidad común a sus titulaciones.

*BP-2.2.1 Disponer de un calendario de calidad del centro*

El CEE destaca como buena práctica el “calendario de calidad” establecido por el centro atendiendo al calendario de la UAB en el que recoge para el curso académico los hitos más importantes vinculados al ciclo VSMA (plazos con la elaboración de Memorias en el caso de nuevos títulos, informes de seguimiento, cumplimentación de guías docentes, recopilación de evidencias vinculadas a éstos -encuestas, por ejemplo-). Se considera un documento estratégico que contribuye a mejorar la organización de los procesos y sus acciones, teniendo en cuenta las dimensiones del centro (25 títulos, 12 grados -algunos dobles- y 13 másteres -algunos interuniversitarios-).

#### *AM-2.2.1 Revisar el objetivo y alcance del proceso de Creación y Diseño de Titulaciones (P1.03) para garantizar su coherencia*

El objetivo del proceso P1.03 hace alusión a la implantación de una titulación siguiendo el calendario y la normativa propuesta, pero no refleja la creación y diseño de un título como parte del mapa de titulaciones del centro. El CEE considera necesario alinear en mayor medida la denominación del proceso, su objetivo, alcance y desarrollo para garantizar la oportuna coherencia.

#### *RE-2.2.1 Clarificar las denominaciones de evidencias para evitar confusión*

Sería recomendable clarificar las denominaciones de algunas evidencias para evitar confusión. Así, por ejemplo, los inputs 8 y 9 del P2.04 parecen estar haciendo referencia a un mismo documento, aunque en la práctica se entiende que puedan referirse, por un lado, al modelo marco de la UAB que proporciona la ODQ y por otro al modelo de informe cumplimentado, referido a la Facultad. Sería oportuno diferenciar el modelo marco de Informe de Centros UAB del informe cumplimentado por la FC y referido al curso anterior. La denominación, tal y como aparece, puede llevar a confusión.

### **(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)*

A nivel institucional la UAB cuenta con un sistema centralizado de recogida, gestión y almacenamiento de la información (*Datawarehouse*) que aporta a los centros y sus titulaciones datos e indicadores vinculados al proceso de enseñanza-aprendizaje. El sistema es robusto y fiable, destacándose como buena práctica en el informe de evaluación externa de los elementos transversales de la universidad (2019).

La FC dispone a su vez de un cuadro global (hoja de cálculo) en el que se recogen los indicadores del centro y su evolución. Asimismo, elabora de manera periódica un “Informe de Seguimiento del Centro” que incluye los indicadores más relevantes y el análisis de cada programa formativo bajo su alcance. A través de este informe se constata que se recopilan y analizan, de manera sistemática, los distintos resultados recopilados a través de fuentes internas (académicos, personal académico...) o externas a la institución (satisfacción de los grupos de interés -estudiantes y egresados-, inserción laboral...). Estos resultados atienden a los 6 estándares del modelo de seguimiento. El Centro cuenta también con información de tipo cualitativo, sea el caso de los informes de evaluación externa, cuyas recomendaciones se integran en los planes de mejora del centro y juegan un papel fundamental en la revisión de las titulaciones. Puede afirmarse, por tanto, que los indicadores del SGIC vinculados a las titulaciones se recogen y se tienen en cuenta en el análisis, revisión y mejora continua de los programas formativos.

#### *RE-2.3.1 Completar el cuadro global con los indicadores más relevantes sobre titulaciones*

En el cuadro global los indicadores se recogen a nivel centro. Aunque en la página web están disponibles los indicadores de seguimiento de las titulaciones y se realiza el correspondiente análisis a través del “Informe de Seguimiento del Centro” no queda claro en qué herramienta del SGIC (cuadro de mando por ejemplo) se recoge la información cuantitativa relativa a las titulaciones para que, de manera fácil, los responsables puedan realizar el seguimiento y comprobar la evolución, entre otros, de los indicadores previstos en la última versión de la memoria de verificación (número de estudiantes de nuevo ingreso, tasa de abandono, graduación y éxito, porcentaje de profesorado permanente, etc.). Sería oportuno que la información más relevante se incorporara en el cuadro global desagregada por titulación. Esto facilitaría su análisis e incluso la comparativa entre titulaciones y sus tendencias, teniendo en cuenta que tras la certificación de la implantación del SGIC la FC asume una importante responsabilidad en la toma de decisiones sobre las titulaciones que están bajo el alcance del sistema del centro.

#### *RE-2.3.2. Mejorar la participación de los estudiantes en las encuestas de satisfacción*

La baja tasa de respuesta y escasa representatividad de las encuestas de satisfacción de los estudiantes (asignaturas, por ejemplo) es un área de mejora recurrente en los informes externos de los distintos procesos de evaluación (centro, titulaciones, elementos transversales...) y así se refleja en el plan de mejoras global del centro y en el plan específico del proceso. Sería oportuno realizar una revisión de las acciones que han venido realizándose a lo largo de los diferentes cursos académicos y valorar su impacto con el fin de impulsar nuevas acciones y fórmulas encaminadas a incrementar la participación de este colectivo.

#### *RE-2.3.3. Incorporar en el P2.04 indicadores basados en la gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones*

El proceso de seguimiento y mejora de titulaciones (P2.04) incorpora indicadores basados en la encuesta de satisfacción realizada a los estudiantes y contempla, consecuentemente, los informes resultantes de la aplicación de dichas encuestas como inputs del proceso. El informe sobre quejas, sugerencias y felicitaciones resultante del P5.05 podría ser un input relevante para el citado proceso y facilitar indicadores de seguimiento de gran utilidad. El CEE recomienda valorar la posibilidad de incluir en el P2.04 indicadores basados en la gestión de las quejas, sugerencias y felicitaciones y su correspondiente informe.

#### *RE-2.3.4 Concretar en el P5.04 los mecanismos de medición de la satisfacción de PDI, PAS y empleadores*

Se recomienda reflexionar sobre los mecanismos de recogida de satisfacción de colectivos como el PDI, el PAS o los empleadores. En el P5.04 se alude a métodos cualitativos para el colectivo de PDI, por ejemplo, las reuniones (Comisiones de Docencia, reuniones con colectivos particulares), algunas a celebrar al menos una vez al año y otras de manera puntual cuando las circunstancias lo demandan. Sobre el PAS no se indica la forma en la que se recoge su satisfacción. Tampoco sobre los empleadores, si bien en otros procesos se alude a la encuesta de empleabilidad. El CEE recomienda concretar los mecanismos para recopilar

la satisfacción de estos colectivos, fundamentalmente del PDI, con gran incidencia en el análisis y revisión de los programas formativos.

#### **(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 que aborda únicamente sus aspectos más relevantes, aunque de forma estructurada. Se lleva a cabo un seguimiento de los elementos más relevantes del plan de mejora (suficiente)*

A partir de la documentación y evidencias aportadas se constata que los programas formativos se revisan y analizan periódicamente, estableciéndose los planes de mejora oportunos. En este sentido, los “Informes de Seguimiento de Centro” (y sus titulaciones), los “Informes de Acreditación” y los “Planes de Mejora específicos por Titulación” son instrumentos que evidencian el análisis, la revisión y la mejora continua de los programas formativos.

##### *AM-2.4.1 Incluir en el P2.04 los planes de mejora por titulación y aclarar cómo se generan*

Si bien el CEE-SGIC comprueba que cada grado y máster cuenta con un plan de mejora propio disponible en la carpeta de Titulaciones, estos no se explicitan en el P2.04. Además, surgen dudas sobre cómo se generan y gestionan dichos planes de mejora. Sería recomendable recoger y detallar en el proceso de seguimiento y mejora de las titulaciones (P2.04) esta información que es trascendental para el desarrollo y mejora continua de los programas formativos.

##### *RE-2.4.1 Aclarar la vinculación entre el Documento de Seguimiento del Título y el Informe de Seguimiento del Centro.*

En la documentación consultada se encuentran los “Informes de Seguimiento del Centro” (ISC), en los que se incluye el análisis y seguimiento de las titulaciones bajo el alcance de la FC. El último ISC disponible se refiere al curso 2018-2019. Por su parte, los documentos específicos de Seguimiento de Titulaciones (DST) (P2.04\_Out3) están publicados hasta el curso 2012-2013. Sería recomendable clarificar en el proceso de seguimiento y mejora de titulaciones si el ISC es la compilación de los DST. De ser así, se recomienda hacer referencia en la documentación a un único output en lugar de tratarlos como informes independientes para que no lleve a confusión.

### 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 incorpora en su SGIC diversos procesos que inciden en mayor o menor medida en la enseñanza-aprendizaje y en los sistemas de apoyo a los estudiantes. La mayor parte de ellos se agrupan en el Bloque 3. Alumnado:

- P2.01. Planificación y programación de asignaturas
- P2.02. Programación de trabajo fin de estudios
- P2.03. Programación de prácticas externas
- P3.01. Acceso a los estudios y perfil de ingreso
- P3.02. Tutorización de los estudiantes
- P3.03. Gestión de la movilidad de los estudiantes
- P3.04. Evaluación de los estudiantes
- P3.05. Actividades de promoción y difusión
- P4.01. Organización académica
- P5.03. Inserción laboral
- P5.05 Quejas, sugerencias y felicitaciones

Para la evaluación de la dimensión el CEE-SGIC ha valorado la documentación aportada y aquella que es pública y está disponible en la web de la Facultad y/o de la universidad.

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

La cadena de responsabilidades está definida en cada uno de los procesos asociados a la enseñanza-aprendizaje y garantiza la atención y apoyo a los estudiantes. La asignación de responsabilidades descansa en órganos unipersonales encargados de asegurar el correcto funcionamiento de los procesos según niveles de actuación. En algunos casos, existen procesos que incluyen acciones que requieren intervención institucional de los Vicerrectorados competentes, mientras otras están relacionadas con la toma de decisiones de los responsables de centro, coordinadores de las titulaciones o profesorado de las asignaturas.

Se destaca la coordinación de las estructuras del centro con los responsables institucionales competentes (vicerrectorados, servicios...) para llevar a cabo las mejoras asociadas a algunos procesos que afectan a cuestiones transversales vinculadas al modelo marco del

SGIC-UAB. Se percibe el esfuerzo del centro por realizar una toma de decisiones atendiendo a las responsabilidades según ámbito de actuación.

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

Se constata que el centro tiene en cuenta lo establecido en los procesos asociados a la enseñanza-aprendizaje y que las acciones están encaminadas a favorecer el aprendizaje de los estudiantes y su tutorización. Para el acceso, la FC se esfuerza en difundir información y promocionar su actividad y titulaciones, siguiendo un proceso específico (P3.05) con acciones enmarcadas en el plan de acción tutorial de la Facultad y de la UAB. La metodología de enseñanza, si bien está determinada por la memoria del título, está condicionada por la planificación y programación de asignaturas (P2.01). Lo mismo pasa con los sistemas de evaluación, están predeterminados por la memoria, aunque se perfilan en las guías docentes. A su vez, la evaluación de los estudiantes se desarrolla administrativamente conforme al proceso establecido (P3.04).

Para la gestión de los TFG el centro cuenta con una guía (P2.02\_Inp4) que recoge los aspectos comunes más relevantes de la asignatura (fases, calendario, evaluación...), de aplicación a todos los grados de la FC. En el “Plan de mejoras global del centro” se prevé la ampliación de esta práctica a los TFM. Asimismo, la vinculación de la Facultad al entorno científico cercano facilita el desarrollo de la docencia, así como el aprendizaje de los estudiantes y es una de las principales vías de empleabilidad del alumnado, según se recoge en el Manual del SGIC.

De manera general puede considerarse que la implantación de los distintos procesos ha contribuido de forma positiva a garantizar el desarrollo adecuado de los programas formativos si se tienen en cuenta además los resultados obtenidos en los informes de evaluación externa y las tasas de éxito de los estudiantes de grado en asignaturas como el TFG/TFM o prácticas externas.

Como se indicó en el estándar 1.7. (RE-1.7.2) sería oportuno incluir aspectos temporales en los procesos ya que no siempre queda claro cuándo deben realizarse las tareas descritas o si son tareas sujetas a programación. Por ejemplo, en el proceso P4.01 debería recogerse al menos un plazo para elaborar el calendario académico (exámenes, periodos de modificación de matrícula...). Si bien esta tarea está condicionada por decisiones previas del Consejo de Gobierno, como así se recoge en el proceso, puede establecerse al menos un trimestre o mes del año en el que debería realizarse. En el proceso P2.01, sin embargo, la temporalización queda clara en las distintas tareas que incluye.

### *RE-3.2.1 Valorar la implementación de una plataforma que englobe las ofertas de Prácticas Externas y TFG/TFM para las titulaciones del centro*

Se recomienda poner en marcha una plataforma interactiva que facilite el acceso, la consulta y elección de las ofertas por parte de los estudiantes, de forma que se agilice su gestión y así sea un procedimiento más ejecutivo para responsables, estudiantes y empresas. Además, dicha plataforma permitiría la selección de los candidatos de cada oferta.

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

El SGIC incorpora dos procesos directamente vinculados con el apoyo al alumnado. En el proceso de Tutorización de los estudiantes (P3.02) se muestran las diferentes actividades destinadas a acompañar y apoyar a los estudiantes (acogida, tutoría académica, tutoría profesional, acompañamiento al alumnado con necesidades educativas especiales y/o a deportistas de élite), lo que se refleja en el Plan de Acción Tutorial de la UAB y de la FC. Asimismo, el proceso de Inserción profesional (P5.02) promueve diferentes tipos de actividades (acceso a la información y ofertas de empleo, actividades de inserción profesional y acciones de desarrollo personal y profesional).

Se comprueba que el centro desarrolla acciones de mejora vinculadas con el apoyo a los estudiantes (asignación de tutores por semestre/módulos, grupos de discusión estudiantes y profesorado, etc.) contemplándose éstas en el plan de mejoras global del centro y/o específico del proceso.

### *BP-3.3.1 Acompañamiento del alumnado con Necesidades Educativas Específicas y deportistas de élite*

Se percibe como buena práctica las acciones de acompañamiento orientadas a los estudiantes con necesidades educativas específicas destinadas a facilitar su aprendizaje y desarrollo profesional. Asimismo, las actividades dirigidas a los deportistas de élite; acciones que se desarrollan a nivel institucional y que son adaptadas en el Plan de Acción Tutorial de la Facultad. Así, por ejemplo, desde el centro en coordinación con el Servicio de Inclusión de la UAB (PIUNE) se garantiza el seguimiento de los estudiantes por cada tutor a lo largo del curso académico, se asegura la adaptación de las metodologías y de los materiales de las asignaturas para atender a las necesidades específicas de los estudiantes, se realizan ajustes en la temporalización de las pruebas evaluativas, etc.

### *AM-3.3.1 Completar aspectos procedimentales y outputs en el proceso de Tutorización de los Estudiantes (P3.02)*

En algunos casos la información del P3.02 resulta muy genérica o no se recoge. En el apartado 8 se listan los objetivos y el catálogo de actividades atendiendo a distintas

tipologías (tutoría académica, tutoría profesional...) pero no se establecen pautas sobre cómo deben desarrollarse. La lectura del proceso no permite que alguien que quiera organizar una actividad sepa dónde tiene que acudir o a quién puede solicitar su realización. Por ejemplo, se contemplan coloquios realizados con diferentes colectivos (profesionales, antiguos alumnos) y organizados por distintos grupos de interés (coordinadores, estudiantes) sea el caso de actividades de orientación profesional, pero no se establece cómo estos colectivos deben coordinarse con el Centro (ej. para la utilización de espacios, para evitar contra programaciones, etc.). Por otro lado, en este proceso se recoge la evidencia codificada Out3. Sin embargo, no se encuentra en el apartado 5, donde debería integrarse junto al resto de outputs. De la misma forma, el flujograma incluye una actividad de seguimiento de las actividades que no aparece en la descripción.

#### **(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 completa, fiable y sistemática sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje y el apoyo al alumnado. (satisfactorio)*

El centro cuenta con datos e indicadores vinculados a los procesos de enseñanza-aprendizaje y apoyo a los estudiantes (tasas de rendimiento académico, resultados de las asignaturas, satisfacción de los implicados, quejas, sugerencias y felicitaciones, inserción laboral, etc.) que proceden de distintas fuentes de información. Estos datos son aportados a través del sistema centralizado de la universidad o por medio de otros servicios institucionales (OQD, por ejemplo).

En su mayoría, la información recopilada es objeto de análisis para la mejora, lo que se refleja en los “Informes de Seguimiento del Centro” (y sus titulaciones), así como en sus correspondientes planes de mejora. La información disponible se considera fiable.

#### **(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 apoyo al alumnado son, en general, eficientes y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Dicho plan 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)*

Se comprueba, a través de las evidencias resultantes (Informes de Seguimiento del Centro, Informes de Acreditación, Informes de revisión de los procesos, cuadro global de indicadores...), que los procesos vinculados a la enseñanza-aprendizaje y apoyo a los estudiantes se analizan. Las acciones de mejora, fruto de la revisión y de las diferentes evaluaciones -VSMA-, se recogen en los correspondientes planes de acción y se presentan de forma estructurada. En todos los casos, salvo en el P4.01, se han identificado acciones de mejora.

Como se indicó en el estándar 2.4. (AM-2.4.1) sería oportuno incluir los planes de mejora por titulación y aclarar cómo se generan como evidencias que incluyen acciones de mejora asociadas al proceso de enseñanza-aprendizaje y apoyo a los estudiantes.

## 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 cuenta con un proceso directamente relacionado con la competencia y cualificación del personal académico en el que define sus actuaciones en diferentes ámbitos (formación, evaluación...) para garantizar su calidad:

- P4.03. Gestión de la política de PDI

En esta dimensión influyen otros procesos, sea el caso de:

- P2.01. Planificación y programación de las asignaturas
- P2.02. Programación del TFE
- P2.03. Programación de Prácticas Externas
- P5.04. Satisfacción de los grupos de interés

Para la evaluación de la dimensión el CEE-SGIC ha valorado la documentación aportada y aquella que es pública y está disponible en la web de la Facultad y/o de la universidad.

### **(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 muy adecuada para asumir estas funciones y presenta una alta implicación. La toma de decisiones es muy adecuada y siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecidas en los procesos. (satisfactorio)*

La gestión de la política de PDI es competencia directa de la UAB si bien en el P4.03 se define el papel y responsabilidades del centro en las acciones relativas al personal académico (consecución y mantenimiento del personal docente adecuado para responder a las necesidades de los programas formativos, formación e innovación docente y evaluación del profesorado). Además de prestar el apoyo necesario a los departamentos, la FC desempeña funciones relevantes en la solicitud de nuevas plazas o en el nombramiento de personas que desarrollarán cargos de gestión en el Centro, teniendo también ciertas responsabilidades en la formación, innovación y evaluación del PDI.

Se considera que la aplicación de la cadena de responsabilidades es adecuada y se corresponde con lo previsto según niveles de actuación. La centralización de determinados procesos y acciones implica que los Centros sigan las indicaciones de órganos/servicios centrales, mientras que la responsabilidad de la Facultad esté asociada a acciones asignadas a su ámbito competencial.

#### **(4.2) Acciones relacionadas con la gestión del personal académico y el desarrollo de los programas formativos.**

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

Como se indicó en el apartado anterior, las acciones relacionadas con la gestión del personal académico son lideradas por la UAB y por los departamentos, colaborando el centro en la solicitud y mantenimiento del PDI para garantizar la docencia en los programas formativos, ordenar la programación docente y realizar recomendaciones sobre el perfil del profesorado idóneo para las titulaciones/ asignaturas. Aunque en la documentación aportada no se recogen registros que permitan evidenciar las acciones realizadas, durante las visitas virtuales el CEE ha podido constatar que las actuaciones se llevan a cabo según lo previsto y permiten un adecuado desarrollo de los programas formativos.

##### *BP-4.2.1 Disponibilidad de una Guía de Ayuda para el PDI de la Facultad*

La universidad pone a disposición del profesorado novel un Manual que incluye información de interés sobre la organización y gobierno de la UAB, descripción de servicios, herramientas y recursos, etc. A su vez, el Centro adapta esta información a sus características, presentando la Guía de Ayuda donde recoge información de interés para su profesorado (calendarios, horarios, acceso a recursos, campus virtual, normativa, etc.). Se considera una buena iniciativa y se observa el interés de la Facultad porque sea un instrumento en proceso de revisión y mejora, como así se establece en el plan de acciones (P4.03).

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

*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 suficiente desarrollo de los programas formativos. (suficiente)*

Tal y como se recoge en el P4.03 se desarrollan acciones relacionadas con la formación y evaluación del personal académico. En materia de formación del PDI, la actuación del centro se asocia a la difusión y promoción de las actividades formativas, pero también participa en la organización de formación a medida a partir de la detección de necesidades. Sobre la evaluación del personal académico, el papel del centro consiste en animar al profesorado a realizar la evaluación y a elaborar los correspondientes informes de evaluación. Asimismo, desde la Facultad se anima a los estudiantes a participar en las encuestas de satisfacción para valorar las asignaturas y la actividad docente del profesor.

##### *AM-4.3.1 Disponer de registros que permitan evidenciar las acciones de formación y evaluación de profesorado realizadas por el centro*

En la documentación aportada no se cuenta con registros que permitan evidenciar todas las acciones de formación y evaluación realizadas por el centro ni el nivel de participación del

profesorado, únicamente es posible verificar la existencia de resultados de las encuestas de evaluación del profesorado. Sin embargo, en las visitas se evidencia el desarrollo de estas actividades, sea el caso de la formación a medida o la elaboración de informes de evaluación del PDI. El CEE estima necesario que se registren en el SGIC las acciones de formación y evaluación de profesorado desarrolladas desde el centro para que pueda constatar su realización.

#### **(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 UAB pone a disposición del centro datos sobre el PDI vinculados al seguimiento de las titulaciones para abordar el estándar 4 sobre adecuación del personal académico: porcentaje de profesorado permanente y profesorado doctor, número de horas impartidas según categoría, resultados de satisfacción de estudiantes, resultados de la formación y evaluación PDI, etc. A su vez el centro cuenta con un “cuadro global de indicadores” donde recoge indicadores estratégicos o de seguimiento vinculados a los procesos que podrían incidir en la gestión, formación y evaluación del PDI (P4.03, P5.04, P5.05). Esta información es utilizada para generar los informes de seguimiento del proceso y el correspondiente plan de mejoras.

El CEE considera que el P4.03 debería clarificar cómo se integran en el SGIC los resultados institucionales sobre el profesorado y su cualificación. Asimismo, como se ha señalado en la dimensión 1 (RE-1.7.1), sería oportuno revisar y reflexionar sobre la pertinencia de algunos indicadores asociados a fin de determinar si los indicadores incluidos en el SGIC son los más adecuados para detectar necesidades y promover acciones en este sentido.

##### *RE-4.4.1 Detallar las actividades de análisis y mejora vinculadas a la evaluación del PDI*

Sería oportuno incluir en el proceso P4.03 las actuaciones vinculadas a la evaluación del PDI, específicamente cuál es el procedimiento que sigue el centro en la detección de necesidades del PDI, análisis de resultados institucionales, etc.

##### *RE-4.4.2 Establecer la sistemática para recoger la opinión del profesorado*

El seguimiento y la revisión del proceso P4.03 parece fundamentarse en información proporcionada por los estudiantes y egresados y por los resultados obtenidos por el PDI, pero no se constata que se tengan en cuenta las opiniones y el nivel de satisfacción de este grupo de interés. El proceso P5.04 tampoco contempla específicamente la realización de encuestas al profesorado, aunque alude a reuniones de la Comisión de Docencia (al menos 1 al año) y de grupos particulares, en caso de ser necesario. El CEE propone que se valoren y establezcan los mecanismos que se consideren más oportunos (*focus group*, encuestas, reuniones periódicas...) para recopilar de manera sistemática la opinión del personal académico.

*RE-4.4.3. Incluir indicadores que permitan medir la composición del profesorado en términos de igualdad de género.*

Con el objetivo de dar cumplimiento a la Ley 17/2015, del 21 de julio, de igualdad efectiva de mujeres y hombre, sería recomendable incluir algún indicador que permita al centro realizar el análisis de los datos del PDI con perspectiva de género, o bien, desagregar los datos vinculados a las titulaciones además de por categoría, según sexo (e.g. ficha de seguimiento de titulaciones, profesorado-grupo).

#### **(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. Este aborda únicamente los aspectos más relevantes, aunque de forma estructurada. Se lleva a cabo un seguimiento de los elementos más relevantes del plan de mejora (suficiente).*

Tal y como se establece en el proceso de revisión, seguimiento y mejora del SGIC (P1.02), el centro analiza de manera periódica el P4.03 y su resultado se recoge en el informe de revisión del proceso y en el plan de mejoras asociado. En este último se incluyen las acciones propuestas, tanto las derivadas de la revisión como del seguimiento de los indicadores incluidos en el cuadro global o el resultado de los procesos de evaluación. Asimismo, anualmente se hace el correspondiente análisis del estándar 4 en el Informe de Seguimiento del Centro (ISC).

Un análisis de los datos disponibles muestra que, de manera general, el profesorado que imparte docencia en los títulos del centro es adecuado (más del 50% del profesorado de los grados es doctor y el 75% para los másteres). Asimismo, que la satisfacción de los titulados con el personal docente se mantiene estable, siendo de 3,39 sobre 5 para los grados en el último curso con datos cerrados (2018-2019), ligeramente por debajo de la media de la UAB (3,44). Aunque la problemática de la baja participación sigue estando presente, la Facultad de Ciencias es uno de los centros de la UAB con mayor porcentaje de participación (24%) según se recoge en la hoja de resultados de la encuesta de satisfacción de titulados de grado en el curso anteriormente citado.

A través de esta documentación se evidencia que el proceso para la gestión, formación y evaluación del personal académico se somete a la sistemática de mejora continua.

##### *RE-4.5.1 Especificar el papel del centro en la evaluación del PDI*

Sería conveniente detallar en mayor medida la participación del centro en la evaluación del PDI, fundamentalmente si tiene algún papel en el análisis de los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción de los estudiantes sobre la actividad docente y las asignaturas. Tal y como está redactado el proceso se desconoce cuál es el papel del centro a este respecto y si tiene margen de actuación para la mejora.

## 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 centro dispone de dos procesos directamente vinculados a la gestión de los recursos materiales y de los servicios relacionados con los programas formativos:

- P4.04 Gestión de los espacios y equipamientos
- P4.05 Gestión de servicios

Adicionalmente cuenta con otros dos procesos que inciden en esta dimensión:

- P4.06 Gestión de los recursos económicos
- P4.02 Gestión de la política de PAS

Para la evaluación de la dimensión el CEE-SGIC ha valorado la documentación aportada y aquella que es pública y está disponible en la web de la Facultad y/o de la universidad.

### **(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 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)*

La gestión de recursos materiales y servicios se realiza en dos niveles: a través de las unidades, órganos y servicios de la UAB y en el ámbito de responsabilidades del centro. En este último caso, el equipo decanal es el responsable de identificar necesidades y realizar su seguimiento. Dichas necesidades son recibidas a través de los coordinadores de titulación, comisiones de usuarios de los servicios, direcciones de departamento y responsables técnicos, etc. Para las actividades relacionadas con los recursos informáticos se cuenta con el Servicio de Informática Distribuida, vinculado al servicio centralizado TIC.

De forma análoga a otros procesos, la gestión de los recursos materiales y servicios y la toma de decisiones para un desarrollo adecuado de las actividades relacionadas, requiere de la colaboración y coordinación del centro y sus diferentes gestores (equipo decanal, económico, coordinadores de titulación...), pero también de órganos y servicios de la universidad (Servicio TIC, Biblioteca, ...). La cadena de responsabilidades garantiza el correcto funcionamiento de los procesos según su nivel de actuación.

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

Las acciones vinculadas a los recursos materiales y servicios dependientes del centro se describen en los procesos relacionados anteriormente. A diferencia del modelo marco de la UAB, en este caso se han dividido los procesos, lo que facilita el desarrollo de sus actividades. Por un lado, se recogen los espacios y equipamientos del centro y su actividad académica - aulas, laboratorios, seminarios, etc.- (P4.04). El centro identifica las necesidades, adquiere equipamiento nuevo y garantiza el mantenimiento de sus infraestructuras e instalaciones, las cuáles comparte con la Facultad de Biociencias. Por otro lado, se recoge el proceso por el que la Facultad gestiona su relación con los servicios centrales implicados en el centro y sus grupos de interés (P4.05). En particular, el Servicio de Biblioteca y el Servicio de Informática. En este último el papel de la Facultad es realizar aportaciones económicas y participar en el comité de usuarios de los servicios. Para la gestión de los recursos materiales y servicios el centro recibe un presupuesto que ejecuta atendiendo al P4.06. En base a esto, dedica partidas a la adquisición y mantenimiento de espacios y equipamientos y a los servicios que desarrollan su actividad en el centro (5% para el servicio de bibliotecas, 3,5% para el servicio de informática, según consta en el proceso P4.05).

En la documentación aportada no se cuenta con registros que permitan evidenciar que los procesos se desarrollan siguiendo lo establecido. Sin embargo, durante la visita se comprueba que las actuaciones se llevan a cabo de manera general conforme a lo indicado.

### *RE-5.2.1. Detallar las actividades de coordinación realizadas con la Facultad de Biociencias para la gestión de los recursos materiales*

En el proceso P5.04 se indica que los espacios e instalaciones de la FC son compartidos con la Facultad de Biociencias, pero no se describe cómo se coordinan ambos centros en la gestión de dichos recursos. Se recomienda detallar las actuaciones en este sentido.

## **(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 centro recopila información para la detección de las necesidades asociadas a los recursos materiales y servicios y en los procesos vinculados a la gestión de recursos materiales y servicios se dedica un apartado a su revisión y mejora. En los informes resultantes se comprueba que se han computado los indicadores de seguimiento establecidos, los cuáles constituyen la principal información utilizada para analizar su funcionamiento y detectar oportunidades de mejora. En concreto, se han definido indicadores basados en los resultados de las encuestas de satisfacción con las instalaciones (P4.04\_IS3), los servicios

(P4.05\_IS1) o sobre el uso del campus virtual y su repercusión en el aprendizaje (P4.05\_IS2). Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción a estudiantes y egresados cuyos resultados son tenidos en cuenta en el análisis de los citados procesos.

También las QSF constituyen una fuente de información. Según el informe de QSF aportado tras la visita previa (curso 2019-2020), sólo consta una queja recibida a través de OPINA, relacionada con el equipamiento de los espacios docentes y los laboratorios, y una queja y una sugerencia asociada a cuestiones informáticas y de redes. Del mismo modo, en el “Informe de seguimiento anual del centro” (2018-2019) se recogen las mejoras acometidas en el centro respecto a la infraestructura TIC relacionada con los entornos de aprendizaje y recursos virtuales.

Como se indicó en el estándar 4.4 (RE-4.4.2), se recomienda establecer una sistemática para recopilar la opinión del personal académico y también del personal de administración, en este caso sobre recursos materiales y servicios, a través de los mecanismos que se consideren más oportunos.

#### *AM-5.3.1 Clarificar los mecanismos para recopilar las necesidades vinculadas a los recursos docentes*

En el proceso sobre gestión de recursos económicos (P4.06) se indica que el equipo decanal centraliza las necesidades de recursos docentes que le llegan desde distintos ámbitos (departamentos, coordinadores de titulación, servicio logístico, servicio OPINA...). Sin embargo, no se aclara cuál es la vía para hacer llegar a la dirección del centro dichas necesidades y su periodicidad. Tampoco se observan inputs y outputs relacionados. El CEE estima conveniente su inclusión.

#### *RE-5.3.1 Incorporar indicadores de seguimiento de gestión de espacios y equipamientos en espacios no especializados (aulas, despachos, ...)*

Los indicadores de seguimiento del proceso P4.04. Gestión de los espacios y equipamientos se centran en la satisfacción de los estudiantes, en el éxito obtenido en convocatorias internas dedicadas a la renovación y mejora de los laboratorios y otros espacios especializados. Sería recomendable incorporar indicadores sobre la inversión realizada en otros espacios no especializados, como es el caso del mantenimiento de las aulas, despachos o zonas comunes, por ejemplo.

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

Los informes de revisión vinculados a los procesos relacionados con la gestión de recursos materiales y servicios y los planes de mejora según proceso, donde se incluyen las acciones de mejora previstas, las ya finalizadas o las que se han puesto en marcha derivadas de la revisión del SGIC o de otros procesos (VSMA), evidencian que éstos se analizan, revisan y se

someten a una sistemática de mejora continua. Asimismo, el análisis del estándar 4 en el Informe de Seguimiento del Centro (y sus titulaciones) muestra que los datos sobre recursos materiales y servicios se revisan, recogiendo acciones que contribuyen a la dotación y/o mantenimiento de las infraestructuras, equipamientos, servicios, etc. Todas las acciones se reflejan de manera estructurada en el correspondiente plan de mejora según proceso y en el plan de mejoras global del centro.

*RE-5.4.1 Describir en el P5.05 cómo se integra la información procedente de las diferentes fuentes de información para el análisis y mejora de las quejas, sugerencias y felicitaciones*

En la documentación aportada tras la visita previa se incluyó el informe de QSF fruto de las quejas, sugerencias y felicitaciones recopiladas a través de la herramienta OPINA-UAB (curso 2019-2020). Según se desprende del P5.05 existen también otros medios de presentación de QSF (mail, etc.). Surgen dudas sobre la integración de esta información y su posterior análisis. Sería recomendable describir en el citado proceso cómo se integra la información de las QSF procedente de los distintos medios para contar con información completa, lo que facilitaría a los responsables de centro su análisis y mejora.

## C6. Información pública y rendición de cuentas

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

Implantación parcial       Implantación suficiente       Implantación avanzada

El centro dispone de dos procesos relacionados directamente con la información pública y con la rendición de cuentas. En concreto:

- P5.02 Rendición de cuentas
- P5.06 Información pública

Adicionalmente, se incluyen otros procesos con implicación en esta dimensión y que contribuyen a dar a conocer el trabajo de la Facultad y a favorecer la transparencia:

- P3.05 Actividades de promoción y difusión

Para la evaluación de la dimensión el CEE-SGIC ha valorado la documentación aportada y aquella que es pública y está disponible en la web de la Facultad y/o de la universidad.

### **(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)*

La página web de la FC cumple con la imagen visual corporativa de la UAB y, de manera general, tiene una estructura común al resto de centros. En el proceso de información pública se establecen diferentes niveles de responsabilidades dependiendo del ámbito de actuación de los implicados y de las actividades a desarrollar, lo que requiere coordinación entre la Facultad, el área de comunicación y promoción de la UAB y la OQD, éstas dos últimas de carácter centralizado.

Por su parte, en el proceso de rendición de cuentas se indica el responsable del centro y el medio, detallando la información que se aporta y en su caso se publica, sin que se recojan referencias sobre la rendición de cuentas a la universidad. La información proporcionada permite verificar el funcionamiento de algunos órganos colegiados del Centro (actas de las sesiones).

#### *RE-6.1.1 Identificar a los responsables en las tareas relacionadas con la web de centro*

El CEE considera que sería conveniente identificar a los responsables de las distintas tareas vinculadas con la información pública. Aunque en el caso del centro se alude a quien genera

la información, no queda del todo claro quién es la persona responsable de gestionar, tomar decisiones, mantener, y actualizar la web. En caso de existir una persona encargada de la gestión de la web de la Facultad y su contenido, como así se desprende del plan de mejoras global del centro, sería recomendable explicitarlo.

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

El proceso de información pública (P5.06) establece la sistemática mediante la cual se pone a disposición de los grupos de interés la información generada por la Facultad sobre gestión académica, de calidad y funcionamiento del Centro. Específicamente, se establecen requisitos sobre el principal canal de comunicación, la página web, a la vez que se contemplan otros canales alternativos (Twitter, plataforma Moodle). Se ha evidenciado que los apartados y contenidos de la página web del Centro se ajustan a lo contemplado en el proceso, garantizando la publicación de información completa, actualizada y relevante sobre los programas formativos.

El proceso de rendición de cuentas (P5.02) establece los mecanismos utilizados para comunicar y explicar las decisiones académicas y de gestión, así como la información sobre el funcionamiento de la Facultad a los grupos de interés internos y externos. Para los internos, la rendición de cuenta pasa por una adecuada organización y gestión de los órganos colegiados (juntas y comisiones), donde se presentan los informes oportunos de gestión. Con los grupos externos la rendición de cuentas se canaliza fundamentalmente a través de los apartados dedicados a la gestión de la calidad en la página web del Centro.

### *AM-6.2.1. Aclarar el mecanismo de rendición de cuentas del funcionamiento del SGIC frente al equipo de gobierno de la universidad*

En el P5.02 se establecen los mecanismos de rendición de cuentas ante los grupos de interés internos del centro y externos a la universidad. Sin embargo, no se observa el medio establecido para rendir cuentas frente al equipo de gobierno de la UAB, si bien durante las entrevistas se constata que se realizan reuniones a este respecto. Se requiere ajustar el proceso a la realidad e incorporar los mecanismos utilizados para llevar a cabo esta rendición de cuentas.

### *RE-6.2.1 Alinear la información de los procesos rendición de cuentas (P5.02) e información pública (P5.06) para clarificar complementariedades*

El proceso P5.06 establece la estructura que debe tener la página web para ofrecer información sobre las características del Centro, los programas formativos que se imparten, las posibilidades de movilidad o el trabajo de investigación que se realiza. El proceso P5.02 también contempla la web como canal de rendición de cuentas ante grupos de interés externos, aunque se centra en el apartado dedicado a la gestión de la calidad. Sería

conveniente que ambos apartados estuvieran alineados y que en el proceso P5.06 se haga alusión al apartado de gestión de la calidad y a su vinculación con el proceso P5.02.

### **(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)*

La recogida de información para el análisis y la mejora de la información pública se centra en el nivel de satisfacción de los estudiantes, concretamente en la información sobre la titulación en la web (si ésta es accesible y ha resultado útil), así como en otros indicadores tales como el número de consultas recibidas por titulación, el número de acceso a la página web del centro (visitas, duración y procedencia) o el número de noticias publicadas o redireccionadas en la página web del centro. La información más relevante de la Facultad y sus titulaciones se publica en la Web del centro. En algunos casos, ésta redirige a la Web institucional, donde está disponible información centralizada (SIQ, Informes de Satisfacción, Informes de Seguimiento de Centros, etc.) o desde donde se puede acceder a información recogida en otras páginas externas (WINDDAT, EUC-AQU-)

Como se indicó en el estándar 2.3 (RE-2.3.3) la información asociada a la presentación de QSF por parte de los distintos colectivos en este caso relacionada con la información web puede resultar de interés y ser un indicador de seguimiento importante para el centro y sus titulaciones.

#### *BP- 6.3.1 Información pública de los indicadores para el seguimiento de las titulaciones*

El CEE considera una buena práctica el acceso público a los indicadores más relevantes de los programas formativos del centro a través del banner “Indicadores Sistema de Calidad - SIQ-” en la Web institucional (tasas, resultados académicos, profesorado, datos de preinscripción y matrícula...) y su actualización periódica. La mayor parte de los indicadores han sido actualizados a 2020.

### **(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. Este aborda únicamente los aspectos más relevantes, aunque de forma estructurada. Se lleva a cabo un seguimiento de los elementos más relevantes del plan de mejora. (suficiente).*

A través de las evidencias aportadas se constata el interés del centro por revisar y mejorar la información pública de manera periódica, realizándose el análisis oportuno y estableciendo las actuaciones relacionadas, como puede comprobarse en los planes de mejora, donde éstas se incluyen de manera estructurada. Entre las acciones destacan: publicar en la web las actas de determinados órganos, actualizar la información de algunas titulaciones, traducir la información a otros idiomas, además del catalán, mostrar

experiencias positivas de los egresados, etc. Se comprueba, además, que se realiza el seguimiento de las acciones identificándose en una columna del plan de mejoras el estado de cada acción: finalizada, en marcha o por iniciar.

Si se atiende a los resultados de satisfacción de los estudiantes con la información web de las titulaciones, su acceso y utilidad (P5\_06\_Ind-S4), se observa que la media del centro mejora ligeramente respecto a cursos anteriores: 3,78 sobre 5(2018-2019), frente al 3,54 del curso 2017-2018 y por encima de la media de la UAB para los grados (3,44 sobre 5).

Como se ha indicado anteriormente (RE-1.7.1) el CEE considera necesario revisar y reflexionar sobre la pertinencia de algunos indicadores y la información que aportan al sistema. Por ejemplo, en el cuadro global de indicadores, “Ind-E1 Porcentaje de contenido en el sitio web en español e inglés”, se recoge que se ha ejecutado el cero por ciento si bien el valor objetivo a conseguir es el 100% en el curso 2021-2022. Parece más una actividad a realizar que un indicador que permita hacer un seguimiento de la evolución y conocer su grado de consecución.

## 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 virtual realizada a la Facultad de Ciencias 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 objeto de evaluación:

DIMENSIÓN	RESULTADO
1. Revisión y mejora del SGIC	Implantación Suficiente
2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos	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

El CEE-SGIC propone la **certificación favorable** de la implantación del SGIC de la Facultad de Ciencias de la UAB.

## **E. Acta de envío del informe externo**

---

**Centro evaluado:** Facultad de Ciencias

**Universidad:** Universidad de Barcelona

**Fechas de la visita virtual:** 10, 11, 17 y 19 de febrero de 2021

---

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

**Dr. Javier González Benito**  
**Presidente del CEE-SGIC**

**Salamanca, 24 de febrero de 2021**

## Anexo. Alcance de la evaluación – Procesos evaluados

P1.01	Definición de la política y los objetivos de calidad
P1.02	Definición, desarrollo, seguimiento y revisión del SGIC
P1.03	Creación y diseño de titulaciones
P2.01	Planificación y programación de asignaturas
P2.02	Programación del Trabajo Fin de Estudios (TFE)
P2.03	Programación de las Prácticas Externas (PE)
P2.04	Seguimiento y mejora de titulaciones
P2.05	Modificación de titulaciones
P2.06	Acreditación de titulaciones
P2.07	Extinción de titulaciones
P3.01	Acceso de estudiantes y perfil de ingreso
P3.02	Tutorización de estudiantes
P3.03	Movilidad de estudiantes
P3.04	Evaluación de estudiantes
P3.05	Actividades de promoción y difusión
P4.01	Organización académica
P4.02	Gestión de la política de PAS
P4.03	Gestión de la política de PDI
P4.04	Gestión de espacios y equipamientos
P4.05	Gestión de servicios
P4.06	Gestión de recursos económicos
P5.01	Gestión documental
P5.02	Rendición de cuentas
P5.03	Inserción laboral
P5.04	Satisfacción de los grupos de interés
P5.05	Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones
P5.06	Información pública