

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

## Identificación del SIGC

Centro:	Facultat de Ciències de la Comunicació
Código:	08033213
Universidad:	Universitat Autònoma de Barcelona
Alcance:	Titulaciones oficiales de grado y máster universitarios
Fecha de la visita externa:	8 de octubre de 2021 - 18 de octubre de 2021

## Introducción

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

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

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

## Resultado

El resultado de la evaluación de la implantación del sistema interno de la garantía de la calidad del centro se recoge en el informe de visita externa elaborado por el comité de expertos externos. En base a este informe, la Comisión Específica de Certificación de la Implantación del SIGC de la Comisión de Evaluación Institucional y de Programas ha acordado, el día 15 de diciembre 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

## Áreas de mejora

- AM-1.1.1. Concretar el papel de la Comisión de Calidad del Centro en la elaboración de los planes anuales de mejora.
- AM-1.2.1. Extender la política y los objetivos de calidad implicando a las partes interesadas externas.
- AM-1.6.1. Coordinar tiempos y actuaciones para sistematizar la recogida de los resultados de los indicadores con el fin de poder garantizar que los responsables de tomar decisiones cuentan con la información adecuada en tiempo y forma.
- AM-2.3.1. En relación con la satisfacción de los grupos de interés, establecer mecanismos de recogida de información periódica sobre el programa formativo de todos los grupos de interés identificados en el SGIC del Centro.
- AM-3.1.1. Revisar flujogramas de los procesos.
- AM-4.4.1. Establecer un sistema eficaz para la recogida de la satisfacción del PDI.
- AM-6.2.1. Identificar actuaciones concretas en el proceso PS08.
- AM-6.3.1. Establecer claramente el mecanismo para realizar el control, revisión periódica y mejora continua de la información pública del Centro.

## Recomendaciones

- RE-1.1.1. Concretar las funciones del/a Coordinador/a de Título en el SGIC en relación con los departamentos.
- RE-1.1.2. Dar a conocer el SGIC del Centro.
- RE-1.1.3. Hacer visible en el organigrama del Centro las responsabilidades estratégicas.
- RE-1.2.1. Identificar de manera agrupada los compromisos de calidad.
- RE-1.2.2. Reflexionar sobre el uso de los objetivos en el ámbito del SGIC del Centro.
- RE-1.3.1. Revisar el mapa de procesos del SGIC del Centro.
- RE-1.4.1. Ampliar las funciones de la Comisión de Calidad del Centro y ajustar el ciclo de revisión temporal del SGIC.
- RE-1.5.1. Mejorar el gestor documental para integrar en el mismo toda la documentación generada durante la gestión del SGIC del Centro.
- RE-1.6.1. Ampliar el acceso a la información a todos los grupos de interés del Centro.

- RE-1.6.2. Revisar la definición de indicadores para dotarle de mayor utilidad.
- RE-1.7.1. Revisar el plan de mejora.
- RE-1.7.2. Consolidar las mejoras implementadas.
- RE-1.7.3. Toma de decisiones basada en información generada por el SGIC.
- RE-2.1.1. Poner en marcha definitivamente los Consejos de curso.
- RE-2.1.2. Definición de perfiles de ingreso.
- RE-3.4.1. Mejorar los mecanismos de recogida de información y de revisión de los indicadores.
- RE-3.5.1. Profundizar en el análisis de algunas acciones de mejora con el objetivo de ganar eficacia a la hora de eliminar la causa raíz de la misma.
- RE-4.1.1. Delimitar responsabilidades en los procesos relacionados con el personal académico.
- RE-5.1.1. Delimitar responsabilidades en los procesos relacionados con recursos y servicios.
- RE-5.1.2. Sistematizar la planificación y gestión del mantenimiento.
- RE-5.3.1. Revisar mecanismos de recogida de información.
- RE-6.1.1. Concretar la sistemática de la rendición de cuentas del Centro.

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



Glòria González Anadón

Barcelona, 15 de diciembre de 2021

## 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 y 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 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 relacionados.

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

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

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

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

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

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

3.3. Todas las acciones vinculadas con el apoyo a los estudiantes siempre se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos.

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

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

#### **4. Personal académico**

4.1. La cadena de responsabilidades para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos relacionados con el personal académico, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos, es la adecuada para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada y se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos.

4.2. Las actuaciones relacionadas con la gestión del personal académico se llevan a cabo, generalmente, según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el suficiente 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 eficientes y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Este es completo y estructurado. Se lleva a cabo un seguimiento sistematizado del plan de mejora.

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

5.1. La cadena de responsabilidades para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos relacionados con los recursos materiales y los servicios, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos, es la adecuada para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada, y se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos.

5.2. Las actuaciones relacionadas con la gestión de los recursos materiales y de los servicios se llevan a cabo, generalmente, según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el 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 eficiente y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Este es completo y estructurado. Se lleva a cabo un seguimiento sistematizado del plan de mejora.

#### **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, y 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 sistematizado del plan de mejora.

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

## Informe de evaluación externa

**Centro:** Facultad de Ciencias de la Comunicación

**Universidad:** Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

**Fecha de la visita:** 8, 13, 15, 18 de octubre 2021

## ÍNDICE

A. Introducción .....	3
B. Desarrollo del proceso de evaluación .....	4
C. Valoración de los estándares y criterios de evaluación .....	8
C1. Revisión y mejora del SGIC .....	8
C2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos .....	13
C3. Sistemas de apoyo al aprendizaje y de orientación a los estudiantes .....	16
C4. Personal académico.....	19
C5. Recursos materiales y servicios .....	22
C6. Información pública y rendición de cuentas .....	23
D. Resultado de la evaluación .....	26
E. Acta de envío del informe externo .....	27
Anexo. Alcance de la evaluación – Procesos evaluados.....	28



# A. Introducción

## 1. Descripción del SGIC evaluado

<b>Centro:</b>	Facultad de Ciencias de la Comunicación
<b>Sede:</b>	Cerdanyola del Vallès (Barcelona)
<b>Código:</b>	08033213
<b>Tipología:</b>	Propio
<b>Universidad:</b>	Universitat Autònoma de Barcelona
<b>Alcance del SGIC:</b>	Titulaciones oficiales de grado y máster universitario

## 2. Composición del Comité de Evaluación Externa

<b>Rol</b>	<b>Nombre</b>	<b>Ámbito</b>	<b>Institución</b>
<b>Presidenta</b>	Antía María López Gómez	Ciencias de la Comunicación	Universidad de Santiago de Compostela
<b>Profesional</b>	José María López Sánchez	Consultoría de Estrategia y Gestión	Comtec Quality
<b>Estudiante</b>	Marc Bello Pintor	Estudiante de Grado	Universidad de Barcelona
<b>Secretario</b>	Jacinto Fernández Lombardo	Metodología de Evaluación de la Calidad	Universidad de Jaén

## 3. Objetivo del informe

La evaluación externa del Sistema de Garantía Interna de la Calidad (SGIC) de la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universitat Autònoma de Barcelona 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, edición febrero 2020 (en adelante *Guía para la Certificación*), en las seis dimensiones obligatorias: Revisión y mejora del SGIC; Diseño, revisión y mejora de los programas formativos; Sistemas de apoyo al aprendizaje y de apoyo a los estudiantes; Personal académico; Recursos materiales y servicios; e Información pública.

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

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

## B. Desarrollo del proceso de evaluación

### 1. Breve descripción del proceso de evaluación

El Comité de Evaluación Externa-SGIC (CEE) realizó una visita previa al Centro el 28 de junio de 2021, después de revisar la documentación disponible asociada al SGIC. Como resultado de esta visita, el CEE solicitó un conjunto de evidencias adicionales que el Centro se comprometió a entregar y presentó en el plazo indicado.

La visita de certificación se realizó los días 8, 13, 15 y 18 de octubre de 2021.

Debido a los efectos del Coronavirus SARS-COV-2 se ha adaptado el proceso de certificación de la implantación del SGIC al Protocolo de actuación en el Marco VSMA aprobado por la Comisión de evaluación de Instituciones y programas de AQU Catalunya el 12 de mayo de 2020, para ser desarrollado de forma no presencial. Todas las reuniones se han realizado de forma no presencial utilizando el software Zoom.

El programa de la visita fue el siguiente:

#### Sesión 1 - viernes 8 de octubre de 2021

Horario	Actividad	Asistentes
08.45	Bienvenida	Representantes institucionales
08.50 - 09.15	Presentación modelo SGIC de la Facultad	Responsables de la Facultad
09.20 - 10.30	Dimensión 1. Revisión y mejora del SGIC Procesos incluidos: <ul style="list-style-type: none"><li>PE01. Definición de la política y de los objetivos decalidad.</li><li>PE02. Definición, despliegue y seguimiento del SGIC.</li></ul>	Responsables de procesos
10.40 - 11.30	Dimensión 1. Revisión y mejora del SGIC Procesos incluidos: <ul style="list-style-type: none"><li>PC09. Gestión documental.</li><li>Acceso a las plataformas de gestión de la información.</li></ul>	Responsable de proceso y Gestores de plataformas
11.30 - 11.45	Pausa	

11.45 - 13.30	<b>Dimensión 2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos</b> Procesos incluidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• PE03. Creación y diseño de nuevas titulaciones. Mapa de titulaciones.</li> <li>• PC01 Definición de perfiles de ingreso, graduación y acceso a los estudios.</li> <li>• PC07. Seguimiento, evaluación y mejora de las titulaciones.</li> <li>• PC08. Modificación y extinción de titulaciones.</li> <li>• PC10. Acreditación de titulaciones oficiales.</li> <li>• PS06. Satisfacción de los grupos de interés.</li> </ul>	Responsables de procesos
13.30 - 14:00	Reunión interna CEE	
14:00	Fin trabajo Sesión 1	

### Sesión 2 - miércoles 13 de octubre de 2021

Horario	Actividad	Asistentes
09.00 - 10.15	<b>Dimensión 3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado</b> Procesos incluidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• PC02. Programación docente de las asignaturas. Guías docentes.</li> <li>• PS04. Organización y gestión académica.</li> </ul>	Responsables de procesos
10.25 - 11.30	<b>Dimensión 3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado</b> Procesos incluidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• PC05. Evaluación del estudiante.</li> <li>• PC03. Gestión de las prácticas externas.</li> <li>• PC11. Gestión de los trabajos de fin de estudios.</li> </ul>	Responsables de procesos
11.30 - 11.45	Pausa	
11.45 - 12.45	<b>Dimensión 3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado</b> Procesos incluidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• PC04. Orientación al estudiante.</li> <li>• PS07. Inserción laboral de los titulados.</li> <li>• PC06. Gestión de la movilidad del alumnado, PAS, PDI.</li> </ul>	Responsables de procesos
12.55 - 13.55	<b>Dimensión 4. Personal académico (y PAS)</b> Procesos incluidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• PE04. Definición de la política del PDI.</li> <li>• PS01. Formación del PDI: innovación docente.</li> <li>• PS09. Evaluación de la actividad docente del PDI.</li> <li>• PE05. Definición de la política del PAS.</li> <li>• PS02. Formación del PAS.</li> <li>• PS10. Evaluación del PAS.</li> </ul>	Responsables de procesos
14.00 - 14:30	Reunión interna CEE	
14.30	Fin trabajo Sesión 2	

### Sesión 3 - viernes 15 de octubre de 2021

Horario	Actividad	Asistentes
09.00 – 10.00	<b>Dimensión 5. Recursos materiales y servicios</b> Procesos incluidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• PS03. Gestión de los Servicios.</li> <li>• PS11. Gestión de los recursos materiales.</li> </ul>	<b>Responsables de procesos</b>
10.10 – 11.10	<b>Dimensión 6. Información pública y rendición de cuentas</b> Procesos incluidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• PS05. Gestión de las quejas, sugerencias y felicitaciones.</li> <li>• PS08. Información pública y rendición de cuentas.</li> </ul>	<b>Responsables de procesos</b>
11.10 – 11.25	<b>Pausa</b>	
11.25 – 12.50	<b>Entrevista con Comisión de Calidad.</b>	<b>Comisión de Calidad</b>
13.00 – 14.00	<b>Entrevista con Directores/as de Departamento.</b>	<b>Directores/as de Departamento</b>
14.00 – 14.30	<b>Reunión interna CEE</b>	
14.30	<b>Fin trabajo Sesión 3</b>	

#### Sesión 4 – lunes 18 de octubre de 2021

Horario	Actividad	Asistentes
09.00 – 10.00	<b>Entrevista con Profesorado.</b>	<b>Profesorado</b>
10.10 – 11.10	<b>Entrevista con Estudiantes y Egresados.</b>	<b>Estudiantes y egresados</b>
11.10 – 11.25	<b>Pausa</b>	
11.25 – 12.25	<b>Entrevista con Equipo técnico de calidad UAB.</b>	<b>Equipo técnico calidad UAB</b>
12.25 – 13.30	<b>Reunión interna CEE</b>	
13.30 – 13.45	<b>Informe sobre las conclusiones preliminares y despedida.</b>	<b>Responsables de la Facultad y de la UAB</b>
13.45	<b>Fin trabajo Sesión 4</b>	

## 2. Incidencias

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

## 3. Actitud de la comunidad

El CEE quiere agradecer la disponibilidad y la colaboración de la comunidad universitaria, y en especial del equipo directivo y del personal técnico de calidad de la Facultad y de la UAB durante la evaluación. Un agradecimiento que se extiende a todas las personas y

colectivos que participaron activamente en las audiencias celebradas, cuyas apreciaciones han sido de gran importancia para incrementar el conocimiento de la institución y del nivel de implantación de su SGIC.

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

## 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

---

La Facultad de Ciencias de la Comunicación de la UAB está formada por 4 departamentos y en el momento de la visita se ofrecen 10 estudios oficiales, 5 grados y 5 másteres, con 1.928 estudiantes de grado y máster en 2020/21 y 196 profesores/as en dicho curso académico. Al hablar de “Centro” en este informe nos referimos a la Facultad.

El Centro dispone de un conjunto de procesos asociados a la revisión y mejora del SGIC. De una manera directa, los procesos que rigen las actuaciones institucionales en relación con la política de calidad y la implantación del SGIC son los siguientes:

- PE01. Definición de la política y objetivos de calidad
- PE02. Definición, despliegue y seguimiento del SGIC
- PC09. Gestión documental

Para la evaluación de la dimensión, el CEE ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con estos procesos.

#### **(1.1) Definición de la cadena de responsabilidades y los grupos de interés implicados para garantizar el funcionamiento de los procesos para el análisis y la mejora del SGIC.**

*La cadena de responsabilidades y los grupos de interés para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos para el análisis y la mejora del SGIC son los adecuados para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada y se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos. (Suficiente).*

El Centro cuenta con un Sistema de Garantía Interna de la Calidad (en adelante SGIC) formalmente establecido y de acceso público, estructurado en procesos que regulan los aspectos vinculados a la gestión de las titulaciones.

El Centro dispone de un Manual de Calidad que define la estructura de órganos de gobierno y gestión del Centro, así como las responsabilidades ligadas al SGIC de la Facultad. Del mismo modo, cuenta con procesos estratégicos, clave y de soporte que identifican cada uno de ellos al propietario del proceso y al responsable de la gestión.

La cultura de la calidad y mejora continua se aprecia en la importante implicación del Equipo Decanal y del Coordinador de Calidad en la implantación del SGIC de la Facultad y en el compromiso de la Universidad en la creación de estructuras necesarias para el despliegue de dicha cultura de la calidad en la organización del Centro.

Cabe destacar también el esfuerzo de la Facultad por adaptar el SGIC marco de la Universidad a la idiosincrasia del Centro.

Los coordinadores de curso se erigen como piezas importantes en la articulación de la gestión diaria y la información relevante que se gestiona hacia la Comisión de Calidad, con el fin de dar una atención inmediata a las situaciones del día a día.

*AM-1.1.1. Concretar el papel de la Comisión de Calidad del Centro en la elaboración de los planes anuales de mejora.*

La Comisión de Calidad del Centro se ha constituido recientemente (enero de 2020). Esta comisión nace de la adaptación de otra denominada Comisión de Seguimiento de la Facultad de Ciencias de la Comunicación (aprobada en 2012).

El CEE pudo constatar durante las audiencias que la propia Facultad reconoce que la Comisión de Calidad del Centro ha tenido hasta ahora un rol de órgano gestor, pero que debería pasar a ser un órgano más proactivo, con mayor participación en el planteamiento de propuestas de mejora. En este sentido, se debe determinar con claridad el papel de la Comisión de Calidad del Centro en la elaboración de los planes anuales de mejora.

*RE-1.1.1. Concretar las funciones del/a Coordinador/a de Título en el SGIC en relación con los departamentos.*

Se sugiere concretar los cometidos de la figura de Coordinador de Título, como parte del SGIC, para que sea el canal de comunicación con las direcciones de los departamentos con docencia en la Facultad.

*RE-1.1.2. Dar a conocer el SGIC del Centro.*

Se sugiere desarrollar rutinas de concienciación y de difusión del SGIC a todos los grupos de interés de la Facultad, especialmente al colectivo del alumnado, con objeto de que el sistema sea conocido por los diferentes grupos de interés, con la profundidad y detalle que corresponda en cada caso.

*RE-1.1.3. Hacer visible en el organigrama del Centro las responsabilidades estratégicas.*

Debido a la relevancia que tiene el SGIC para la Facultad y los esfuerzos realizados para el alineamiento con el plan estratégico de la misma, se recomienda reflejar este enfoque en el organigrama del Centro, dando una mayor autoridad a los responsables del sistema.

## **(1.2) Política y Objetivos de Calidad**

***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. (Suficiente).***

El Equipo Decanal del Centro definió en 2018 el plan estratégico para el periodo 2019-2021, que recoge la política y objetivos de calidad de la Facultad de Ciencias de la Comunicación, en el marco del documento *Objetivos UAB 2018*. A partir del plan estratégico, la Facultad elabora planes anuales de objetivos que recogen los objetivos a alcanzar por año académico. En el Manual de Calidad del SGIC aparece la misión, visión, líneas estratégicas y objetivos de calidad del Centro.

*AM-1.2.1. Extender la política y objetivos de calidad implicando a las partes interesadas externas.*

Dado que los egresados y los empleadores no forman parte de los órganos colegiados responsables del SGIC, en atención al estándar 1.2, según el cual se deben tener en cuenta todos los grupos de interés implicados, convendría determinar otras formas de participación de dichos grupos en la revisión y mejora periódica de la política y objetivos de calidad del Centro (activación de comités consultivos, activación de asociaciones de egresados, etc.).

*RE-1.2.1. Identificar de manera agrupada los compromisos de calidad.*

Se recomienda agrupar los diferentes compromisos de calidad que actualmente aparecen dispersos en el Centro, para poder tener un mayor control sobre los mismos.

*RE-1.2.2. Reflexionar sobre el uso de los objetivos en el ámbito del SGIC del Centro.*

Se sugiere reflexionar sobre el uso del término “objetivo” y aclarar con ello las consecuencias que conllevan en el SGIC y, si fuera necesario, garantizar la alineación entre ellos. En el Manual se describen objetivos para el SGIC, objetivos de calidad y objetivos estratégicos. Los dos últimos acaban siendo los mismos y, los primeros, los objetivos del SGIC, no aparecen evaluados.

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

***Se cuenta con un mapa de procesos actualizado que contempla todos los procesos del SGIC. Los procesos del SGIC implantados están vinculados de forma coherente con lo descrito en el mapa. (Suficiente).***

La Facultad ha ajustado la composición del mapa de procesos para adaptarlo a sus propias necesidades, como resultado de la revisión del SGIC y de la evolución natural del mapa de procesos desplegado de la Universidad.

Los procesos están clasificados en tres tipos: estratégicos, clave, de apoyo. La clasificación establecida se corresponde con las características y objetivos de los procesos.

El mapa muestra las interrelaciones entre proceso o agrupaciones de procesos más relevantes.

*RE-1.3.1. Revisar el mapa de procesos del SGIC del Centro.*



Se recomienda revisar en el mapa de procesos la representación gráfica de la implicación de los grupos de interés. En las entradas y salidas del mapa de procesos del SGIC aparece como grupo de interés solo el alumnado. Los inputs y los outputs de los procesos abarcan a más colectivos que el alumnado.

Del mismo modo, el mapa de procesos debería reflejar la interacción con otros procesos transversales de la Universidad que afectan al Centro.

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

Los procesos del SGIC están diseñados teniendo en cuenta las directrices AUDIT y sin perder de vista su objetivo final: asegurar la calidad de los programas formativos impartidos por el Centro. En el Manual del SGIC se presenta una tabla que muestra el vínculo entre directrices AUDIT, su objetivo y los procesos del SGIC del Centro.

En relación con el marco VSMA, el SGIC se muestra sólido y eficaz, a la vez que permite la trazabilidad de las actuaciones y la transparencia de los resultados. El Centro ha renovado la acreditación de 6 de los 10 títulos impartidos.

*RE-1.4.1. Ampliar las funciones de la Comisión de Calidad del Centro y ajustar el ciclo de revisión temporal del SGIC.*

Tal y como se reconoció por el Centro durante la visita de evaluación, se recomienda que la Comisión de Calidad del Centro avance con la implantación de funciones más propositivas, así como ajustar el ciclo de revisión del SGIC a un periodo anual, con objeto de poder garantizar el perfecto desarrollo de los programas formativos.

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

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

La gestión documental del SGIC del Centro está descrita en el Manual de Calidad y en el proceso PC09 Gestión documental.

La Facultad dispone de un espacio colaborativo de custodia de la documentación denominado Nébula, que está vinculado al SGIC mediante una estructura ordenada de carpetas que permite el fácil acceso a los responsables de los procesos. Nébula recoge la documentación que define el SGIC (Manual y Procesos), así como los informes de revisión del SGIC, entre otros documentos.

*RE-1.5.1. Mejorar el gestor documental para integrar en el mismo toda la documentación generada durante la gestión del SGIC del Centro.*

Durante la visita de evaluación se constata que el gestor documental actual es mejorable, puesto que podría complementarse la función de repositorio con las funciones de otras plataformas que pudieran facilitar la gestión del propio SGIC del Centro, permitiendo la

integración de datos con el resto de plataformas activas (Sigma, Datadash, Mindenet, web), generando los informes que se establecen como output de los procesos o estableciendo un sistema de avisos para recordar a los responsables el momento de su participación concreta en el SGIC. En este sentido, se recomienda integrar en un gestor documental la documentación generada por los distintos aplicativos que se utilizan durante la gestión del SGIC del Centro, evitando la duplicidad de información.

#### **(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).*

El Centro recoge datos e indicadores fiables de todos los procesos. Para ello, dispone de diferentes aplicaciones para su recogida (Datadash, SIQ) que se consideran muy adecuados para la explotación de datos por parte de las personas que acceden a las mismas, conforme a perfiles de acceso establecidos previamente.

*AM-1.6.1. Coordinar tiempos y actuaciones para sistematizar la recogida de los resultados de los indicadores con el fin de poder garantizar que los responsables de tomar decisiones cuentan con la información adecuada en tiempo y forma.*

El calendario para la recopilación de datos e información para realizar los diferentes informes establecidos en el SGIC presenta ciertas disfunciones temporales. Se deben coordinar tiempos y actuaciones entre la obtención de datos e indicadores, la revisión e informes de los procesos del SGIC y el informe anual de la Facultad, con el fin de incrementar la eficiencia. Por ejemplo, se constata durante la visita de evaluación que algunos indicadores de procesos para 2020 no están publicados.

*RE-1.6.1. Ampliar el acceso a la información a todos los grupos de interés del Centro.*

Si bien durante la visita de evaluación se manifestó que la Comisión de Calidad tiene acceso a las aplicaciones del sistema de gestión de la información, se considera que el Centro debería también adoptar mecanismos para que los grupos de interés que no están representados en dicha Comisión de Calidad tengan acceso a la información pertinente.

*RE.1.6.2. Revisar la definición de indicadores para dotarle de mayor utilidad.*

Se recomienda revisar la definición de indicadores para que permitan valorar la eficacia y eficiencia de los procesos, en función de los propósitos establecidos en cada uno de los procesos. En este sentido, se recomienda también definir en la ficha de indicadores los valores mínimos o de referencia, de cara a poder concretar objetivos y conocer mejor el grado de cumplimiento.

#### **(1.7) Existen evidencias sobre la eficiencia y la compleción 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 decisiones para garantizar la calidad de las titulaciones. La revisión periódica del SGIC da lugar a un plan de mejora. Este es completo y estructurado. (Suficiente).***

El diseño del SGIC evaluado por AQU en el 2010 ha sido revisado de manera global en tres ocasiones, en el año 2015, en el curso 2018/19 y en el curso 2020/21. Los principales cambios han tenido que ver con la ampliación del número de procesos (de 14 a 27), la alineación con el SGIC de la UAB, la incorporación del plan estratégico del Centro y los objetivos anuales, la inclusión del cuadro de mando de indicadores y del plan general de mejora.

Para la revisión del sistema se sigue lo establecido en el proceso PE02 Definición, despliegue y seguimiento del SGIC. Como output principal de este proceso destaca la elaboración del Informe de Revisión del SGIC. El último informe realizado en febrero de 2021 se corresponde con la revisión del sistema en el curso 2019/20. El informe contiene las propuestas de mejora correspondientes agrupadas por procesos.

La estructura del plan de mejora incluye para cada acción propuesta el origen de la misma, el diagnóstico, el objetivo a alcanzar, la prioridad, el responsable, las fechas de inicio y fin y el indicador para el seguimiento. Esta estructura se considera adecuada por el CEE, así como la gestión de las mejoras identificadas por parte de los responsables del proceso.

#### *RE.1.7.1. Revisar el plan de mejora.*

Se recomienda revisar los criterios de priorización de las acciones de mejora del Plan global de mejoras con el fin de que la Facultad tenga una mayor capacidad de enfocar las acciones que tengan un mayor impacto en la consecución de su plan estratégico.

#### *RE-1.7.2. Consolidar las mejoras implementadas.*

*Se recomienda definir la sistemática que permita a la Facultad estandarizar y consolidar las mejoras implementadas, especialmente, si las mejoras representan un cambio o una nueva forma de proceder en la dinámica de trabajo o del desarrollo del proceso mejorado.*

#### *RE-1.7.3. Toma de decisiones basada en datos e información generados por el SGIC.*

*Se recomienda que la adopción de acuerdos y toma de decisiones por los órganos colegiados del Centro estén basadas en datos e información generados por la herramienta de gestión del Centro, es decir, su SGIC.*

## 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

Los procesos que rigen las actuaciones institucionales en relación con el diseño, revisión y mejora de las titulaciones, y sus correspondientes procesos de evaluación, son los siguientes:

- PE03. Creación y diseño de nuevas titulaciones. Mapa de titulaciones.
- PC01. Definición de perfiles de ingreso, graduación y acceso a los estudios.
- PC07. Seguimiento, evaluación y mejora de las titulaciones.
- PC08. Modificación y extinción de titulaciones.
- PC10. Acreditación de titulaciones oficiales.
- PS06. Satisfacción de los grupos de interés.

Para la evaluación de la dimensión, el CEE ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con estos procesos.

### **(2.1) Definición de la cadena de responsabilidades en los procesos de diseño, revisión y mejora de los programas formativos, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos.**

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

La cadena de responsabilidades asociada a los procesos listados anteriormente se considera bien definida, garantiza la recogida de información y es adecuada para atender las necesidades de gestión de los programas formativos.

#### *RE-2.1.1. Poner en marcha definitivamente los Consejos de curso.*

Se recomienda finalizar la constitución y puesta en funcionamiento de los Consejos de curso (constituidos por alumnos, profesores y coordinadores de curso), como órganos de respuesta ágil para el planteamiento y valoración de las problemáticas que aparecen durante el curso.

#### *RE-2.1.2. Definición de perfiles de ingreso.*

Se sugiere visibilizar la participación de expertos externos en la definición de los perfiles de ingreso a los títulos.

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

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

Cada una de las actuaciones para el desarrollo de los programas formativos se llevan a cabo siguiendo el Marco VSMA y están definidas en los procesos PE03, PC07, PC08 y PC10 del SGIC, en los que se detallan las distintas fases y responsabilidades.

Hasta la fecha, la Facultad de Ciencias de la Comunicación ha superado seis visitas de renovación de la acreditación de títulos.

**(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).*

Tanto los mecanismos de obtención de datos e información como la propia información recogida se consideran adecuados y suficientes para permitir el análisis y la mejora de los programas formativos que imparte el Centro, tal y como se ha evidenciado en los procesos de renovación de la acreditación de títulos.

*AM-2.3.1. En relación con la satisfacción de los grupos de interés, establecer mecanismos de recogida de información periódica sobre el programa formativo de todos los grupos de interés identificados en el SGIC del Centro.*

Si bien durante la visita de evaluación se manifestó que el Centro está a la espera de una herramienta de la UAB para poner en marcha las encuestas a PDI y PAS, se debe recoger y analizar información sobre la satisfacción de los programas formativos de todos los grupos de interés identificados en el SGIC del Centro, incluyendo PDI, PAS y agentes sociales. Del mismo modo, han de establecerse las responsabilidades y mecanismos de recogida de información correspondientes en el proceso PS06 Satisfacción de los grupos de interés, así como incorporar los resultados de satisfacción obtenidos en el repositorio y medios de publicación establecidos.

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

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

La gestión de los programas formativos está plasmada en los distintos procesos del SGIC del Centro. La Facultad analiza cada proceso en su informe de revisión. El informe de revisión

contiene las propuestas de mejora correspondientes que se integran en un plan general de mejoras. El Centro realiza un seguimiento periódico del plan de mejora para comprobar su grado de ejecución y la necesidad de reajustar las acciones de mejora para lograr una mayor eficacia de su propósito.

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

---

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

---

Implantación parcial

**Implantación suficiente**

Implantación avanzada

---

La Facultad dispone de un conjunto de procesos asociados a los sistemas de apoyo al aprendizaje y de orientación al estudiantado. De una manera directa, los procesos que rigen las actuaciones institucionales para favorecer los aprendizajes son los siguientes:

- PC02. Programación docente de las asignaturas. Guías docentes.
- PC03. Gestión de las prácticas externas.
- PC04. Orientación al estudiante.
- PC05. Evaluación de los estudiantes.
- PC06. Gestión de la movilidad del alumnado, PAS y PDI.
- PC11. Gestión de los trabajos de fin de estudios.
- PS04. Organización y gestión académica.
- PS07. Inserción laboral de titulados.

Para la evaluación de la dimensión, el CEE ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con estos procesos.

#### **(3.1) Definición de la cadena de responsabilidades en los procesos de enseñanza-aprendizaje y los relacionados con el apoyo los estudiantes, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos.**

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

##### *AM-3.1.1. Revisar flujogramas de los procesos.*

Si bien se considera adecuada la cadena de responsabilidades establecidas en los procesos para garantizar el funcionamiento del proceso de enseñanza-aprendizaje de cada título y de los procesos relacionados con el apoyo al alumnado, algunos de los flujogramas de los procesos precisan de una revisión para incluir toda la cadena de responsabilidades.

Por ejemplo, en el proceso PC02 y PS04 no aparecen asociadas en el flujograma las actividades correspondientes a los vicedecanatos que son propietarios de los procesos.

**(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 según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos. (Satisfactorio).*

Se considera que los procesos que desarrollan esta dimensión (relacionados anteriormente) recogen de forma adecuada las acciones relacionadas con la enseñanza-aprendizaje y el desarrollo de los programas formativos.

Se han consolidado las mejoras logradas en las guías docentes durante los últimos años y han sido acogidas satisfactoriamente por el profesorado, gracias al apoyo de la Coordinación del Título y la implicación del Decanato. Se ha fomentado, además, el uso de las guías docentes como herramienta de vinculación con el estudiante.

**(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 a los estudiantes se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos. (Satisfactorio)*

El Centro presenta un conjunto de acciones vinculadas con el apoyo al estudiantado que garantizan el desarrollo de los programas formativos.

Cabe destacar la figura del Coordinador o Coordinadora de Título, que se convierte en la persona de referencia por parte del estudiante para cualquier cuestión relacionada con el desarrollo del curso académico o del título en general, así como la figura del Delegado o Delegada, como representante del alumnado, que sirve de nexo entre estudiantes y profesores u órganos de dirección del Centro.

Del mismo modo, destacan algunas acciones incluidas en el Plan de Acción Tutorial, como el plan de acogida, la atención a las personas con discapacidad y la herramienta denominada “kit de supervivencia académica” dirigida a los estudiantes de primer curso.

**(3.4) Recogida de información para el análisis y la mejora del proceso de enseñanza-aprendizaje y de apoyo al alumnado.**

*Se recoge información bastante completa y generalmente fiable sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje y el apoyo al alumnado. (Suficiente).*

El Centro dispone de mecanismos para recoger información sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje y de apoyo al alumnado. Del mismo modo, los distintos procedimientos vinculados a este proceso de enseñanza-aprendizaje tienen establecidos indicadores que le aportan información relevante.

*RE-3.4.1. Mejorar los mecanismos de recogida de información y de revisión de los indicadores.*

Se recomienda automatizar la recogida de datos de gestión académica que actualmente se aporta en Excel, estableciendo la sistemática de recogida para las incidencias y averías que se producen en la Facultad o recogiendo la información más relevante de las consultas tratadas en las tutorías, para poder identificar patrones de necesidades y reiteraciones de consultas, con el objetivo de definir acciones de mejora eficaces.

Del mismo modo, se recomienda revisar periódicamente los indicadores, por ejemplo, los del proceso PC03 Gestión de prácticas externas, respecto al alumnado y los tutores/as externos, para ajustarlos a la gestión real y eficaz del proceso.

### **(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 eficientes y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Dicho plan es completo y estructurado. Se lleva a cabo un seguimiento sistematizado del plan de mejora. (Satisfactorio).*

El Centro presenta evidencias de que los procesos se analizan y se llevan a cabo acciones de mejora, fruto de la revisión realizada.

Existe un plan de mejora del Centro, completo y estructurado, al que se le hace un seguimiento periódico de cada acción por parte del responsable que la propuso.

*RE-3.5.1. Profundizar en el análisis de algunas acciones de mejora con objeto de ganar en eficacia a la hora de eliminar la causa raíz de la misma.*

Se recomienda utilizar una metodología de análisis de causa raíz para mejorar el enfoque y, así, la eficacia de las acciones de mejora en general y, en concreto, para resolver la baja participación de los estudiantes en las encuestas de satisfacción.



## C4. Personal académico

---

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

---

Implantación parcial

**Implantación suficiente**

Implantación avanzada

---

El Centro dispone del siguiente procedimiento relacionado con la competencia y cualificación del personal académico que rige las actuaciones institucionales para garantizar la calidad del profesorado:

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

Si bien no se incluye en esta dimensión, el Centro dispone también de un procedimiento que recoge las actuaciones institucionales para garantizar la calidad del personal de administración y servicios:

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

Para la evaluación de la dimensión el CEE ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con estos procesos.

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

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

La cadena de responsabilidades establecida en los procesos que desarrollan esta dimensión de personal académico se considera adecuada, aunque habría que visibilizar más la parte en la que el Centro no es responsable de su gestión (porque la gestión pertenece a otros órganos de la Universidad), pero que sí les afecta de alguna manera al proceso de enseñanza-aprendizaje de los títulos que imparte el Centro.

*RE-4.1.1. Delimitar responsabilidades en los procesos relacionados con el personal académico.*

Se recomienda revisar y ajustar la interacción entre los procesos relacionados con el personal académico del SGIC del Centro y los procesos transversales de la Universidad, con objeto de que queden claramente delimitadas las responsabilidades por ambas partes.

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

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

Los procesos del SGIC contemplan las acciones necesarias para la gestión del personal académico y el desarrollo de los programas formativos, sin embargo, se recomienda revisar y ajustar los procesos del SGIC con los procesos transversales de la Universidad que gestionan temas relacionados con el personal académico, tal y como se ha indicado anteriormente en RE-4.1.1.

**(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).*

Los procesos del SGIC contemplan las acciones necesarias para la gestión de la formación y la evaluación del personal académico, garantizando el desarrollo de los programas formativos. No obstante, se remite a la recomendación anterior RE-4.1.1.

**(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 recogida de información sobre el desarrollo de la gestión, la formación y la evaluación del personal académico se realiza en parte a través de las encuestas de satisfacción del alumnado y las diferentes reuniones en las que participan representantes de los docentes.

El proceso no incluye la recogida de información de la satisfacción de PDI a través de encuestas, sino que se realiza a través de comentarios en reuniones.

*AM-4.4.1. Establecer un sistema eficaz para la recogida de la satisfacción del PDI.*

Se considera necesario que el Centro o la Universidad, de forma centralizada, establezca un procedimiento eficaz para recoger la satisfacción del profesorado. Además de los sistemas usuales de análisis de la satisfacción mediante reuniones informales o de los órganos de representación, podría servir también un sistema anonimizado de análisis de la satisfacción, para que salgan a la luz aspectos no detectados.

**(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 es completo y estructurado. Se lleva a cabo un seguimiento del plan de mejora. (Satisfactorio)***

El Centro presenta evidencias de que los procesos se analizan y se llevan a cabo acciones de mejora, fruto de la revisión realizada.

Existe un plan de mejora del Centro, completo y estructurado, al que se le hace un seguimiento periódico de cada acción por parte del responsable que la propuso.

## 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 relacionados con la gestión de los recursos materiales y de los servicios relacionados con los programas formativos:

- PS03. Gestión de los servicios.
- PS11. Gestión de los recursos materiales.

Para la evaluación de la dimensión el CEE ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con estos procesos.

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

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

La cadena de responsabilidades establecida en los procesos que desarrollan esta dimensión de recursos materiales y servicios se considera adecuada, aunque habría que visibilizar más la parte en la que el Centro no es responsable de su gestión (porque la gestión pertenece a otros órganos de la Universidad), pero que sí afecta de alguna manera al proceso de enseñanza-aprendizaje de los títulos que imparte el Centro.

#### *RE-5.1.1. Delimitar responsabilidades en los procesos relacionados con recursos y servicios.*

Se recomienda revisar y ajustar la interacción entre los procesos relacionados con recursos y servicios del SGIC del Centro con los procesos transversales de la Universidad, con objeto de que queden claramente delimitadas las responsabilidades por ambas partes.

#### *RE-5.1.2. Sistematizar la planificación y gestión del mantenimiento.*

Se sugiere avanzar hacia la definición de un sistema integrado de planificación y gestión del mantenimiento, incorporando en este el mantenimiento preventivo y correctivo que permita realizar un análisis del estado de infraestructuras, instalaciones y equipos.

### **(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).***

Los procesos del SGIC contemplan las acciones necesarias para la gestión de los recursos materiales y de los servicios y el desarrollo de los programas formativos, sin embargo, se recomienda revisar y ajustar los procesos del SGIC con los procesos transversales de la Universidad que gestionan temas relacionados con la gestión de recursos materiales y la prestación de servicios. No obstante, se remite a la recomendación anterior RE-5.1.1

### **(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).***

Los procesos del SGIC contemplan las acciones necesarias para la gestión de los recursos materiales y de los servicios, garantizando el desarrollo de los programas formativos. No obstante, se remite a la recomendación anterior RE-5.1.1

#### ***RE-5.3.1. Revisar mecanismos de recogida de información.***

Se recomienda avanzar en la recogida de información completa, fiable y sistemática sobre el mantenimiento y la detección de necesidades de nuevos recursos materiales y servicios. Por ejemplo, revisando los indicadores de satisfacción de los grupos de interés o los indicadores del proceso PS03 Gestión de los servicios con respecto al alumnado de máster.

Del mismo modo, se sugiere avanzar en la recogida sistemática de todas las incidencias y averías que se producen en la Facultad. Por ejemplo, revisando los indicadores del proceso PS11 Gestión de los recursos materiales para que permitan detectar las incidencias en aularios con dotación técnica.

### **(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. El plan de mejora es completo y estructurado. Se lleva a cabo un seguimiento sistematizado del plan de mejora. (Satisfactorio)***

El Centro presenta evidencias de que los procesos se analizan y se llevan a cabo acciones de mejora, fruto de la revisión realizada.

Existe un plan de mejora del Centro, completo y estructurado, al que se le hace un seguimiento periódico de cada acción por parte del responsable que la propuso.

## 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      **X Implantación suficiente**       Implantación avanzada

El Centro dispone del proceso asociado formalmente a esta dimensión:

- PS08. Información pública y rendición de cuentas.
- PS05. Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones.

Para la evaluación de la dimensión, el CEE ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con esta dimensión.

### **(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 y se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos. (Suficiente)*

La cadena de responsabilidades establecida en el proceso PS08 Información pública y rendición de cuentas se considera adecuada. El propietario del proceso es el Vicedecanato de Comunicación y UAB Campus Media y el responsable de gestión, la administración del decanato.

Asimismo, el Manual del SGIC dispone de un apartado específico que trata la rendición de cuentas interna y la rendición de cuentas externa, estableciendo los órganos competentes para ello.

No se han definido claramente las responsabilidades, ver AM-6.2.1.

#### *RE-6.1.1. Concretar la sistemática de rendición de cuentas del Centro.*

Se recomienda identificar claramente cuáles son los documentos o la información que se va a utilizar para la rendición de cuentas, cuáles los grupos de interés a los que se le va a rendir cuentas con esos documentos/información, quién se encarga de la rendición de cuentas, cómo se hace y cuándo.

Por otro lado, el Centro dispone del aplicativo OPINA y del proceso PS05 que permite gestionar las quejas, sugerencias y felicitaciones que afectan a la Facultad.

### **(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 Manual del SGIC y el proceso PS08 (información pública y rendición de cuentas) formaliza la actuación de la Facultad en materia de información pública y rendición de cuentas.

*AM-6.2.1. Identificar actuaciones concretas en el proceso PS08.*

Se debe identificar actuaciones concretas en el proceso de información pública y rendición de cuentas (PS08). Por ejemplo, en la identificación precisa de la información a publicar sobre los programas formativos y sus resultados en la web de la Facultad y de la Universidad, en los mecanismos de revisión y actualización de la información publicada, en la sistemática de la rendición de cuentas de los documentos finales generados por el SGIC (quién se encarga de la rendición de cuentas, cómo se hace, cuándo se hace, para quién se hace).

### **(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).***

El Centro recoge información para el análisis y la mejora de la información pública.

*AM-6.3.1. Establecer claramente el mecanismo para realizar el control, revisión periódica y mejora continua de la información pública del Centro.*

Se considera necesario que el proceso incluya los mecanismos de control, revisión periódica y mejora continua de la información que publica la Facultad, estableciendo además indicadores relacionados con la gestión del proceso, tanto cuantitativos como cualitativos, que permitan medir la eficacia del mismo.

### **(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 es completo y estructurado. Se lleva a cabo un seguimiento sistematizado del plan de mejora. (Suficiente).***

El Centro presenta evidencias de que los procesos se analizan y se llevan a cabo acciones de mejora, fruto de la revisión realizada. Existe un plan de mejora del Centro, completo y estructurado, al que se le hace un seguimiento periódico de cada acción por parte del responsable que la propuso.

Sin embargo, en relación con el proceso PS08 Información pública y rendición de cuentas, el CEE constata durante la visita de evaluación que todavía hay un espacio para la mejora en estos ámbitos. En este sentido, se remite al área de mejora AM-6.2.1.

## D. Resultado de la evaluación

Como resultado del análisis de las evidencias y de la información recogida durante la visita a la Facultad de Ciencias de la Comunicación, la evaluación del CEE es, en líneas generales, positiva. El desarrollo de la visita de evaluación (entrevistas, aportación de evidencias, etc.) ha sido también satisfactorio.

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

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

El CEE propone la **certificación favorable** de la implantación del SGIC de la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la UAB a la Comisión Específica de Certificación.



## E. Acta de envío del informe externo

---

**Centro evaluado:** Facultad de Ciencias de la Comunicación

**Universidad:** Universitat Autònoma de Barcelona

**Fechas de la visita:** 8, 13, 15 y 18 de octubre 2021

La presidenta del CEE-SGIC manifiesta que el presente documento constituye el informe previo de la visita realizada para la certificación de la implantación del SGIC del Centro indicado anteriormente.

LOPEZ GOMEZ,  
ANTIA MARIA  
(AUTENTICACIÓN)  
N)

Firmado digitalmente  
por LOPEZ GOMEZ,  
ANTIA MARIA  
(AUTENTICACIÓN)  
Fecha: 2022.02.02  
10:40:06 +01'00'

**Dra. Antía María López Gómez**  
**Presidenta del CEE-SGIC**  
**Santiago de Compostela, 23 de enero de 2022.**

## Anexo. Alcance de la evaluación – Procesos evaluados

### Procesos

PE01. Definición de la política y objetivos de calidad.

PE02. Definición, despliegue y seguimiento del SGIC.

PE03. Creación y diseño de nuevas titulaciones. Mapa de titulaciones.

PE04. Definición de la política de PDI.

PE05. Definición de la política de PAS.

PC01. Definición de perfiles de ingreso, graduación y acceso a los estudios

PC02. Programación docente de las asignaturas. Guías docentes.

PC03. Gestión de las prácticas externas.

PC04. Orientación al estudiante.

PC05. Evaluación del estudiante.

PC06. Gestión de la movilidad del alumnado, PAS, PDI.

PC07. Seguimiento, evaluación y mejora de las titulaciones.

PC08. Modificación y extinción de titulaciones.

PC09. Gestión documental.

PC10. Acreditación de titulaciones oficiales.

PC11. Gestión de los trabajos de fin de estudios.

PS01. Formación del PDI. Innovación docente.

PS02. Formación del PAS.

PS03. Gestión de los servicios.

PS04. Organización y gestión académica.

PS05. Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones.

PS06. Satisfacción de los grupos de interés.

PS07. Inserción laboral de los estudiantes.

PS08. Información pública y rendición de cuentas.

PS09. Evaluación de la actividad docente del PDI.

PS10. Evaluación del PAS.

PS11. Gestión de los recursos materiales.

Fuera del alcance: PE05. Definición de la política del PAS, PS02. Formación del PAS, PS10. Evaluación del PAS.