

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

Identificación del SIGC

Centro:	Escola de Doctorat
Código:	08071287
Universidad:	Universitat Autònoma de Barcelona
Alcance:	Programas de doctorado
Fecha de la visita externa:	4 de julio de 2024 - 5 de julio de 2024

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 Evaluación Institucional ha acordado, el día 11 de noviembre de 2024, emitir el informe FAVORABLE siguiente.

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

Dimensión

1. Política de calidad y eficacia del SIGC
2. Diseño, aprobación y seguimiento de los programas formativos
3. Enseñanza, aprendizaje y apoyo al estudiantado
4. Profesorado
5. Recursos y servicios de aprendizaje
6. Información pública y rendición de cuentas
7. I+D+i y transferencia de conocimiento

Resultado

Implantación suficiente
Implantación avanzada
Implantación suficiente
Implantación suficiente
Implantación suficiente
Implantación suficiente
Implantación suficiente

Buenas prácticas

- La vinculación inequívoca y fácilmente visualizable entre la estrategia UAB, la estrategia de la Escuela y los objetivos vinculados a calidad.
- La introducción de la perspectiva de género en algunos los indicadores del proceso “PC04. Dipòsit, defensa i avaluació de la tesi doctoral”.
- La digitalización de la gestión de información de los doctorados e implementación de gestiones no-presenciales.

Áreas de mejora

- Revisar la utilidad de algunos indicadores y sus metas para la consecución de los objetivos estratégicos identificados.
- Unificar en la documentación del Sistema la denominación de los objetivos de calidad/estratégicos.
- Revisar los procedimientos que forman parte de los procesos.
- Revisar la utilidad de algunos indicadores para el seguimiento y mejora de los programas formativos.
- Mejorar la sistematización de la identificación de las acciones de mejora y la periodicidad con que se realiza su seguimiento, así como sus responsables.
- Clarificar en cada proceso del SIGC de la ED su vinculación con los procesos transversales de investigación y transferencia de tecnología.
- Incorporar información de EGRETA al SIGC de la ED.
- Analizar globalmente la investigación y la transferencia de tecnología en la revisión periódica del SIGC.

La presidencia de la Comisión Específica de Evaluación Institucional



Glòria González Anadón

ANEXO. Valoración de las dimensiones analizadas

1. Política de calidad y eficacia del SIGC

1.1. El centro tiene implantada y publicada una política de garantía de la calidad que se despliega en un plan que recoge las principales acciones que deben desarrollarse, sus objetivos más destacados y los indicadores para medir su grado de logro.

1.2. La cadena de responsabilidades y los grupos de interés para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos y procedimientos para el análisis y mejora del SIGC 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 y procedimientos.

1.3. Se cuenta con un mapa de procesos y procedimientos que contempla la mayor parte de los procesos principales del SIGC y sus interrelaciones.

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

1.5. Se dispone de un sistema de gestión de la información que recoge datos y resultados de indicadores relevantes que son generalmente representativos y fiables de los procesos del SIGC y del plan estratégico (o similar). El sistema de gestión de la información permite un acceso relativamente fácil a los datos y resultados de los indicadores para los distintos grupos de interés.

1.6. La información que se deriva de la mayoría de los procesos del SIGC, basada en datos y resultados de los indicadores, generalmente permite tomar decisiones para garantizar la calidad de las titulaciones. La revisión periódica del SIGC da lugar a un plan de mejora, aunque este únicamente aborda, de forma estructurada, los aspectos más relevantes.

2. Diseño, aprobación y seguimiento de los programas formativos

2.1. Todas las acciones relacionadas con el diseño y aprobación de los programas formativos siempre se llevan a cabo de acuerdo con sus procesos y procedimientos, y garantizan una adecuación total de dichos programas a sus respectivas disciplinas, al MCQES y al resto de la normativa interna de la institución y externa que les es aplicable.

2.2. Todas las acciones relacionadas con la revisión y mejora de los programas formativos siempre se llevan a cabo de acuerdo con sus procesos y procedimientos, que garantizan la vigencia de su adecuación y pertinencia a través de la mejora continua.

2.3. Se recoge información en general suficiente, completa y fiable de los procesos y procedimientos, lo que permite su revisión y la de los programas formativos que forman parte de su alcance.

2.4. Existen evidencias claras y continuas de que el análisis de los procesos y procedimientos que gestionan el ciclo de vida de los programas formativos se lleva a cabo de forma regular y da lugar a un plan de mejora. Dicho plan es completo y estructurado. Se realiza un seguimiento periódico y sistemático de las acciones propuestas y sus resultados.

3. Enseñanza, aprendizaje y apoyo al estudiantado

3.1. Las acciones vinculadas con la enseñanza y el aprendizaje del estudiantado generalmente se llevan a cabo de acuerdo con lo que se establece en los procesos y procedimientos relacionados. Estos procesos aseguran un desarrollo suficiente de los programas formativos y garantizan la consecución de los resultados de aprendizaje previstos.

3.2. Las acciones vinculadas con el apoyo al estudiantado generalmente se llevan a cabo de acuerdo con lo que se establece en los procesos y procedimientos relacionados. Estos procesos facilitan un progreso y bienestar del estudiantado adecuados.

3.3. Se recoge información en general suficiente, completa y fiable de los procesos y procedimientos relacionados con la enseñanza, aprendizaje y apoyo al estudiantado, lo que permite su revisión.

3.4. Existen evidencias claras y continuas de que el análisis de los procesos y procedimientos que gestionan la enseñanza, aprendizaje y apoyo al estudiantado se lleva a cabo de forma regular y da lugar a un plan de mejora. Dicho plan es completo y estructurado. Se realiza un seguimiento periódico y sistemático de las acciones propuestas y sus resultados.

4. Profesorado

4.1. 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 un desarrollo eficaz de los programas formativos.

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

4.3. Se recoge información en general suficiente, completa y fiable de los procesos y procedimientos relacionados con la gestión y desarrollo profesional del profesorado, lo que permite su revisión.

4.4. El análisis de los procesos y procedimientos relacionados con la gestión y desarrollo profesional del profesorado generalmente se lleva a cabo de forma regular y da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Dicho plan es generalmente estructurado y recoge los aspectos más relevantes. Se realiza un seguimiento de los elementos más relevantes de dicho plan de mejora.

5. Recursos y servicios de aprendizaje

5.1. Las acciones vinculadas con la gestión de los servicios y recursos materiales generalmente se llevan a cabo de acuerdo con lo que se establece en los procesos y procedimientos relacionados. Estos procesos y procedimientos aseguran un desarrollo suficiente de los programas formativos.

5.2. Las acciones vinculadas con la gestión y desarrollo profesional del personal a cargo de los servicios de los programas formativos generalmente se llevan a cabo de acuerdo con lo que se establece en los procesos y procedimientos relacionados. Estos procesos garantizan una competencia y adecuación suficientes.

5.3. Se recoge información en general suficiente, completa y fiable de los procesos y procedimientos relacionados con los servicios y recursos materiales y del personal a cargo, lo que permite su revisión.

5.4. El análisis de los procesos y procedimientos relacionados con la gestión de los servicios y recursos materiales, así como del personal a cargo, da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Dicho plan es generalmente estructurado y recoge los aspectos más relevantes. Se realiza un seguimiento de los elementos más relevantes de dicho plan de mejora.

6. Información pública y rendición de cuentas

6.1. Las acciones vinculadas con la información pública y la rendición de cuentas generalmente se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza un desarrollo suficiente de los programas formativos.

6.2. Se recoge información en general suficiente, completa y fiable de los procesos y procedimientos relacionados con la información pública y la rendición de cuentas, lo que permite su revisión.

6.3. El análisis de los procesos y procedimientos relacionados con la gestión de la información pública y la rendición de cuentas da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Dicho plan es generalmente estructurado y recoge los aspectos más relevantes. Se lleva a cabo un seguimiento de los elementos más relevantes de dicho plan de mejora.

7. I+D+i y transferencia de conocimiento

7.1. Las acciones vinculadas con la I+D+i y la transferencia de conocimiento generalmente se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos y procedimientos relacionados. Se garantiza, en la mayoría de los casos, que se alcancen resultados de investigación alineados con las líneas de investigación de los programas de doctorado.

7.2. Se recoge información en general suficiente, completa y fiable de los procesos y procedimientos relacionados con la I+D+i y la transferencia de conocimiento y sus resultados, lo que permite su revisión.

7.3. El análisis de los procesos y procedimientos relacionados con la gestión de la I+D+i y la transferencia de conocimiento da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Dicho plan es generalmente estructurado y recoge los aspectos más relevantes. Se realiza un seguimiento de los elementos más relevantes de dicho plan de mejora.



AQU CATALUNYA

CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS INTERNOS DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN CENTROS DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Informe de evaluación externa

Centro	ESCOLA DE DOCTORAT (08071287)
Universidad	Universitat Autònoma de Barcelona
Fecha de la visita	4 y 5 de julio de 2024

ÍNDICE

Introducción	3
Valoración de las dimensiones de evaluación.....	7
D1. Política de calidad y eficacia del SIGC.....	7
D2. Diseño, aprobación y seguimiento de los programas formativos.....	18
D3. Enseñanza, aprendizaje y apoyo al estudiantado.....	22
D4. Profesorado.....	27
D5. Recursos y servicios de aprendizaje	30
D6. Información pública y rendición de cuentas.....	34
D7. I+D+i y transferencia de conocimiento.....	37
Resultado de la evaluación	41
Anexo. rúbricas de evaluación	42

INTRODUCCIÓN

Contexto normativo

El marco legal vigente establece la acreditación institucional como un mecanismo para garantizar la calidad académica global de un centro universitario, fundamentado mediante un sistema interno de garantía de la calidad (SIGC), que debe asegurar una formación con un nivel de competencia y la adecuación a los criterios estandarizados de calidad del servicio docente prestado, así como responder a las exigencias del estudiantado y de la sociedad. Establece, además, la obligatoriedad de certificar los SIGC por parte de las agencias de evaluación de la calidad, como requisito previo a la acreditación institucional. En el sistema universitario catalán, dicha certificación se lleva a cabo en consonancia con lo dispuesto en la Guía de AQU Catalunya que aplica para este proceso.

Este informe es el resultado del proceso de evaluación externa realizado de forma colegiada por un comité de personas expertas, tras el análisis de la documentación y las evidencias presentadas y una visita al centro.

El informe, en su versión previa, se envía al centro evaluado para que pueda informar sobre los posibles errores de hecho y en su versión definitiva, se eleva a la Comisión específica de evaluación institucional de AQU Catalunya como principal evidencia para la certificación del SIGC del centro.

Para facilitar la comprensión de este documento, se incluyen, a modo de anexo, las rúbricas de evaluación para la certificación del SIGC.

Proceso de evaluación

Centro evaluado

NOMBRE	
Universidad	Universitat Autònoma de Barcelona
Código MECD	08071287
Tipología	Propio
Alcance del SIGC	Programas de doctorado

Composición del Comité de evaluación externa (CEE)

Rol	Nombre	Institución
Presidente	Óscar González Benito	Universidad de Salamanca
Vocalía profesional	Sandra Marcos Ortega	Universidad Pontificia de Salamanca
Vocalía estudiantil	Alba Ceballos Escalera-López	Universitat de Girona
Secretaria metodológica	Carme Edo Ros	AQU Catalunya

Agenda de visita

Tal y como establece el proceso aprobado por la Comisión de Evaluación Institucional y de Programas de AQU Catalunya, la primera fase del proceso de evaluación se configura con una visita previa, cuyo objetivo es conocer el nivel de implantación de los elementos claves del SIGC y continuar con el proceso de evaluación en los términos inicialmente planificados. La visita previa de evaluación tuvo lugar el 11 de abril de 2024.

Superada la fase previa, el comité realiza la visita externa de evaluación, de acuerdo a la siguiente agenda:

Día 4 de julio de 2024

Hora	Actividad	Duración
08:50 – 09:00	Bienvenida institucional	10'
09:00 – 09:30	Presentación del SIGC del centro	30'
09:30 – 10:30	Dimensión 1: POLÍTICA DE CALIDAD Y EFICACIA DEL SIGC Procesos incluidos: PE01 Definició de la Política i objectius de la Qualitat PE02 Definició desplegament i seguiment del SIGC PC12 Gestió Documental	60'
10:30 – 11:30	Dimensión 7. I+D+i Y TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO Procesos incluidos: PC12 Recerca (transversal UAB) PC13 Transferència del Coneixement (transversal UAB) y los procesos del SIGC de la ED vinculados a esta dimensión	60'
11:30 – 11:45	Pausa	15'
11:45 – 12:15	Dimensión 2. DISEÑO, APROBACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS Procesos incluidos: PE03. Creació i disseny de programes de doctorat. Mapa de titulacions	30'

	PC09 Seguiment, avaluació i millora dels programes de doctorat PC10. Modificació i extinció de programes de doctorat PC11 Acreditació de programes de doctorat	
12:15 – 13:15	Dimensión 3. ENSEÑANZA, APRENDIZAJE Y APOYO AL ESTUDIANTADO Procesos incluidos: PC01. Definició de perfils d'ingrés, graduació i accés als estudis PC02. Programació docent d'activitats formatives transversals PC03. Admissió al programa de doctorat i assignació de tutorització i direcció de tesi PC04. Dipòsit, defensa i avaluació de la tesi doctoral PC05. Promoció i gestió del Doctorat Industrial PC06. Orientació i suport dels estudiants PC07. Seguiment dels estudiants de doctorat PC08. Gestió de la mobilitat de doctorands	60'
13:15 – 14:00	Dimensión 4. PROFESORADO y Dimensión 5. RECURSOS Y SERVICIOS DE APRENDIZAJE (PTGAS) Procesos incluidos: PE04. Política i gestió del PDI PE05. Política i gestió del PTGAS	45'
14:00 – 15:45	<i>Pausa almuerzo</i>	1 h 45'
15:45 – 16:30	Dimensión 5. RECURSOS Y SERVICIOS DE APRENDIZAJE (excepto PTGAS) Procesos incluidos: PS01. Gestió de recursos econòmics i materials PS02. Gestió de serveis PS03. Organització acadèmica	45'
16:30 – 17:15	Dimensión 6. INFORMACIÓN PÚBLICA Y RENDICIÓN DE CUENTAS Procesos incluidos: PS04. Gestió de queixes i suggeriments PS05. Satisfacció dels usuaris PS06. Informació pública i rendició de comptes PS07. Inserció laboral dels doctorands	45'
17:15 – 18:00	Entrevista con las direcciones de departamento y coordinaciones de programas	60'
18:00 – 18:30	<i>Trabajo interno del CEE</i>	30'

Día 5 de julio de 2024

Hora	Actividad	Duración
09:00 – 09:55	Entrevista con profesorado	55'

09:55 – 10:50	Entrevista con estudiando y personas egresadas	55'
10:50 – 11:45	Entrevista con personal técnico, de gestión y de administración y servicios	55'
11:45 – 12:00	<i>Pausa</i>	15'
12:00 – 13:00	Entrevista con la Junta Permanente de la Escola de Doctorat	60'
13:00 – 14:00	Entrevista con equipo técnico de calidad y responsables del SIGC transversal	60'
14:00 – 15:30	<i>Pausa (comida y trabajo interno del CEE)</i>	1 h 30'
15:30 – 16:00	Audiencia abierta	30'
16:00 – 16:30	Trabajo interno del CEE	30'
16:30 – 16:45	Conclusiones preliminares y despedida	15'

Informe de visita

Fecha del informe previo	30 de setiembre de 2024
Fecha de recepción de errores de hecho	n.a. (16/10/2024)
Fecha del informe definitivo	16/10/2024

Otras consideraciones

El CEE quiere hacer constar su agradecimiento a las personas de la Escuela de Doctorado, Vicerrectorados y servicios centrales que han participado en el proceso de evaluación facilitando el desarrollo con normalidad de la visita previa y de la visita de evaluación, que han transcurrido sin ninguna incidencia reseñable.

Este agradecimiento se quiere hacer extensible a todas las personas participantes en las distintas audiencias que han transcurrido en un ambiente de cordialidad y cooperación.

El CEE quiere dejar constancia del esfuerzo realizado por las responsables de la Escuela para reunir en las audiencias a los diferentes grupos de interés de la gran variedad de programas de doctorados implantados en la Universidad.

Igualmente, el Comité quiere destacar la buena coordinación existente entre la Escuela de Doctorado y los Vicerrectorados implicados y Servicios Centrales, favoreciendo la correcta actividad de la Escuela.

VALORACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE EVALUACIÓN

D1. Política de calidad y eficacia del SIGC

El centro dispone de una política de aseguramiento de la calidad que forma parte de su estrategia. La estructura del SIGC garantiza una gestión eficaz de sus procesos, incluyendo su revisión y mejora continua.

Implantación parcial Implantación suficiente Implantación avanzada

Para la evaluación de la dimensión, el CEE ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con los siguientes procesos y procedimientos, así como las evidencias derivadas de la visita externa:

- PE01 Definició de la Política i objectius de la Qualitat
- PE02 Definició desplegament i seguiment del SIGC
- PC12 Gestió Documental
- Manual del SIGC de la Escuela de Doctorado

1.1 POLÍTICA, OBJETIVOS DE CALIDAD Y GESTIÓN ESTRATÉGICA

EL CENTRO CUENTA CON UNA POLÍTICA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD FORMALMENTE DEFINIDA Y QUE ES PÚBLICA PARA EL CONJUNTO DE GRUPOS DE INTERÉS. ESTA POLÍTICA DE CALIDAD SE DESPLIEGA EN UN PLAN ESTRATÉGICO, PLAN DIRECTOR O SIMILAR, CUYOS OBJETIVOS CUENTAN CON INDICADORES QUE PERMITEN MEDIR SU GRADO DE LOGRO.

Suficiente

El máximo órgano de gobierno de la Escola de Doctorat de la UAB, en adelante ED, es el Comité de Dirección presidido por la directora de la ED. La Junta Permanente, también presidida por la dirección de la ED, actúa por delegación del Comité de Dirección y asume las funciones de Comisión de Calidad. Como tal, es la responsable de la aprobación final del SIGC de la ED.

En la ED, la Unitat Tècnica de Doctorat tiene funciones relacionadas con el soporte a la dirección, coordinación académica y estudiantado. Entre sus funciones se encuentra la de dar soporte para la implantación del SIGC de la ED y la de dar soporte a los Programas de Doctorado, en adelante PD, para el correcto desarrollo de los procesos. La responsable de esta unidad asiste a las reuniones de los órganos de gobierno de la ED y coordina y ejecuta las directrices para la implantación de la estrategia de la ED promoviendo la interacción con los ámbitos académicos, los servicios centrales y las áreas técnicas.

La Gestora de Calidad de la ED da soporte para la revisión y mejora del SIGC. Esta figura actúa como enlace entre el centro y la OQD (Oficina de Qualitat Docent) vinculada al Vicerrectorado encargado de los asuntos de calidad.

La gestión diaria de PD, se realiza desde la coordinación y comisión académica de cada programa. Estas comisiones son las responsables de la definición, la actualización, la calidad y la coordinación de cada programa de doctorado, así como del progreso de la investigación y la formación de los doctorandos y doctorandas del programa y de la autorización de la presentación de tesis.

La Escuela de Doctorado cuenta con una política y unos objetivos de calidad formalmente definidos que están alineados con el Plan Estratégico de la UAB para 2018-30. Su definición conforma el primer proceso estratégico PE01 (definición de la política y objetivos de calidad) del SIGC de la ED. La política de calidad constituye parte de la documentación generada (output PE01_OUT_01) del proceso estratégico PE01 del SIGC de la Escuela de Doctorado.

El Manual del SIGC de la ED (última versión aprobada en febrero de 2024) parte de la estructura definida para la Escuela de Doctorado y de su política y objetivos de calidad, y establece procesos estratégicos (5), clave (12) y de soporte (7). Su definición, implantación y control conforman el segundo proceso estratégico PE02 (definición, despliegue y seguimiento del SIGC).

Los objetivos de calidad se estructuran en seis líneas estratégicas que se reflejan en un cuadro de objetivos estratégicos donde se definen indicadores para cada una de las líneas estratégicas. Se observa una clara vinculación entre las líneas estratégicas y los objetivos estratégicos de la UAB y las líneas estratégicas y los objetivos estratégicos de la ED.

Cada indicador estratégico tiene asignada una persona responsable de la ejecución, se vincula a un proceso del SIGC y tiene definida una meta. El cuadro de indicadores presenta los valores meta y los resultados obtenidos anualmente desde el año 2021 así como las acciones a realizar que se relacionan con el plan de mejoras.

Además de los indicadores estratégicos, se definen indicadores de seguimiento vinculados al funcionamiento de los propios procesos.

El SIGC de la ED está vinculado al SIGC de la UAB que despliega procesos transversales con las actividades que se llevan a cabo de manera centralizada para todos los Centros de la UAB.

Toda la información del SIGC de la ED incluyendo la Política de Calidad, el Manual, el plan de mejoras, el informe de gestión y los procesos es de acceso público a través de la página web de calidad de la ED.

BP-1.1.1. La vinculación inequívoca entre la estrategia UAB, la estrategia de la Escuela y los objetivos vinculados a calidad.

Tal como se ha comentado anteriormente, existe una clara trazabilidad entre la estrategia de la institución definida en el “Pla Estratègic 2018-2030” y los objetivos de calidad específicos de la Escuela.

AM-1.1.1. Diferenciar claramente los indicadores estratégicos de los indicadores de seguimiento.

Cada uno de los procesos del SIGC tiene asociados una batería de indicadores bajo el epígrafe “Indicadores estratégicos”, sin embargo, se incluyen los indicadores estratégicos y los indicadores de seguimiento sin estar diferenciados unos y otros en los documentos de trabajo de los indicadores.

Se deben revisar los procesos y los documentos del SIGC para que en todos los casos quede clara la tipología de los indicadores. Ello contribuirá a facilitar la revisión de los objetivos estratégicos y la de los procesos.

AM-1.1.2. Unificar en la documentación del Sistema la denominación de los objetivos de calidad/estratégicos.

Los objetivos de calidad definidos en la Política de Calidad de la Escuela reciben un nombre diferente en los distintos documentos del Sistema, así se denominan objetivos de calidad docente, objetivos de calidad de la Escuela u objetivos estratégicos en los diferentes documentos del Sistema haciendo alusión a lo mismo. Se debe revisar este aspecto.

RE-1.1.1. Revisar el proceso PE01 para que se recoja como evidencia el informe de gestión de la ED donde se analiza la revisión del SIGC.

En el proceso PE01 “Definició de la Política i objectius de la Qualitat” se establece que el Equipo de Dirección de la ED rinde cuentas del grado de consecución de los objetivos de calidad mediante el Informe de Gestión de la ED que aprueba la Junta Permanente.

Este informe se considera un elemento clave para la revisión del sistema, sin embargo, no se recoge como un output del proceso PE01, ni tampoco está establecida la periodicidad con la que se realiza.

Adicionalmente se recomienda homogeneizar la terminología con la que se denomina este informe para evitar confusiones.

RE-1.1.2. Revisar la utilidad de algunos indicadores y sus metas para la consecución de los objetivos estratégicos identificados.

Algunos indicadores asociados a objetivos estratégicos y/o su evaluación parece que no son los óptimos para medir los logros pretendidos. Por ejemplo, para el objetivo

estratégico de la ED “Revisión y actualización del SIGC” se propone como indicador “Propuestas de mejora propuestas por año” y la meta a conseguir “Mantener o incrementar el número de propuestas de mejora propuestas por año” y se obtiene un grado de consecución del 100% para el año 2023. Por otro lado, el indicador PC09_IND_03 indica como hito “intención de repetir”. Se debe reflexionar sobre la utilidad de los indicadores utilizados actualmente para la mejora continua de la revisión del sistema y su posible sustitución por otro que, por ejemplo, mida la eficacia de las acciones de mejora. Este aspecto puede hacerse extensivo a los indicadores de todo el SIGC tal y como se especifica en el resto de dimensiones de evaluación.

1.2 CADENA DE RESPONSABILIDADES Y GRUPOS DE INTERÉS

LA CADENA DE RESPONSABILIDADES Y LOS GRUPOS DE INTERÉS IMPLICADOS EN LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS SE ENCUENTRAN CORRECTAMENTE DEFINIDOS Y GARANTIZAN SU ADECUADO FUNCIONAMIENTO.

Suficiente

El Manual del SIGC establece responsabilidades para el propio manual, la política de calidad, el informe anual de gestión, y cada uno de los procesos estratégicos, clave y de soporte establecidos. Cada proceso tiene definida una persona responsable propietaria del proceso y una persona responsable gestora del proceso. Estas responsabilidades se distribuyen principalmente entre la directora, la responsable de la Unidad Técnica de Doctorado y la Gestora de Calidad de la ED, aunque también intervienen otros perfiles técnicos y, puntualmente, el Vicerrectorado de Investigación.

Tanto el Manual del SIGC como los procesos identifican los principales grupos de interés de dentro y fuera de la Escuela. En general, en cada proceso se definen los participantes y responsables de cada una de las acciones descritas.

Por otro lado, en los procesos se define la forma en la que participan los distintos grupos de interés. Así, por ejemplo, en el PS06 “Informació pública i rendició de comptes”, se definen como grupos de interés: estudiantes de doctorado, personas que tutorizan y dirigen tesis, personas coordinadoras de los PD, personal de soporte a los PDI y personal de la ED que participan de distintas maneras; en debates de la Junta Permanente, Comité de Dirección y en las Comisiones delegadas.

Durante las entrevistas pudo constatarse que la toma de decisiones se realiza de manera adecuada siguiendo los procesos establecidos y se garantiza su correcto funcionamiento. También se pudo comprobar que existe una participación activa de los diferentes grupos de interés en los distintos órganos de la ED.

RE-1.2.1. Describir con mayor detalle las responsabilidades y funciones de las figuras que toman parte en los procesos, de forma que se pueda observar con precisión el desarrollo de los mismos.

En líneas generales se expresan las funciones del propietario y del responsable de gestión de cada uno de los procesos. Sin embargo, puntualmente no se describen con suficiente claridad las funciones de otras responsabilidades que participan en el desarrollo de los procesos, como por ejemplo en el PS6. “Informació pública i rendició de comptes”. Sería recomendable detallar las responsabilidades de las personas que participan en el desarrollo del proceso: unidad técnica de la ED, responsables de cada PD, PTGAS de soporte a los PD así como los distintos servicios de la UAB. Igualmente, sería oportuno indicar más claramente quién revisa los procesos para que no genere ninguna duda, en varios procesos se indica que la revisión la realiza tanto el director de la Escuela como el gestor de calidad.

RE-1.2.2. Revisar las figuras de propietario/a de proceso.

Un buen número de los procesos del SIGC tienen como propietaria del proceso a la Directora de la ED, esta concentración de responsabilidades en una única persona podría no ser la óptima, por lo que se recomienda realizar una revisión para determinar si existen otras figuras que puedan asumir esta función en otros procesos.

1.3 MAPA DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

EL MAPA DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL SIGC MUESTRA EL CONJUNTO COMPLETO DE PROCESOS IMPLANTADOS Y SUS INTERRELACIONES.

Suficiente

El Manual SIGC de la Escuela incluye un mapa de procesos que muestra las interrelaciones entre los procesos y su clasificación en 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. Así, según el propio Manual, los procesos estratégicos proporcionan directrices para el resto de los procesos, los claves están directamente vinculados al proceso educativo, con un impacto más significativo en el alumnado, y los procesos de soporte dan apoyo al resto de los procesos.

Los procesos incluyen un diagrama de flujo donde se identifican grupos de interés participantes, el flujo de trabajo y los inputs i outputs.

Algunos procesos del SIGC tienen definidos los procedimientos asociados correspondientes. Así, por ejemplo, el proceso PS5 “Satisfacció dels usuaris” se vincula a tres procedimientos: encuestas a doctores y doctoras, encuestas a directores y directoras de tesis doctorales y encuesta sobre ocupación a personas doctoradas.

Se constata que el mapa de procesos está actualizado en su versión de 2023 y que los procesos se encuentran correctamente documentados.

En lo que respecta a la nueva dimensión de evaluación de la investigación y la transferencia de tecnología, la UAB ha optado por definir dos procesos transversales de universidad que engloban estas áreas, PC12 “Recerca” y PC13 “Transferència del Coneixement”. A nivel de ED se considera que la investigación y a la transferencia son inherentes a la actividad que se desarrolla tanto en la ED como en los PD; así la ED, para dar respuesta a esta nueva dimensión, ha identificado los elementos vinculados a las mismas en sus propios procesos.

AM-1.3.1. Identificar en los procesos las relaciones o interacciones con otros procesos del SIGC tanto de la propia Escuela como de los transversales de la Universidad.

Para facilitar la gestión, en cada proceso se deberían identificar de manera explícita aquellos procesos (tanto de la propia ED como los transversales) que tienen una vinculación directa.

AM-1.3.2. Revisar los flujogramas de los procesos.

Los flujogramas de los procesos son elementos valiosos que presentan de manera visual información sobre los procesos. Es importante aprovecharlos en todo su potencial; así se deben revisar para incorporar elementos que falten o corregir posibles errores. Así en algunos casos los inputs y outputs no quedan claramente reflejados. Por ejemplo, en el proceso PE01, la memoria de la ED aparece como input en lugar de como output. Además, no se mantiene la codificación y numeración.

1.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SIGC PERMITE EL CONTROL EFICIENTE Y SISTEMÁTICO DE LOS DOCUMENTOS QUE SE GENERAN.

Suficiente

El Sistema de Calidad de la ED dispone del proceso PC12 “Gestión documental” que contempla la gestión y la publicación de la documentación y la información del SIGC.

Para la gestión del día a día del SIGC, la ED cuenta con un repositorio documental (OneDrive y la intranet de la UAB). El gestor documental permite guardar, organizar y facilitar acceso a los distintos colectivos implicados a toda la documentación utilizada y/o generada en los distintos procesos del SIGC. Cada proceso establece responsables de gestión encargados de la publicación de la documentación correspondiente.

El comité ha tenido acceso a un espacio “espejo” del gestor documental en el OneDrive de Qualitat. La documentación está organizada de forma clara y sistemática. La mayoría de los documentos que ha podido consultar el comité siguen de forma rigurosa la estructura fijada en el PC12 de gestión documental, que se considera adecuada.

El gestor documental cuenta con una carpeta específica para cada proceso del SIGC. Dentro de dicha carpeta se encuentran, además de los documentos en vigor, las versiones anteriores de proceso en una carpeta convenientemente etiquetada, así como la última revisión del proceso.

Cada proceso está identificado por un código que define su categorización: estratégico (PE), clave (PC) o de soporte (PS); en la portada se incluye un histórico de las revisiones y se indica la fecha de aprobación. Los procesos pueden tener procedimientos asociados.

Adicionalmente, los procesos incluyen dos tablas que identifican la documentación asociada (input) en la sección 4 y la documentación generada (outputs) en la sección 5. La documentación (input y output) siempre aparece codificada. En el caso concreto de la documentación generada (output) se incluyen los metadatos: ubicación y el gestor o la gestora (responsable de la gestión documental). Se valora favorablemente el hecho de que esta documentación sea de acceso directo mediante enlaces.

La nomenclatura utilizada para codificar los distintos elementos del sistema facilita su identificación y ubicación en el mismo, por ejemplo:

- Proceso: PC03
- Procedimiento asociado: PC03_PRC01
- Documentación asociada(input): PC03_INP_01
- Documentación asociada (output): PC03_OUT_01
- Indicador: PC03_IND_01
- Propuesta de mejora: PC03_PM

AM-1.4.1. Revisar los procedimientos que forman parte de los procesos

Un buen número de los procesos del SIGC tienen asociados procedimientos. Sin embargo, durante la visita pudo observarse que algunos procedimientos no están desarrollados como tales y tampoco están identificados con la codificación asignada en los procesos. Este es el caso, por ejemplo, del PE03 de diseño y aprobación de programas donde se hace referencia a dos procedimientos que no existen como tales. Lo mismo ocurre con el PC09 de seguimiento, evaluación y mejora de los programas de doctorado.

RE-1.4.1 Revisar las fechas de revisión y aprobación de la documentación del Sistema.

La fecha de aprobación de la última revisión del Sistema data de 2024, sin embargo, en las fechas de la última revisión datan, por ejemplo, de 2019, este es el caso del Manual de Calidad. Esta circunstancia se da en la mayor parte de la documentación del Sistema por lo que se recomienda revisar la forma en la que se recoge esta información de forma que no genere confusión.

1.5 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN PERMITE LA RECOGIDA ÁGIL, COMPLETA, FIABLE Y REPRESENTATIVA DE DATOS E INDICADORES VINCULADOS A LOS PROCESOS Y AL PLAN ESTRATÉGICO (O SIMILAR).

Suficiente

La UAB dispone de un potente sistema de gestión de la información o Datawarehouse, que es accesible a través de la intranet de la Universidad. El sistema Datawarehouse se complementa con aplicaciones desarrolladas para gestionar la información relativa a planes de estudios, profesorado, calificaciones y expedientes académicos, que permiten la elaboración de informes y la difusión de estos, por ejemplo, a través de las webs de “Titulació en xifres”. Periódicamente se cargan en el Datawarehouse los datos de las aplicaciones corporativas de la UAB. Además, el sistema alimenta otros sistemas de información de organismos oficiales externos como UNEIX, CRUE o SIIU.

El Datawarehouse incorpora unas herramientas de explotación y análisis que permiten la creación de los atributos e indicadores necesarios para la generación de informes de datos. Durante la visita, el comité pudo ver algún ejemplo de sus funcionalidades y su potencialidad para ofrecer información visual, completa y actualizada sobre los resultados del desarrollo de los PD.

Por otro lado, se dispone del sistema de información EGRETA, que recoge información muy completa sobre el seguimiento de los estudiantes y sobre la investigación y transferencia de tecnología. EGRETA se comunica con el Datawarehouse.

La ED utiliza estas plataformas para la gestión de su SIGC y dispone de un cuadro global de indicadores que incluye el conjunto de indicadores estratégicos y de seguimiento definidos en el SIGC. Estos indicadores están disponibles en el repositorio documental mencionado en el apartado anterior.

RE-1.5.1. Formalizar en la documentación del SIGC la gestión de la información que realiza la ED.

Durante la visita se pudo comprobar que existe una gestión efectiva de la información, sin embargo, los detalles de la gestión no están formalizados dentro del SIGC más allá de la mención que se hace en el Manual de Calidad del Datawarehouse. En esta formalización también se recomienda incluir EGRETA como fuente principal de información para los aspectos relacionados con la investigación y la transferencia de tecnología, así como el uso de esta información que se realiza desde la ED.

1.6 REVISIÓN Y MEJORA DEL SIGC Y DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA DE CALIDAD

EXISTEN EVIDENCIAS QUE DEMUESTRAN QUE EL SIGC Y LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA DE CALIDAD SE ANALIZAN DE FORMA PERIÓDICA, CONTRIBUYENDO TANTO A LA MEJORA DE LA EFICACIA DE LOS PROCESOS COMO A LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD DEL CENTRO.

Suficiente

El SIGC se revisa según lo establecido en el PE02 “Definición, despliegue y seguimiento dels SIGC”.

La revisión completa del SIGC se recoge en el informe de gestión del Centro. En este documento el Equipo de Dirección de la Escuela rinde cuentas del grado de cumplimiento de los objetivos de calidad. En el informe se incluyen los resultados y la evaluación del grado de consecución de las líneas estratégicas de la Política de Calidad del centro, así como un análisis de la revisión del SIGC, y específicamente de los procesos del marco VSMA. Este informe es público en la página web de la ED. El último data de 2023 y recoge un análisis de los años 2021, 2022 y 2023.

Todos y cada uno de los procesos se encuentran dentro de una sistemática periódica de actualización, revisión de indicadores y establecimiento de planes de mejora. Las revisiones de los procesos son exhaustivas y se concretan en un informe para cada proceso. Los informes de revisión indican la fecha de la revisión y el/la responsable de la misma y se estructuran en tres apartados: “Actualització del procés”, “Revisió d’indicadors i de la informació generada” y “Pla de millora”.

Las mejoras, fruto de la revisión del SIGC 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 Junta Permanente analiza la información disponible y aprueba la revisión del SIGC y el Plan de Mejoras del Centro.

AM-1.6.1 Mejorar la sistematización de la identificación de las acciones de mejora y la periodicidad con que se realiza su seguimiento, así como sus responsables.

Se identifica en la documentación del Sistema que las acciones de mejora son identificadas por los responsables de los procesos y la aprobación y seguimiento se realiza por la Junta Permanente, pero no se ha podido evidenciar que esto es así. Informalmente se realiza, pero se debería de sistematizar este seguimiento y aprobación con carácter periódico.

RE-1.6.1. Ampliar la información sobre el análisis que se realiza en la revisión del SIGC en las Actas de la Junta Permanente y en el Informe de Gestión del Centro.

Los resultados del análisis de la revisión del SIGC se analizan en la Junta Permanente, sin embargo, las actas de la Junta y el Informe de Gestión del Centro sólo reflejan de manera somera dicho análisis. Se recomienda ampliar la información que se incluye en estos documentos, fundamentalmente en el informe de gestión, principal documento de revisión del Sistema, para evidenciar que se cumple el ciclo de mejora.

RE-1.6.2. Ajustar la periodicidad y la sistematización de detección de mejoras, revisión de los procesos, Plan de mejoras y revisión del SIGC.

Se ha detectado que se han recogido mejoras en el plan de mejoras en fechas a priori no coincidentes con la revisión de los procesos. Así, por ejemplo, en el PC07 la acción de mejora PC07-PM181 se informa en el plan de mejora con fecha de octubre 2022 y tiene fecha de inicio de noviembre 2023, mientras que en la revisión del proceso de noviembre 2023 se establece como nueva mejora, por lo que no queda claro en qué momento se define la mejora y entra a formar parte del Plan de mejoras.

RE-1.6.3. Revisar el contenido del Plan de mejoras para visibilizar las acciones cerradas.

El actual Plan de mejoras contiene únicamente las acciones abiertas; sin embargo, se han eliminado las finalizadas. Para evaluar los resultados obtenidos y evidenciar la trazabilidad, es recomendable que las acciones finalizadas en el periodo revisado y los resultados obtenidos sean visibles por ejemplo en el Plan de mejoras o en la revisión del SIGC.

RE-1.6.4. En el Plan de mejoras, vincular las acciones de mejora a los objetivos estratégicos.

Algunas acciones del plan de mejoras pueden tener una relación directa con los objetivos estratégicos que la ED tiene planteados. El CEE considera que sería interesante que esta relación se reflejara en el plan de mejoras; ello contribuiría al seguimiento del cumplimiento de dichos objetivos.

RE-1.6.5. En el Plan de mejoras, informar de la fecha prevista de cierre de las acciones.

En el Plan de mejoras está previsto informar de la fecha de cierre de las acciones de mejora, sin embargo, la mayoría de las acciones establecidas no tienen esta información. Establecer una fecha orientativa de cierre puede ayudar en el seguimiento de las acciones por lo que se recomienda aportar esta información.

RE-1.6.6. Añadir la fecha de aprobación en los informes de revisión de los procesos.

En la actualidad, la persona propietaria de cada proceso realiza la revisión del mismo con la periodicidad establecida. La fecha de revisión queda registrada en el informe de revisión. Los informes de revisión junto con el Plan de mejoras son aprobados por la Junta Permanente. Para facilitar la trazabilidad de las acciones realizadas y evidenciar que las mejoras propuestas por las personas responsables de los procesos son



validadas es recomendable que en los informes de revisión de los procesos se indique la fecha de aprobación de los mismos.

D2. Diseño, aprobación y seguimiento de los programas formativos

El centro tiene implantados procesos para el diseño, aprobación, revisión y mejora de los programas formativos y, si procede, su extinción.

Implantación parcial Implantación suficiente Implantación avanzada

Para la evaluación de la dimensión, el CEE ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con los siguientes procesos y procedimientos, así como las evidencias derivadas de la visita externa:

- PE03. Creació i disseny de programes de doctorat. Mapa de titulacions
- PC09 Seguiment, avaluació i millora dels programes de doctorat
- PC10. Modificació i extinció de programes de doctorat
- PC11 Acreditació de programes de doctorat

2.1 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA DISEÑO Y APROBACIÓN

LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN DEL DISEÑO Y APROBACIÓN DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS ESTÁN IMPLANTADOS Y GARANTIZAN SU ADECUACIÓN A SUS DISCIPLINAS, AL MCQES Y AL RESTO DE LA NORMATIVA INTERNA Y EXTERNA QUE LES ES APLICABLE.

Satisfactorio

El proceso PE03. “Creació i disseny de programes de doctorat. Mapa de titulacions” regula la creación y aprobación de nuevos PD garantizando cumplimiento de plazo, estándares de calidad y requerimientos normativos. El desarrollo del proceso está bien definido siguiendo el hilo conductor desde el inicio del periodo de presentación de nuevas propuestas hasta el resultado final de la verificación.

El diseño inicial y propuesta de nuevos PD van avaladas por los jefes de departamentos y/o directores de institutos y aprobadas por los órganos de gobierno de los diferentes departamentos o institutos implicados, con lo que se garantiza la implicación de diferentes agentes.

La cadena de responsabilidades de las etapas del proceso está bien definida y se establecen claramente las fases que garantizan una adecuación de los programas. De las evidencias aportadas se ha podido comprobar que se sigue el proceso tal y como está definido garantizando la adecuación de los programas a sus disciplinas y cumpliendo con las normativas que le son aplicables, especialmente a través de la Comisión Académica del Programa y concretamente a través de la actuación del coordinador del programa.

Las actuaciones relacionadas con la gestión del diseño y la aprobación garantizan un elevado nivel de implantación; así se constata en las evaluaciones externas realizadas por la agencia.

Adicionalmente, desde la ED se realiza una revisión del mapa de PD cuyo resultado enlaza con el PC10. “Modificació i extinció de programes de doctorat”.

BP-2.1.1. La adecuación y sistematización de criterios establecidos para la aprobación de nuevos PD.

Las propuestas de nuevos PD se revisan por la Junta Permanente, quien valora la viabilidad del nuevo Programa de Doctorado propuesto basándose en los siguientes criterios: (a) demanda de este tipo de programa de doctorado; (b) presencia en la comunidad de títulos como lo que se propone; (c) posibilidades de inserción laboral de sus Doctores (con consulta a los empleadores en su caso); (d) incorporación de líneas de investigación emergentes, innovadoras y de alta calidad y que estén alineadas con los objetivos estratégicos de investigación de la UAB; (e) financiación propia de las líneas de investigación propuestas. Por lo que se garantiza la coherencia entre las oportunidades y necesidades del entorno y la estrategia de la universidad.

2.2 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA REVISIÓN Y MEJORA

LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA REVISIÓN Y MEJORA DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS ESTÁN IMPLANTADOS Y GARANTIZAN SU ACTUALIZACIÓN Y MEJORA CONTINUA.

Satisfactorio

Los procesos PC09 “Seguiment, avaluació i millora dels programes de doctorat”, PC10. “Modificació i extinció de programes de doctorat” y “PC11 Acreditació de programes de doctorat” regulan los procesos para la revisión y mejora de los programas formativos.

Las actuaciones que se despliegan para actualizar y mejorar estos procesos y sus procedimientos vinculados se llevan a cabo con una periodicidad adecuada y, a tales efectos, abordan diversos aspectos de cabal importancia para el sistema (de conformidad con el apartado "13. Revisión, seguimiento y mejora" de sus respectivas fichas).

Las coordinaciones de los programas de doctorado, con el asesoramiento del personal de l' OQD y el apoyo del Gestor de Calidad de la Escuela de Doctorado, son las responsables de elaborar el informe de seguimiento del programa (ISPD) y desarrollar las acciones de mejora directamente vinculadas al desarrollo de los estudios.

Por otro lado, a través de la implantación del proceso para la acreditación de PD se asegura que los programas formativos reúnen los requisitos formales o de índole

administrativa regulados, que el nivel formativo se corresponde al certificado por la universidad y que se han aplicado los mecanismos de garantía interna que aseguran la mejora continua del programa de doctorado. Los informes de evaluación de renovación de la acreditación de los programas de doctorado son públicos y accesibles a través de la página web de la ED.

Durante la visita, se analizó el ciclo de vida de los PD pudiéndose comprobar el correcto funcionamiento de los procesos. Fruto de este análisis se concluye que los procesos generan documentos asociados (outputs) y establecen indicadores que evidencian su adecuado despliegue, implantación y funcionamiento. Así lo avalan los resultados de la acreditación de los PD, con 55 de 99 PD con resultado “En progreso hacia la excelencia”.

2.3 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

SE RECOGE INFORMACIÓN PARA EL ANÁLISIS Y MEJORA DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL DISEÑO, APROBACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS.

Suficiente

El despliegue de los procesos del SIGC, garantiza la recogida de información abundante, diversa y relevante sobre los PD. Esta recogida de información para el análisis de los procesos vinculados al marco VSMA está consolidada y tiene una larga trayectoria en los procesos de la Universidad. Todo ello conduce a un análisis completo del ciclo de vida de los PD, así como a su revisión y mejora.

Entre los indicadores que son objeto de recogida se pueden destacar la satisfacción de titulados y tituladas con el PD, la intención de repetición del PD o la tasa de abandono del estudiantado de PD.

RE-2.3.1. Revisar la utilidad de algunos indicadores para el seguimiento y mejora de los programas formativos.

La utilidad de algunos de estos indicadores queda relativizada cuando dejan de aportar valor al sistema. Es el caso del indicador PE03_IND_02 “Porcentaje de propuestas de nuevos PD verificadas respecto a las presentadas”, que refleja la verificación de todos los programas (100%) a lo largo de los años representados y no discrimina; por ello, cabría replantear su utilidad.

Otro ejemplo podría ser el indicador PE03_IND_01 Número de propuestas presentadas de nuevos Programas de Doctorado Propios UAB o Internuniversitarios o el indicador PC11_IND_01 “Número de PD que se presentan a acreditación por año”. Estos indicadores no se consideran significativos para analizar el desarrollo del proceso y su mejora a no ser que se asocien a estrategias concretas.

Igualmente, se recomienda plantear la recogida de algunos indicadores a nivel de programa para poder analizar la información de forma que se pueda identificar dónde están los posibles problemas, este el caso, entre otros, del indicador de la tasa de abandono. Por otro lado, algunos indicadores se recogen por áreas de conocimiento y otros no, se recomienda revisarlo para obtener la mayor información posible que resulte útil para la toma de decisiones.

2.4 REVISIÓN Y MEJORA

EXISTEN EVIDENCIAS CLARAS Y CONTINUAS QUE DEMUESTRAN QUE SE ANALIZAN Y, EN SU CASO, SE MEJORAN LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL DISEÑO, APROBACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA QUE TIENEN COMO RESULTADO LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS.

Satisfactorio

Los PD se revisan y se mejoran de manera periódica a través de los mecanismos descritos en cada proceso, como son los informes de revisión de los procesos, informes de seguimiento, autoinformes de acreditación, análisis de indicadores, etc.

Todos los procesos englobados en esta dimensión han sido revisados en febrero de 2024 en base a los indicadores e información cualitativa que se recoge en el apartado de “revisión y mejora” de cada proceso.

Los aspectos analizados en la revisión de los procesos se consideran adecuados. Por ejemplo, para el proceso PC11 “Acreditació de PD” se tiene en cuenta:

- Volumen de trabajo de las diferentes instancias participantes
- Flujo de documentos entre instancias
- Idoneidad de la ubicación de la información
- Flujo de información entre instancias UAB y AQU, DGU i CU.
- % Acumulado de resoluciones de acreditación favorable con excelencia para los PD.

D3. Enseñanza, aprendizaje y apoyo al estudiantado

El centro tiene implantados procesos que favorecen y apoyan el aprendizaje del estudiantado desde el momento de su admisión a los programas formativos.

Implantación parcial Implantación suficiente Implantación avanzada

Para la evaluación de la dimensión, el CEE ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con los siguientes procesos y procedimientos, así como las evidencias derivadas de la visita externa:

- PC01. Definició de perfils d'ingrés, graduació i accés als estudis
- PC02. Programació docent d'activitats formatives transversals
- PC03. Admissió al programa de doctorat i assignació de tutorització i direcció de tesi
- PC04. Dipòsit, defensa i avaluació de la tesi doctoral
- PC05. Promoció i gestió del Doctorat Industrial
- PC06. Orientació i suport dels estudiants
- PC07. Seguiment dels estudiants de doctorat
- PC08. Gestió de la mobilitat de doctorand

3.1 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS VINCULADOS CON LA ENSEÑANZA Y EL APRENDIZAJE DEL ESTUDIANTADO ESTÁN IMPLANTADOS, Y ASEGURAN UN DESARROLLO EFICAZ DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS Y LA CONSECUCCIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE PREVISTOS.

Suficiente

En esta dimensión se engloban una serie de procesos directamente relacionados con el “ciclo de vida” del estudiantado de doctorado.

El núcleo de la actividad de gestión de la ED va desde el acceso con la asignación del tutor-director, que supervisa y evalúa a los doctorandos y doctorandas, pasando por la gestión del depósito, lectura y evaluación de la tesis doctoral, la gestión específica de los doctorados industriales, además de la gestión de las actividades académicas de los programas de doctorado.

El CEE constata que la ED sigue lo establecido en sus procesos en cuanto a la enseñanza-aprendizaje se refiere. Se trata de procesos consolidados y, a nivel de información pública, se da a conocer información en los diferentes ámbitos abordados en el ciclo de vida del estudiantado.

Se valoran positivamente los videos desarrollados por la ED en los que se muestra en forma de píldoras como realizar las acciones descritas en los procesos. Además, los videos están agrupados en función de los colectivos a los que van dirigidos, lo que facilita su búsqueda.

Toda la información acerca de los procedimientos a seguir está publicada en la web de la UAB.

RE-3.1.1. Actualizar las referencias a la normativa en el PC04.

El proceso PC04 regula el proceso de depósito, defensa y evaluación de la tesis doctoral, siguiendo la normativa establecida en la UAB y la estatal. Respecto a esta última es preciso actualizar en el proceso, tanto el RD1393 como el RD99/2011, a las normativas que las sustituyen.

3.2 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA APOYO AL ESTUDIANTADO

LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS VINCULADOS CON EL APOYO AL ESTUDIANTADO ESTÁN IMPLANTADOS Y FACILITAN SU PROGRESO Y BIENESTAR A LO LARGO DE LOS ESTUDIOS.

Suficiente

El CEE constata que la ED sigue lo establecido en sus procesos en cuanto a las acciones previstas para dar apoyo y orientación al estudiantado.

La Escuela tiene implantado el proceso PC07. “Seguiment dels estudiants de doctorat”, que garantiza el seguimiento anual de los estudiantes de acuerdo con la normativa vigente. Las comisiones académicas son las responsables de elaborar al comienzo de cada curso el protocolo, donde se incluye el tipo de prueba que se hace de seguimiento, el calendario y la composición de los tribunales de seguimiento. Dicho protocolo es revisado por la ED antes de su publicación, garantizando el acceso a los estudiantes. La evaluación del seguimiento involucra a los diferentes agentes implicados en la tesis, Así, doctorandos y doctorandas deben enviar un informe al presidente de la comisión de seguimiento, junto con las actividades formativas que se han realizado durante el curso y que ya están validadas por el director o tutor. La dirección de la tesis, por su parte (directores y/o tutores) envía un informe de evaluación sobre el trabajo realizado por los doctorandos y doctorandas durante el curso. Una vez realizada la evaluación de seguimiento para cada doctorando o doctoranda, la comisión de seguimiento emite un acta con el resultado de la evaluación. Esta comisión también valora los informes que se han emitido por parte de la dirección de la tesis, el desarrollo del plan de actividades y el plan de investigación. Con ello se puede inferir que se respetan los principios de Salzburgo.

Finalmente, la ED, a través del proceso PC08. “Gestió de la mobilitat de doctorand”, garantiza la correcta gestión de las acciones de movilidad e internacionalización de los

programas, esto es, estancias de Erasmus (estudios y prácticas), así como las nuevas estancias BIP, las estancias para la mención del doctorado internacional y las cotutelas. Por su parte, el impulso al desarrollo profesional, la mejora de la empleabilidad y la inserción laboral de calidad de doctorando o doctoranda se garantiza con la implantación del proceso PS07. “Inserción laboral”, a través de actividades de orientación profesional, la gestión del Doctorado industrial, la gestión de la movilidad internacional, la generación de ideas y el emprendimiento y los convenios de estancia de investigación que se realizan en otras instituciones.

3.3 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

SE RECOGE INFORMACIÓN PARA EL ANÁLISIS Y MEJORA DEL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE Y DE APOYO AL ESTUDIANTADO.

Suficiente

Todos los procesos implicados en la enseñanza-aprendizaje y de apoyo al estudiantado especifican documentos asociados (inputs) que permiten el despliegue del proceso, así como su análisis y mejora.

Los procesos llevan asociados indicadores que aportan información para el análisis y mejora de los procesos de enseñanza-aprendizaje y apoyo al estudiantado. Por otro lado, se recoge información recibida a través del buzón de sugerencias y reclamaciones PS04 y de las encuestas de satisfacción descritas en PS05.

BP-3.3.1. La introducción de la perspectiva de género en algunos indicadores.

En el proceso PC04 se han introducido dos indicadores que tienen en consideración la perspectiva de género, PC04_IND_08 “Porcentaje de tesis superadas CL perspectiva de género y PC04_IND_09 “Porcentaje de tesis presentadas por compendio de publicaciones-perspectiva de género”. Esto se considera una buena práctica que debería extenderse en el SIGC para poder hacer un buen análisis sobre la perspectiva de género en los estudios de doctorado.

BP-3.3.2. La digitalización de la gestión de información de los doctorados e implementación de gestiones no-presenciales.

La ED ha realizado un gran esfuerzo para la digitalización de las gestiones relacionadas con los doctorados. Durante la visita se pudo constatar el alto grado de digitalización y satisfacción de usuarios y usuarias. Por ejemplo, el depósito de tesis.

RE-3.3.1. Revisar la utilidad de algunos indicadores para el seguimiento y mejora de los programas formativos.

En línea con lo indicado en la dimensión 2, la utilidad de algunos de estos indicadores queda relativizada cuando dejan de aportar valor al sistema. Este es el caso de los indicadores definidos como “número de ... al año” que aportan información no relativizada a un total y por tanto difíciles de interpretar.

RE-3.3.2. Establecer metas claras en los indicadores.

Se recomienda evitar, en la medida de lo posible, que una meta sea mantener el porcentaje o incrementar en un 1%, puesto que por un lado no se especifica respecto a qué, y por otro lado, si se trata respecto al año anterior, y ese año el dato es negativo, no se entendería que la meta sea mantenerlo. Ej. PC03_IN_04/05

RE-3.3.3. Recopilar de manera sistemática los datos e indicadores para el seguimiento de los procesos.

Si bien se recoge información, en algunas ocasiones se recopilan datos solo hasta el curso 21-22, faltando información del curso 22-23. Este es el caso, por ejemplo, de los indicadores relacionados con el proceso PC04 “Dipòsit, defensa i avaluació de la tesi doctoral”.

3.4 REVISIÓN Y MEJORA

EXISTEN EVIDENCIAS CLARAS Y CONTINUAS QUE DEMUESTRAN QUE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA ENSEÑANZA, APRENDIZAJE Y APOYO AL ESTUDIANTADO SE ANALIZAN Y, EN SU CASO, SE MEJORAN DE FORMA PERIÓDICA.

Satisfactorio

Todos los procesos englobados en esta dimensión han sido revisados en febrero de 2024 en base a los indicadores e información cualitativa que se recoge en el apartado de “revisión y mejora” de cada proceso.

En general, las revisiones de los procesos de esta dimensión a las que ha tenido acceso el comité se realiza de manera exhaustiva.

Así, por ejemplo, el PC04 “Dipòsit, defensa i avaluació de la tesi doctoral” tiene asociada una batería de 10 indicadores o el PC08 “Gestió de la mobilitat de doctorand” tiene 11 indicadores.

Fruto de este análisis se proponen acciones de mejora que se consideran adecuadas. Por ejemplo, en el proceso PC06 “Orientació i suport dels estudiants” a raíz del análisis del indicador PC06_IND01 “Número de PD que participantes en las actividades de promoción” se observa una baja participación por lo que se establece la propuesta de



mejora PC06-PM218 “Promocionar en los comités de dirección y en reuniones específicas con los coordinadores con el área de comunicación”.

D4. Profesorado

El centro tiene implantados procesos que aseguran que el profesorado asignado a las actividades docentes, de supervisión y tutorización es competente y dispone de las cualificaciones pertinentes.

Implantación parcial Implantación suficiente Implantación avanzada

Para la evaluación de la dimensión, el CEE ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con los siguientes procesos y procedimientos, así como las evidencias derivadas de la visita externa:

- PE04. Política i gestió del PDI

4.1 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA GESTIÓN DE PROFESORADO

LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN DEL PROFESORADO (ESTABLECIMIENTO DEL PERFIL, ASIGNACIÓN DOCENTE Y EVALUACIÓN DEL ENCARGO DOCENTE) ESTÁN IMPLANTADOS Y GARANTIZAN UN DESARROLLO EFICAZ DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS.

Satisfactorio

El proceso PE04. “Política i gestió del PDI” queda bajo el proceso transversal de la UAB que tiene la misma denominación. En lo que respecta a la ED, el objetivo es participar con los departamentos para alcanzar y mantener una dotación apropiada de PDI para el correcto desarrollo de los PD, así como velar para que el profesorado pueda ejercer sus funciones de manera adecuada y garantizar la calidad de las tesis doctorales y los PD.

Así, el Equipo de Gobierno de la UAB es el responsable de definir la política del PDI mientras que los Departamentos velan por la correcta aplicación de esta política. La ED participa valorando la actividad docente del profesorado y proponiendo actividades de formación e innovación docente. Adicionalmente, la directora de la ED firma el plan docente individual de cada director o directora de tesis a la vez que coordina los cargos académicos de dirección y gestión (coordinación de PD y componentes de la Comisión Académica del PD).

Los departamentos son los responsables de la asignación de la docencia, y de velar por una adecuada distribución de la carga docente entre el profesorado teniendo en cuenta la normativa vigente. La mayor responsabilidad en relación con la asignación de directores de tesis con una adecuada experiencia investigadora recae en las comisiones académicas siguiendo el proceso PC-03. En relación con la provisión de plazas y su adecuación, es responsabilidad de los equipos centrales de gobierno de la

UAB, aunque recae en la dirección de la ED coordinar la gestión de cargos académicos de dirección y gestión.

4.2 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE

LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE (FORMACIÓN Y EVALUACIÓN) ESTÁN IMPLANTADOS Y GARANTIZAN UN DESARROLLO EFICAZ DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS.

Suficiente

El desarrollo de los programas formativos para el profesorado y el reconocimiento de la dedicación del profesorado corresponde a procesos transversales UAB. No obstante, desde la ED también se realizan acciones. Así, el proceso estratégico PE04 (política y gestión del PDI) incluye procedimientos relativos a la formación y desarrollo profesional y docente del profesorado participante. Este proceso está estrechamente vinculado con el proceso equivalente del SIGC transversal de la UAB.

Como se ha mencionado en el apartado anterior, la ED interviene en el desarrollo profesional docente proponiendo e incentivando actividades de formación e innovación docente.

Siendo el profesorado un proceso muy vinculado al proceso transversal, en esta dimensión la ED debe tener especial consideración la **AM 1.3.1**. Identificar en los procesos las relaciones o interacciones con otros procesos del SIGC tanto de la propia Escuela como de los transversales de la Universidad.

4.3 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

SE RECOGE INFORMACIÓN PARA EL ANÁLISIS Y MEJORA DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL DEL PROFESORADO.

Suficiente

En el proceso PE04. “Política i gestió del PDI” se definen un conjunto de indicadores sobre la satisfacción del estudiantado y del profesorado, así como datos sobre el profesorado que asiste a sesiones de formación y porcentaje de directores y directoras de PD con sexenio de investigación vivo. Estos indicadores permiten realizar una reflexión sobre el nivel de adecuación de la calidad del profesorado a las características de los PD que se imparten.

RE-4.3.1. Revisar la utilidad de algunos indicadores para el análisis del desarrollo del proceso de gestión del profesorado.

Se recoge información sobre diversos indicadores para el análisis del funcionamiento del proceso, sin embargo, algunos de ellos pueden no aportar información útil para la

toma decisiones, tal es el caso del número de nombramientos y ceses de coordinadores de programas de doctorado, PE04_IND_01, o el relativo al número de nombramientos y ceses de miembros de la Comisiones Académicas de los Programas de Doctorado PE04_IND_02. Además, las metas de estos indicadores se marcan como alcanzadas en un 100%, aspecto que no queda claro.

4.4 REVISIÓN Y MEJORA

EXISTEN EVIDENCIAS CLARAS Y CONTINUAS QUE DEMUESTRAN QUE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA GESTIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL DEL PROFESORADO SE ANALIZAN Y, EN SU CASO, SE MEJORAN DE FORMA PERIÓDICA.

Suficiente

El proceso PE04. “Política i gestió del PDI” ha sido revisado en febrero de 2024 en base a los indicadores e información cualitativa que se recoge en el apartado de “revisión y mejora” del mismo.

La información recogida se analiza y permite a la ED realizar una reflexión sobre el nivel de adecuación de la calidad del profesorado a las características de las titulaciones que se imparten. En el informe de revisión del proceso PE04 se analizan los indicadores mencionados en el punto anterior y se revisa y actualiza el plan de mejora.

En lo que respecta al desarrollo profesional del profesorado el informe de revisión muestra la existencia de una mejora para trabajar con la unidad de formación docente para renovar la oferta formativa de los cursos de formación y visualizar los cursos con competencias para la supervisión doctoral en la web de la ED. También, se detallan los logros conseguidos.

El informe de revisión también incluye una mejora para promover el grado de satisfacción del profesorado con la gestión y actividades de la ED que consiste en la organización de focus groups donde las personas que supervisan los PD comparten experiencias y se detectan problemas y soluciones.

D5. Recursos y servicios de aprendizaje

El centro tiene implantados procesos para la gestión de los recursos materiales y de los servicios relacionados con los programas formativos. Se asegura la competencia del personal a su cargo.

Implantación parcial Implantación suficiente Implantación avanzada

Para la evaluación de la dimensión, el CEE ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con los siguientes procesos y procedimientos, así como las evidencias derivadas de la visita externa:

- PE05. Política i gestió del PTGAS
- PS01. Gestió de recursos econòmics i materials
- PS02. Gestió de serveis
- PS03. Organització acadèmica

5.1 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA GESTIÓN DE SERVICIOS Y RECURSOS

LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS Y RECURSOS MATERIALES ESTÁN IMPLANTADOS Y GARANTIZAN EL EFICAZ DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS.

Suficiente

El SIGC de la ED incluye 3 procesos para la gestión de servicios y recursos.

El proceso PS01. “Gestió de recursos econòmics i materials” tiene como objetivo establecer la manera de distribuir el presupuesto, definir las necesidades en relación a los PD y a los proyectos estratégicos de la ED, planificar la adquisición de nuevos recursos materiales y gestionar recursos económicos y materiales.

Por otro lado, el proceso PS02. “Gestió de Serveis” establece la manera en que la ED define las necesidades de servicio y su gestión (bibliotecas, servicios informáticos, servicio de empleabilidad, servicio de publicaciones, servicio de lenguas etc.) Este proceso tiene una clara vinculación con su homólogo del SIGC transversal de la UAB, puesto que muchas de las acciones se realizan desde los servicios centrales de la universidad.

Finalmente, el proceso PS03. “Organització acadèmica” que establece los elementos para garantizar que la ED posibilite el desarrollo eficiente de la actividad en el doctorado (normativa, procedimientos administrativos, organización) y la planificación de las diferentes actividades.

Los tres procesos son propiedad de la directora de la ED y la responsabilidad de la gestión recae sobre la responsable de la unidad técnica de doctorado.

AM-5.1.1 Revisar la redacción de los procesos evitando la inclusión de acciones de mejora concretas en un periodo concreto.

El proceso PS02. “Gestió de Serveis” incluye información sobre acciones de mejora que se han llevado a cabo en el último periodo en la Escuela, tales como la adecuación de las Salas (Sala Carlos Perelló) para la celebración de actos y defensas de tesis, la creación de un espacio de co-working, o la instalación de una pantalla en la entrada de la Unidad Técnica, para la difusión de actividades y de las defensas de tesis. Se recomienda evitar hacer referencia en los procesos a acciones de mejora concretas que se hayan puesto en marcha en la Escuela.

RE-5.1.1. Analizar la posibilidad de delegar la mayor parte de las acciones que se despliegan en el proceso de la ED PS02. “Gestió de Serveis” al proceso transversal de universidad PS10 “Gestió dels Serveis” o reformular el proceso.

El proceso de la ED incluye una descripción de los servicios centrales de la UAB sobre los que no tienen ningún tipo de capacidad directa de mejora, puesto que se gestionan de manera centralizada por la UAB y que por lo tanto no son competencia directa de la ED. Se recomienda o bien hacer referencia al proceso transversal de la UAB donde se describe el proceso relativo a los servicios de apoyo o reformular el proceso incluyen aquellos servicios o cuestiones que directamente pueda controlar.

5.2 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA DESARROLLO PROFESIONAL DEL PERSONAL DE SERVICIOS

LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL DEL PERSONAL A CARGO DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON LOS PROGRAMAS FORMATIVOS ESTÁN IMPLANTADOS, Y SE GARANTIZA SU COMPETENCIA Y ADECUACIÓN.

Suficiente

El SIGC de la ED incluye el proceso PE05. “Política i gestió del PTGAS” que establece mecanismos para garantizar un adecuado personal de apoyo en número y cualificación, y para asegurar su formación y la actualización de sus conocimientos y competencias para el desarrollo de su actividad en la Escuela de Doctorado. Cada dos años se realiza un plan de formación dirigido al PTGAS mediante un sistema de detección de necesidades.

Las políticas de desarrollo del PTGAS generan un plan anual de formación, así como formación continua de los procedimientos de la ED.

Paralelamente, desde los servicios centrales de la UAB, anualmente se despliega el sistema de evaluación del PTGAS (Proceso transversal PS10 “Avaluació del PTGAS”).

En el proceso PE05 se define un único indicador sobre desarrollo profesional del PTGAS: horas anuales de formación de este colectivo. Se valora favorablemente la acción de mejora propuesta en la revisión del proceso para ampliar la información sobre el desarrollo profesional y recoger como indicador la satisfacción del PTGAS de la ED. Por otro lado, se propone como mejora la realización de formaciones de soporte específicas para las nuevas incorporaciones a la ED.

Durante la visita, se pudo comprobar un buen grado de satisfacción del PTGAS con el desarrollo profesional y las actividades que se desarrollan desde la ED.

RE-5.2.1. Sistematizar la recogida de planes de formación del PTGAS dentro del Sistema.

Si bien se realizan formaciones dentro de la Escuela para el PTGAS a demanda de estos, no queda evidenciada esta formación dentro del Sistema. Se recomienda recoger estos datos.

5.3 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

SE RECOGE INFORMACIÓN PARA EL ANÁLISIS Y MEJORA DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS Y RECURSOS MATERIALES Y DEL PERSONAL A SU CARGO.

Suficiente

La ED dispone de mecanismos para la obtención de información sobre el mantenimiento y la detección de necesidades de recursos materiales y servicios.

Se han definido indicadores a nivel de proceso, y cada uno de los servicios que dan soporte al desarrollo de las titulaciones dispone de sus mecanismos de recogida de información.

En cuanto a la distribución del presupuesto y la gestión de recursos materiales, la ED cuenta con indicadores económicos que se consideran adecuados: recursos económicos para la organización de programas formativos para los PD, la organización de actividades formativas transversales y la renovación de material.

En lo que respecta a la organización académica, la ED cuenta con una batería de indicadores que se considera adecuada para el correcto análisis del proceso.

RE-5.3.1. Revisar la utilidad de algunos indicadores para el análisis del desarrollo del proceso de gestión del PTGAS.

En relación con la información recogida sobre el PTGAS, existen indicadores para realizar un seguimiento de cómo está funcionando el proceso; sin embargo, en algunos casos los indicadores definidos no resultan muy significativos. Uno de ellos es, por ejemplo, las solicitudes recibidas de teletrabajo.

Por otro lado, el proceso sobre gestión de servicios establece un indicador, "Media de la relación entre los servicios y procedimientos o actividades de la ED", en el que no está claro qué se mide y cómo se mide. Se recomienda revisar los indicadores.

5.4 REVISIÓN Y MEJORA

EXISTEN EVIDENCIAS CLARAS Y CONTINUAS QUE DEMUESTRAN QUE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS Y RECURSOS MATERIALES, ASÍ COMO DEL PERSONAL A SU CARGO, SE ANALIZAN Y, EN SU CASO, SE MEJORAN DE FORMA PERIÓDICA.

Suficiente

De manera periódica se realiza un análisis de los procesos vinculados a recursos y servicios de aprendizaje que deriva en la revisión de los mismos. Todos los procesos englobados en esta dimensión han sido revisados en febrero de 2024 en base a los indicadores e información cualitativa que se recoge en el apartado de "revisión y mejora" de cada proceso.

En los informes de revisión de estos procesos se incluyen el seguimiento de los indicadores establecidos, el seguimiento de las acciones de mejora, y el planteamiento de nuevas acciones de mejora que sean pertinentes. Las nuevas propuestas de mejora se trasladan al plan de mejora de la ED.

Fruto de ello, por ejemplo, es la acción de mejora identificada en relación con el proceso PE05, consistente en conocer la satisfacción del PTGAS, para lo que la ED se ha planteado elaborar una encuesta específica para su PTGAS a fin de conocer su satisfacción.

D6. Información pública y rendición de cuentas

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

Implantación parcial Implantación suficiente Implantación avanzada

Para la evaluación de la dimensión, el CEE ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con los siguientes procesos y procedimientos, así como las evidencias derivadas de la visita externa:

- PS04. Gestió de queixes i suggeriments
- PS05. Satisfacció dels usuaris
- PS06. Informació pública i rendició de comptes
- PS07. Inserció laboral dels doctorands

6.1 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y LA RENDICIÓN DE CUENTAS ESTÁN IMPLANTADOS Y GARANTIZAN UN DESARROLLO EFICAZ DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS.

Suficiente

El SIGC de la ED incluye 4 procesos para información pública y rendición de cuentas.

El proceso PS04. “Gestió de queixes i suggeriments” de la ED establece como herramienta fundamental de gestión el servicio OPINA UAB. Se trata de un canal unificado de recepción de sugerencias, quejas y felicitaciones a través de un formulario electrónico ubicado en la página principal de la web institucional de la Escuela y en el Portal de Transparencia de la UAB. El proceso describe la gestión aplicada por el servicio OPINA UAB a la ED. Adicionalmente se pueden recibir quejas y sugerencias a través de los órganos colegiados de la ED.

Adicionalmente, en última instancia, las quejas se pueden presentar a la “Síndica de Greuges” de la UAB (Defensora universitaria).

Anualmente se realiza un informe de gestión de quejas y felicitaciones de la ED.

El proceso PS05. “Satisfacció dels usuaris” de la ED establece como fuente principal de información las encuestas que se realizan a doctores y doctoras de la UAB y a directores y directoras de tesis doctorales.

Se observa que existe una sistemática bien establecida de recopilación de datos con información anual disponible desde el 2017.

Anualmente se realiza un informe de resultados de las encuestas de satisfacción.

El proceso PS06. “Informació pública i rendició de comptes” establece la manera de garantizar el acceso público a la información sobre el doctorado y sus programas, incluidos los resultados obtenidos.

La página web de la ED se ajusta a la imagen visual corporativa de la UAB y, de manera general, tiene una estructura común al resto de centros. La ED es la responsable de mantener actualizado el contenido académico de las fichas de los PD, así como la información sobre acceso y matrícula, actividades transversales, tesis, información académica, calidad etc. La ED solicita a otras áreas los enlaces a la información más general sobre matrícula, servicio de bibliotecas, relaciones internacionales etc. La información se presenta en tres idiomas: español, catalán e inglés.

Finalmente, el proceso PS07. “Inserció laboral dels doctorands” establece como fuentes principales de información las encuestas a personas doctoradas (alumni) y las encuestas de inserción laboral de AQU Catalunya.

RE-6.1.1. Revisar los mecanismos establecidos a fin de que todos los programas de doctorado contengan la información pública necesaria y establecida en el SIGC.

Todos las páginas web de los programas de doctorado siguen una estructura común fruto de una directriz de la Escuela de Doctorado, sin embargo se ha detectado que no en todos los casos esta información está disponible para todos los programas. Se recomienda revisar esto y establecer un check-list que facilite la revisión de la información pública.

6.2 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

SE RECOGE INFORMACIÓN PARA EL ANÁLISIS Y MEJORA DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y LA RENDICIÓN DE CUENTAS.

Suficiente

La ED recoge información de diferentes fuentes para su posterior análisis. En este sentido, el proceso PS06 incluye indicadores de seguimiento centrados en aspectos operativos asociados a la página web, que la escuela recoge e integra en el cuadro global de indicadores.

En concreto, para valorar la información pública se han definido indicadores, unos vinculados a las visitas realizadas a la página web (número de visitas y páginas visitadas, visualizaciones de videos tutoriales, etc.) y otros vinculados a la satisfacción de usuarios y usuarias que se incluyen en el cuadro de mando.

Por otro lado, el proceso PS04 tiene definidos cuatro indicadores; tres de ellos vinculados al Servei OPINA UAB y un cuarto propio de la ED sobre el número de comunicaciones recibidas.

El proceso PS05 tiene establecidos cuatro indicadores vinculados a las encuestas de satisfacción de titulados y tituladas de los PD y un quinto sobre el porcentaje de profesorado que tiene previsto dirigir tesis en la UAB.

Finalmente, el PS07 tiene definidos cuatro indicadores provenientes de distintas fuentes: número de personas que han participado en actividades transversales sobre empleabilidad, satisfacción con la inserción laboral (encuesta AQU), satisfacción con la inserción laboral (encuesta alumni) y número de doctores y doctoras bajo convenios de estancias en instituciones para la recogida de datos.

RE-6.2.1. Revisar la información pública referente a los diferentes programas de doctorado.

Se observan ligeras variaciones en la información pública disponible en los distintos PD, como por ejemplo los requisitos de formato del documento de la tesis doctoral. Adicionalmente se recomienda sistematizar la información pública presentada para normalizar y garantizar que se proporcione información actualizada y completa.

6.3 REVISIÓN Y MEJORA

EXISTEN EVIDENCIAS CLARAS Y CONTINUAS QUE DEMUESTRAN QUE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y LA RENDICIÓN DE CUENTAS SE ANALIZAN Y, EN SU CASO, SE MEJORAN DE FORMA PERIÓDICA.

Suficiente

De manera periódica se realiza un análisis de todos los procesos vinculados a la información pública y rendición de cuentas que deriva en la revisión de los mismos. Todos los procesos englobados en esta dimensión han sido revisados en febrero de 2024 en base a los indicadores e información cualitativa que se recoge en el apartado de “revisión y mejora” de cada proceso.

En los informes de revisión de estos procesos se incluyen el seguimiento de los indicadores establecidos, el seguimiento de las acciones de mejora, y el planteamiento de nuevas acciones de mejora que sean pertinentes. Las nuevas propuestas de mejora se trasladan al plan de mejora de la ED.

D7. I+D+i y transferencia de conocimiento

El centro tiene establecidos procesos que aseguran que los programas de doctorado implantados cuentan con programas y proyectos de investigación con financiación interna o externa, de modo que se alcancen los resultados de investigación alineados con las líneas de investigación de dichos programas.

Implantación parcial Implantación suficiente Implantación avanzada

Para la evaluación de la dimensión, el CEE ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con los siguientes procesos y procedimientos, así como las evidencias derivadas de la visita externa:

- PC12 Recerca (transversal UAB)
- PC13 Transferència del Coneixement (transversal UAB)
- Y los procesos del SIGC de la ED vinculados a ésta dimensión

7.1 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS LIGADOS A LA I+D+i Y LA TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO ESTÁN IMPLANTADOS Y GARANTIZAN QUE SE ALCANCEN RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN ALINEADOS CON LAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE DOCTORADO.

Suficiente

Los procesos PC12 “Recerca” (transversal UAB) y PC13 “Transferència del Coneixement” (transversal UAB) se incorporaron al sistema en diciembre de 2023 y son consecuencia de la entrada en vigor de la nueva versión de la Guía para la certificación de los SIGC en centros de educación superior de AQU Catalunya aprobada en octubre del 2023.

Tal como se ha avanzado en la dimensión 1 de este informe, no existen procesos específicos de la ED de investigación y transferencia de tecnología, sino que la ED ha identificado, en sus procesos propios, los elementos vinculados a esta nueva dimensión. Así, por ejemplo, el desarrollo del proceso PC05 “Promoció i gestió del Doctorat Industrial” se puede vincular al proceso transversal PC13 “Transferència del Coneixement”. De la misma manera, las propuestas de nuevos programas de doctorado del proceso PE03. “Creació i Disseny de Programa de Doctorat. Mapa de titulacions” se pueden vincular al proceso transversal PC12 “Recerca”.

Los dos nuevos procesos tienen como objetivo establecer la sistemática para la gestión de la investigación y la transferencia y están definidos siguiendo el modelo de procesos transversales de la UAB. Los dos procesos hacen referencia a procedimientos del SIGC de la investigación.

La ED ha presentado una alineación de sus procesos con los procesos transversales de la UAB, en el que se identifican de qué manera se tiene en cuenta y cómo con cada uno de ellos se garantiza que se alcancen resultados de investigación alineados con las líneas de investigación de los programas.

Así, los objetivos estratégicos planteados por la Escuela y alineados con los de la UAB establecen de forma clara su compromiso y vinculación con la I+D+I y la transferencia. Un ejemplo de ello es:

Objetivo UAB: Reforçar un ecosistema innovador i emprenedor a la UAB.

Objetivos ED. 2.1) Fomentar els projectes de tesi doctoral amb menció de Doctorat Industrial com a eina fonamental per la transferència de coneixement a la societat y 2.2) Facilitar la transferència del coneixement procedent dels projectes de tesi cap a la societat a través de la oficina de Valorització i Patents de la UAB.

Objetivo UAB: Impulsar la transferència de coneixement a la societat en tots els àmbits, per afrontar els desafiaments del nostre entorn.

Objetivos estratégicos ED. 2.3) Afavorir l'aprenentatge dels estudiants de doctorat en els àmbits de la innovació, l'emprenedoria i la transferència del coneixement y 2.4) Promocionar i difondre el sentit dels estudis de doctorat a la Societat"

Por otro lado, la excelencia investigadora y la dotación de estructuras investigadoras suficientes queda garantizada de algún modo en los procesos de diseño de programas y profesorado, al cumplir con las exigencias que marca la normativa en vigor

Como elemento adicional, cabe destacar que la UAB dispone de un SIGC de la investigación según la norma internacional ISO 9001 que abarca la gestión integral de la investigación y transferencia de conocimiento de la universidad más allá de la docencia.

AM-7.1.1. Clarificar en cada proceso del SIGC de la ED su vinculación con los procesos transversales de investigación y transferencia de tecnología.

Con la introducción de la Dimensión 7 de Investigación y transferencia de tecnología, la ED ha identificado los aspectos de cada proceso del SIGC de la ED vinculados a investigación y transferencia de tecnología. Esta vinculación se ha realizado en documentación anexa por lo que debe incorporarse y hacerse explícita en los procesos en vigor de la ED de tal manera que se facilite la valoración global del proceso de mejora continua de las acciones vinculadas a estos.

7.2 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

SE RECOGE INFORMACIÓN PARA EL ANÁLISIS Y MEJORA DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA I+D+I Y LA TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO Y SUS RESULTADOS.

Suficiente

La ED cuenta con datos e indicadores vinculados a los procesos de investigación y transferencia de tecnología que proceden de distintas fuentes de información. En el caso de la investigación los datos e indicadores son aportados a través del sistema centralizado de la universidad (EGRETA) o por medio de otros servicios institucionales. Los indicadores asociados a los procesos transversales están vinculados al SIGC de la investigación y tienen su propia gestión.

El aplicativo EGRETA va más allá de la recopilación de indicadores; entre otros permite exportar la producción científica a otras bases de datos y permite reunir en un único espacio la información de los resultados obtenidos por la comunidad investigadora (artículos, libros, patentes, convenios, premios...) También permite la recuperación de información desde distintas bases de datos (Scopus, WOS, Mendelev...) y la generación automática de los CV y certificados FECYT.

Por otro lado, según el modelo establecido por la ED, la investigación y la transferencia se despliegan transversalmente en los procesos del SIGC de la ED y por lo tanto la gestión de la información queda embebida en los procesos del SIGC de la ED, tal como se ha comentado en los apartados correspondientes del presente informe.

AM-7.2.1. Incorporar EGRETA de manera formal en el SIGC de la ED.

El sistema de información EGRETA se utiliza como base para la obtención de datos e indicadores útiles para la gestión del SIGC de la ED. Por lo tanto, este sistema debería incorporarse en el SIGC de la misma manera que en el caso del Datawarehouse.

RE-7.2.1. Incorporar al SIGC indicadores que demuestren en mayor medida las actividades vinculadas con la investigación y la transferencia de tecnología.

El sistema EGRETA y el Datawarehouse son fuentes relevantes de información vinculada con la investigación y la transferencia de tecnología. Atendiendo a que estas áreas se han introducido como elementos del SIGC, se propone aprovechar el potencial de estos sistemas de información para hacer más visible la investigación y la transferencia en el SIGC. Se trata de medir y visibilizar la contribución de la formación doctoral al impulso y generación de resultados de investigación y transferencia.

7.3 REVISIÓN Y MEJORA

EXISTEN EVIDENCIAS CLARAS Y CONTINUAS QUE DEMUESTRAN QUE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS SE MEJORAN DE FORMA PERIÓDICA.

Suficiente

A través de la revisión del Sistema y de la revisión de cada uno de los procesos se evidencia que se analiza la información recopilada por diferentes fuentes, y que este análisis sirve para la mejora. Igualmente, como se ha mencionado anteriormente se establecen acciones de mejora que se trasladan al plan de mejora de la Escuela.

Según el modelo establecido por la ED, la investigación y la transferencia se despliegan transversalmente en los procesos del SIGC de la ED y, por lo tanto, la revisión y mejora queda embebida en los procesos del SIGC de la ED, tal como se ha comentado en los apartados correspondientes del presente informe.

AM-7.3.1. Analizar globalmente la investigación y la transferencia de tecnología en la revisión periódica del SIGC.

Considerando que la investigación y la transferencia de tecnología no tienen procesos propios de la ED, sería interesante establecer un mecanismo por el cual estos dos elementos se analicen de manera global en el informe de revisión del SIGC teniendo en cuenta la información vinculada en los distintos procesos del SIGC.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN

Teniendo en cuenta las argumentaciones y valoraciones expuestas a lo largo del informe, este comité propone a la Comisión específica de evaluación institucional la certificación de la implantación del SIGC del centro evaluado, con el siguiente nivel:

DIMENSIÓN

D1. Política de calidad y eficacia del SIGC	Implantación suficiente
D2. Diseño, aprobación y seguimiento de los programas formativos	Implantación avanzada
D3. Enseñanza, aprendizaje y apoyo al estudiantado	Implantación suficiente
D4. Profesorado	Implantación suficiente
D5. Recursos y servicios de aprendizaje	Implantación suficiente
D6. Información pública y rendición de cuentas	Implantación suficiente
D7. I+D+i y transferencia de conocimiento	Implantación suficiente
RESULTADO GLOBAL DE CERTIFICACIÓN	FAVORABLE

El presidente del Comité de evaluación externa manifiesta que el presente documento constituye el informe de evaluación externa del centro indicado anteriormente.

Óscar González Benito

Firmado por GONZALEZ BENITO
OSCAR - ***7193** el día
16/10/2024 con un
certificado emitido por AC
FNMT Usuarios

Salamanca, octubre de 2024

ANEXO. RÚBRICAS DE EVALUACIÓN

D1. Política de calidad y eficacia del SIGC

<p>1.1. El centro cuenta con una política de garantía de la calidad formalmente definida y que es pública para el conjunto de grupos de interés. Esta política de calidad se despliega en un plan estratégico, plan director o similar, cuyos objetivos cuentan con indicadores que permiten medir su grado de logro.</p>	
Satisfactorio	El centro tiene implantada, actualizada y publicada una política de garantía de la calidad que se despliega en un plan estructurado que recoge de forma adecuada todas las acciones que deben desarrollarse, sus objetivos y los indicadores para medir su grado de logro.
Suficiente	El centro tiene implantada y publicada una política de garantía de la calidad que se despliega en un plan que recoge las principales acciones que deben desarrollarse, sus objetivos más destacados y los indicadores para medir su grado de logro.
Insuficiente	El centro no tiene implantada o correctamente definida una política de garantía de la calidad. No existe un plan que recoja las acciones que deben desarrollarse, sus objetivos y los indicadores para medir su grado de logro, o no está correctamente estructurado.
<p>1.2. La cadena de responsabilidades y los grupos de interés implicados en los procesos y procedimientos se encuentran correctamente definidos y garantizan su adecuado funcionamiento.</p>	
Satisfactorio	La cadena de responsabilidades y los grupos de interés para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos y procedimientos para el análisis y mejora del SIGC son muy adecuados para asumir estas funciones y presentan una alta implicación. La toma de decisiones es muy adecuada y siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos y procedimientos.
Suficiente	La cadena de responsabilidades y los grupos de interés para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos y procedimientos para el análisis y mejora del SIGC 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 y procedimientos.
Insuficiente	La cadena de responsabilidades y los grupos de interés para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos y procedimientos para el análisis y mejora del SIGC no siempre son los adecuados para asumir estas funciones. La toma de decisiones no siempre es adecuada ni se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos y procedimientos.
<p>1.3. El mapa de procesos y procedimientos del SIGC muestra el conjunto completo de procesos implantados y sus interrelaciones.</p>	
Satisfactorio	Se cuenta con un mapa de procesos y procedimientos actualizado que contempla todos los procesos del SIGC y sus interrelaciones.
Suficiente	Se cuenta con un mapa de procesos y procedimientos que contempla la mayor parte de los procesos principales del SIGC y sus interrelaciones.
Insuficiente	El mapa de procesos y procedimientos no es consistente con los procesos del SIGC implantados ni

	sus interrelaciones están bien establecidas o son coherentes con el despliegue del sistema.
1.4. El sistema de gestión de la documentación del SIGC permite el control eficiente y sistemático de los documentos que se generan.	
Satisfactorio	Se dispone de un sistema de gestión de la documentación del SIGC que permite un muy fácil acceso a la última versión del sistema y del conjunto de documentación que se genera al respecto. Toda la documentación está organizada de forma sistemática.
Suficiente	Se dispone de un sistema de gestión de la documentación del SIGC que incluye la última versión del sistema y la documentación más relevante que se genera al respecto. La mayor parte de la documentación está organizada de forma sistemática.
Insuficiente	Se dispone de un sistema de gestión de la documentación del SIGC que incluye una versión no actualizada del sistema y/o de la documentación relevante generada. Además, la documentación no se organiza de forma sistemática.
1.5. El sistema de gestión de la información permite la recogida ágil, completa, fiable y representativa de datos e indicadores vinculados a los procesos y al plan estratégico (o similar).	
Satisfactorio	Se dispone de un sistema de gestión de la información que recoge de forma sistemática datos y resultados de indicadores relevantes y fiables de todos los procesos del SIGC y del plan estratégico (o similar). El sistema de gestión de la información permite un fácil acceso a los datos y resultados de los indicadores para los distintos grupos de interés.
Suficiente	Se dispone de un sistema de gestión de la información que recoge datos y resultados de indicadores relevantes que son generalmente representativos y fiables de los procesos del SIGC y del plan estratégico (o similar). El sistema de gestión de la información permite un acceso relativamente fácil a los datos y resultados de los indicadores para los distintos grupos de interés.
Insuficiente	Se dispone de un sistema de gestión de la información que recoge parcialmente datos y resultados de indicadores relevantes de los procesos del SIGC y del plan estratégico (o similar). El sistema de gestión de la información no garantiza la representatividad y fiabilidad de los datos y resultados de los indicadores que se recogen. El acceso a los datos e indicadores para los distintos grupos de interés no es adecuado.
1.6. Existen evidencias que demuestran que el SIGC y la política y estrategia de calidad se analizan de forma periódica, contribuyendo tanto a la mejora de la eficacia de los procesos como a la consecución de los objetivos de calidad del centro.	
Satisfactorio	La información que se deriva de los procesos del SIGC, basada en datos y resultados de los indicadores, permite una toma de decisiones eficiente para garantizar la calidad de las titulaciones. El SIGC se revisa anualmente, lo que origina un informe de revisión del sistema que, junto con el análisis de los resultados de los indicadores, da lugar a un plan de mejora completo y estructurado.
Suficiente	La información que se deriva de la mayoría de los procesos del SIGC, basada en datos y resultados de los indicadores, generalmente permite tomar decisiones para garantizar la calidad de las titulaciones. La revisión periódica del SIGC da lugar a un plan de mejora, aunque este únicamente aborda, de forma estructurada, los aspectos más relevantes.

Insuficiente	<p>La información que se deriva de los procesos del SIGC no se utiliza o no es relevante en la toma de decisiones para garantizar la calidad de las titulaciones.</p> <p>El SIGC no se revisa y/o el análisis periódico del sistema da lugar a un plan de mejora parcial, no estructurado y con ausencia de algún aspecto relevante.</p>
---------------------	--

D2. Diseño, aprobación y seguimiento de los programas formativos

2.1. Los procesos y procedimientos para la gestión del diseño y aprobación de los programas formativos están implantados y garantizan su adecuación a sus disciplinas, al MCQES y al resto de la normativa interna y externa que les es aplicable.	
Satisfactorio	Todas las acciones relacionadas con el diseño y aprobación de los programas formativos siempre se llevan a cabo de acuerdo con sus procesos y procedimientos, y garantizan una adecuación total de dichos programas a sus respectivas disciplinas, al MCQES y al resto de la normativa interna de la institución y externa que les es aplicable.
Suficiente	Las acciones relacionadas con el diseño y aprobación de los programas formativos generalmente se llevan a cabo según lo que establecen los procesos y procedimientos relacionados. Se garantiza un desarrollo suficiente de los programas formativos, que se adecúan a sus disciplinas, al MCQES y al resto de la normativa interna de la institución y externa que les es aplicable.
Insuficiente	La mayoría de las acciones relacionadas con el diseño y aprobación de los programas formativos no se realizan según lo que establecen los procesos relacionados. No siempre se garantiza un desarrollo adecuado y suficiente de los programas formativos.
2.2. Los procesos y procedimientos para la revisión y mejora de los programas formativos están implantados y garantizan su actualización y mejora continua.	
Satisfactorio	Todas las acciones relacionadas con la revisión y mejora de los programas formativos siempre se llevan a cabo de acuerdo con sus procesos y procedimientos, que garantizan la vigencia de su adecuación y pertinencia a través de la mejora continua.
Suficiente	Las acciones relacionadas con la revisión y mejora de los programas formativos generalmente se llevan a cabo de acuerdo con sus procesos y procedimientos, que garantizan su adecuación y pertinencia a través de una mejora continua suficiente.
Insuficiente	La mayoría de las acciones relacionadas con la revisión y mejora de los programas formativos no se llevan a cabo de acuerdo con sus procesos y procedimientos, y no se garantiza una mejora continua suficiente de dichos programas.
2.3. Se recoge información para el análisis y mejora de los procesos y procedimientos relacionados con el diseño, aprobación, revisión y mejora de los programas formativos.	
Satisfactorio	Se recoge de manera sistemática información completa, fiable y representativa de los procesos y procedimientos, lo que permite su revisión y la de los programas formativos que forman parte de su alcance.
Suficiente	Se recoge información en general suficiente, completa y fiable de los procesos y procedimientos, lo que permite su revisión y la de los programas formativos que forman parte de su alcance.
Insuficiente	Se recoge información parcial y poco fiable de los procesos y procedimientos, lo que no permite

	una revisión adecuada de los mismos y de los programas formativos que forman parte de su alcance.
2.4. Existen evidencias claras y continuas que demuestran que se analizan y, en su caso, se mejoran los procesos y procedimientos relacionados con el diseño, aprobación, revisión y mejora que tienen como resultado la mejora continua de los programas formativos.	
Satisfactorio	Existen evidencias claras y continuas de que el análisis de los procesos y procedimientos que gestionan el ciclo de vida de los programas formativos se lleva a cabo de forma regular y da lugar a un plan de mejora. Dicho plan es completo y estructurado. Se realiza un seguimiento periódico y sistemático de las acciones propuestas y sus resultados.
Suficiente	El análisis de los procesos y procedimientos que gestionan el ciclo de vida de los programas formativos generalmente se lleva a cabo de forma regular y da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Dicho plan es generalmente estructurado y recoge los aspectos más relevantes. Se realiza un seguimiento de los elementos más relevantes de dicho plan de mejora.
Insuficiente	Los procesos y procedimientos que gestionan el ciclo de vida de los programas formativos no se analizan o bien su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora parcial, no estructurado y/o con ausencia de aspectos relevantes. Si existe dicho plan de mejora, su seguimiento no es ni sistemático ni completo.

D3. Enseñanza, aprendizaje y apoyo al estudiantado

<p>3.1. Los procesos y procedimientos vinculados con la enseñanza y el aprendizaje del estudiantado están implantados, y aseguran un desarrollo eficaz de los programas formativos y la consecución de los resultados de aprendizaje previstos.</p>	
<p>Satisfactorio</p>	<p>Todas las acciones vinculadas con la enseñanza y el aprendizaje del estudiantado siempre se llevan a cabo de acuerdo con lo que se establece en los procesos y procedimientos relacionados.</p> <p>Estos procesos aseguran un desarrollo eficaz de los programas formativos y garantizan la consecución de los resultados de aprendizaje previstos.</p>
<p>Suficiente</p>	<p>Las acciones vinculadas con la enseñanza y el aprendizaje del estudiantado generalmente se llevan a cabo de acuerdo con lo que se establece en los procesos y procedimientos relacionados.</p> <p>Estos procesos aseguran un desarrollo suficiente de los programas formativos y garantizan la consecución de los resultados de aprendizaje previstos.</p>
<p>Insuficiente</p>	<p>La mayoría de las acciones vinculadas con la enseñanza y el aprendizaje del estudiantado no se llevan a cabo de acuerdo con lo que se establece en los procesos y procedimientos relacionados.</p> <p>No siempre se garantiza un desarrollo suficiente de los programas formativos ni la consecución de los resultados de aprendizaje previstos.</p>
<p>3.2. Los procesos y procedimientos vinculados con el apoyo al estudiantado están implantados y facilitan su progreso y bienestar a lo largo de los estudios.</p>	
<p>Satisfactorio</p>	<p>Todas las acciones vinculadas con el apoyo al estudiantado siempre se llevan a cabo de acuerdo con lo que se establece en los procesos y procedimientos relacionados.</p> <p>Estos procesos facilitan un progreso y bienestar del estudiantado adecuados.</p>
<p>Suficiente</p>	<p>Las acciones vinculadas con el apoyo al estudiantado generalmente se llevan a cabo de acuerdo con lo que se establece en los procesos y procedimientos relacionados.</p> <p>Estos procesos facilitan un progreso y bienestar del estudiantado suficientes.</p>
<p>Insuficiente</p>	<p>La mayoría de las acciones vinculadas con el apoyo al estudiantado no se llevan a cabo de acuerdo con lo que se establece en los procesos y procedimientos relacionados.</p> <p>Estos procesos no facilitan un progreso y bienestar del estudiantado suficientes.</p>
<p>3.3. Se recoge información para el análisis y mejora del proceso de enseñanza-aprendizaje y de apoyo al estudiantado.</p>	
<p>Satisfactorio</p>	<p>Se recoge de forma sistemática información completa, fiable y representativa de los procesos y procedimientos relacionados con la enseñanza, aprendizaje y apoyo al estudiantado, lo que permite su revisión.</p>
<p>Suficiente</p>	<p>Se recoge información en general suficiente, completa y fiable de los procesos y procedimientos relacionados con la enseñanza, aprendizaje y apoyo al estudiantado, lo que permite su revisión.</p>
<p>Insuficiente</p>	<p>Se recoge información parcial y poco fiable sobre los procesos y procedimientos relacionados con la enseñanza, aprendizaje y apoyo al estudiantado, lo que no permite una revisión adecuada de los mismos.</p>

D4. Profesorado

4.1. Los procesos y procedimientos para la gestión del profesorado (establecimiento del perfil, asignación docente y evaluación del encargo docente) están implantados y garantizan un desarrollo eficaz de los programas formativos.

Satisfactorio	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 un desarrollo eficaz de los programas formativos.
Suficiente	Las acciones relacionadas con la gestión del personal académico generalmente se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza un desarrollo suficiente de los programas formativos.
Insuficiente	La mayoría de las acciones relacionadas con la gestión del personal académico no se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos relacionados. No siempre se garantiza un desarrollo suficiente de los programas formativos.

4.2. Los procesos y procedimientos para el desarrollo profesional docente (formación y evaluación) están implantados y garantizan un desarrollo eficaz de los programas formativos.

Satisfactorio	Todas las acciones vinculadas con la formación y evaluación del personal académico se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza un desarrollo eficaz de los programas formativos.
Suficiente	Las acciones relacionadas con la formación y evaluación del personal académico generalmente se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza un desarrollo suficiente de los programas formativos.
Insuficiente	La mayoría de las acciones relacionadas con la formación y evaluación del personal académico no se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos relacionados. No siempre se garantiza un desarrollo suficiente de los programas formativos.

4.3. Se recoge información para el análisis y mejora de los procesos y procedimientos de gestión y desarrollo profesional del profesorado.

Satisfactorio	Se recoge de forma sistemática información completa, fiable y representativa de los procesos y procedimientos relacionados con la gestión y desarrollo profesional del profesorado, lo que permite su revisión.
Suficiente	Se recoge información en general suficiente, completa y fiable de los procesos y procedimientos relacionados con la gestión y desarrollo profesional del profesorado, lo que permite su revisión.
Insuficiente	Se recoge información parcial y poco fiable de los procesos y procedimientos relacionados con la gestión y desarrollo profesional del profesorado, lo que no permite su revisión.

4.4. Existen evidencias claras y continuas que demuestran que los procesos y procedimientos relacionados con la gestión y desarrollo profesional del profesorado se analizan y, en su caso, se mejoran de forma periódica.

Satisfactorio	Existen evidencias claras y continuas de que el análisis de los procesos y procedimientos relacionados con la gestión del profesorado y su desarrollo profesional se lleva a cabo de
----------------------	--

	<p>forma regular y da lugar a un plan de mejora.</p> <p>Dicho plan es completo y estructurado.</p> <p>Se realiza un seguimiento periódico y sistemático de las acciones propuestas y sus resultados.</p>
Suficiente	<p>El análisis de los procesos y procedimientos relacionados con la gestión y desarrollo profesional del profesorado generalmente se lleva a cabo de forma regular y da lugar, en su caso, a un plan de mejora.</p> <p>Dicho plan es generalmente estructurado y recoge los aspectos más relevantes.</p> <p>Se realiza un seguimiento de los elementos más relevantes de dicho plan de mejora.</p>
Insuficiente	<p>Los procesos y procedimientos relacionados con la gestión y desarrollo profesional del profesorado no se analizan o bien su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora parcial, no estructurado y/o con ausencia de aspectos relevantes.</p> <p>Si existe dicho plan de mejora, su seguimiento no es ni sistemático ni completo.</p>

D5. Recursos y servicios de aprendizaje

5.1. Los procesos y procedimientos para la gestión de los servicios y recursos materiales están implantados y garantizan el eficaz desarrollo de los programas formativos.

Satisfactorio	Todas las acciones vinculadas con la gestión de los servicios y recursos materiales siempre se llevan a cabo de acuerdo con lo que se establece en los procesos y procedimientos relacionados. Estos procesos y procedimientos aseguran un desarrollo eficaz de los programas formativos muy adecuado.
Suficiente	Las acciones vinculadas con la gestión de los servicios y recursos materiales generalmente se llevan a cabo de acuerdo con lo que se establece en los procesos y procedimientos relacionados. Estos procesos y procedimientos aseguran un desarrollo suficiente de los programas formativos.
Insuficiente	La mayoría de las acciones vinculadas con la gestión de los servicios y recursos materiales no se llevan a cabo de acuerdo con lo que se establece en los procesos y procedimientos relacionados. No siempre se garantiza un desarrollo suficiente de los programas formativos.

5.2. Los procesos y procedimientos para la gestión y desarrollo profesional del personal a cargo de los servicios relacionados con los programas formativos están implantados, y se garantiza su competencia y adecuación.

Satisfactorio	Todas las acciones vinculadas con la gestión y desarrollo profesional del personal a cargo de los servicios de los programas formativos siempre se llevan a cabo de acuerdo con lo que se establece en los procesos y procedimientos relacionados. Estos procesos garantizan su competencia y adecuación.
Suficiente	Las acciones vinculadas con la gestión y desarrollo profesional del personal a cargo de los servicios de los programas formativos generalmente se llevan a cabo de acuerdo con lo que se establece en los procesos y procedimientos relacionados. Estos procesos garantizan una competencia y adecuación suficientes.
Insuficiente	La mayoría de las acciones vinculadas con la gestión y desarrollo profesional del personal a cargo de los servicios de los programas formativos no se llevan a cabo de acuerdo con lo que se establece en los procesos y procedimientos relacionados. No siempre se garantiza una competencia y adecuación suficientes de este personal.

5.3. Se recoge información para el análisis y mejora de los procesos y procedimientos relacionados con los servicios y los recursos materiales y con el personal a cargo.

Satisfactorio	Se recoge de forma sistemática información completa, fiable y representativa de los procesos y procedimientos relacionados con los servicios y los recursos materiales y con el personal a cargo, lo que permite su revisión.
Suficiente	Se recoge información en general suficiente, completa y fiable de los procesos y procedimientos relacionados con los servicios y los recursos materiales y con el personal a cargo, lo que permite su revisión.
Insuficiente	Se recoge información parcial y poco fiable de los procesos y procedimientos relacionados con los servicios y los recursos materiales y con el personal a cargo, lo que no permite su revisión.

5.4. Existen evidencias claras y continuas que demuestran que la gestión de los servicios y recursos materiales, así

como del personal a cargo, se analizan y, en su caso, se mejoran de forma periódica.	
Satisfactorio	<p>Existen evidencias claras y continuas de que el análisis de los procesos y procedimientos relacionados con la gestión de los servicios y recursos materiales, así como del personal a cargo, se lleva a cabo de forma regular y da lugar a un plan de mejora.</p> <p>Dicho plan es completo y estructurado.</p> <p>Se realiza un seguimiento periódico y sistemático de las acciones propuestas y sus resultados.</p>
Suficiente	<p>El análisis de los procesos y procedimientos relacionados con la gestión de los servicios y recursos materiales, así como del personal a cargo, da lugar, en su caso, a un plan de mejora.</p> <p>Dicho plan es generalmente estructurado y recoge los aspectos más relevantes.</p> <p>Se realiza un seguimiento de los elementos más relevantes de dicho plan de mejora.</p>
Insuficiente	<p>Los procesos y procedimientos relacionados con la gestión de los servicios y recursos materiales, así como del personal a cargo, no se analizan o bien su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora parcial, no estructurado y/o con ausencia de aspectos relevantes.</p> <p>Si existe dicho plan de mejora, su seguimiento no es ni sistemático ni completo.</p>

D6. Información pública y rendición de cuentas

6.1. Los procesos y procedimientos para la gestión de la información pública y la rendición de cuentas están implantados y garantizan un desarrollo eficaz de los programas formativos.	
Satisfactorio	Todas las acciones vinculadas con la información pública y la rendición de cuentas siempre se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza un desarrollo eficaz de los programas formativos.
Suficiente	Las acciones vinculadas con la información pública y la rendición de cuentas generalmente se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza un desarrollo suficiente de los programas formativos.
Insuficiente	La mayoría de las acciones vinculadas con la información pública y la rendición de cuentas no se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos relacionados. No siempre se garantiza un desarrollo suficiente de los programas formativos.
6.2. Se recoge información para el análisis y mejora de los procesos y procedimientos de gestión de la información pública y la rendición de cuentas.	
Satisfactorio	Se recoge de forma sistemática información completa, fiable y representativa de los procesos y procedimientos relacionados con la información pública y la rendición de cuentas, lo que permite su revisión.
Suficiente	Se recoge información en general suficiente, completa y fiable de los procesos y procedimientos relacionados con la información pública y la rendición de cuentas, lo que permite su revisión.
Insuficiente	Se recoge información parcial y poco fiable de los procesos y procedimientos relacionados con la información pública y la rendición de cuentas, lo que no permite su revisión.
6.3. Existen evidencias claras y continuas que demuestran que los procesos y procedimientos relacionados con la gestión de la información pública y la rendición de cuentas se analizan y, en su caso, se mejoran de forma periódica.	
Satisfactorio	Existen evidencias claras y continuas de que el análisis de los procesos y procedimientos relacionados con la gestión de la información pública y la rendición de cuentas se lleva a cabo de forma regular y da lugar a un plan de mejora. Dicho plan es completo y estructurado. Se realiza un seguimiento periódico y sistemático de las acciones propuestas y sus resultados.
Suficiente	El análisis de los procesos y procedimientos relacionados con la gestión de la información pública y la rendición de cuentas da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Dicho plan es generalmente estructurado y recoge los aspectos más relevantes. Se lleva a cabo un seguimiento de los elementos más relevantes de dicho plan de mejora.
Insuficiente	Los procesos y procedimientos relacionados con la gestión de la información pública y la rendición de cuentas no se analizan o bien su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora parcial, no estructurado y/o con ausencia de aspectos relevantes. Si existe dicho plan de mejora, su seguimiento no es ni sistemático ni completo.

D7. I+D+i y transferencia de conocimiento

<p>7.1. Los procesos y procedimientos ligados a la I+D+i y la transferencia de conocimiento están implantados y garantizan que se alcancen resultados de investigación alineados con las líneas de investigación de los programas de doctorado.</p>	
<p>Satisfactorio</p>	<p>Todas las acciones vinculadas con la I+D+i y la transferencia de conocimiento siempre se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos y procedimientos relacionados.</p> <p>Se garantiza que se alcancen siempre resultados de investigación alineados con las líneas de investigación de los programas de doctorado.</p>
<p>Suficiente</p>	<p>Las acciones vinculadas con la I+D+i y la transferencia de conocimiento generalmente se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos y procedimientos relacionados.</p> <p>Se garantiza, en la mayoría de los casos, que se alcancen resultados de investigación alineados con las líneas de investigación de los programas de doctorado.</p>
<p>Insuficiente</p>	<p>La mayoría de las acciones vinculadas con la I+D+i y la transferencia de conocimiento no se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos y procedimientos relacionados.</p> <p>En la mayoría de los casos no se garantiza que se alcancen resultados de investigación alineados con las líneas de investigación de los programas de doctorado.</p>
<p>7.2. Se recoge información para el análisis y mejora de los procesos y procedimientos relacionados con la I+D+i y la transferencia de conocimiento y sus resultados.</p>	
<p>Satisfactorio</p>	<p>Se recoge de forma sistemática información completa, fiable y representativa de los procesos y procedimientos relacionados con la I+D+i y la transferencia de conocimiento y sus resultados, lo que permite su revisión.</p>
<p>Suficiente</p>	<p>Se recoge información en general suficiente, completa y fiable de los procesos y procedimientos relacionados con la I+D+i y la transferencia de conocimiento y sus resultados, lo que permite su revisión.</p>
<p>Insuficiente</p>	<p>Se recoge información parcial y poco fiable de los procesos y procedimientos relacionados con la I+D+i y la transferencia de conocimiento y sus resultados, lo que no permite su revisión.</p>
<p>7.3. Existen evidencias claras y continuas que demuestran que los procesos y procedimientos se mejoran de forma periódica.</p>	
<p>Satisfactorio</p>	<p>Existen evidencias claras y continuas de que el análisis de los procesos y procedimientos que gestionan la I+D+i y la transferencia de conocimiento se lleva a cabo de forma regular y da lugar a un plan de mejora.</p> <p>Dicho plan es completo y estructurado.</p> <p>Se realiza un seguimiento periódico y sistemático de las acciones propuestas y sus resultados.</p>
<p>Suficiente</p>	<p>El análisis de los procesos y procedimientos relacionados con la gestión de la I+D+i y la transferencia de conocimiento da lugar, en su caso, a un plan de mejora.</p> <p>Dicho plan es generalmente estructurado y recoge los aspectos más relevantes.</p> <p>Se realiza un seguimiento de los elementos más relevantes de dicho plan de mejora.</p>
<p>Insuficiente</p>	<p>Los procesos y procedimientos que gestionan la I+D+i y la transferencia de conocimiento no se analizan o bien su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora parcial, no estructurado y/o con ausencia de aspectos relevantes.</p>

	Si existe dicho plan de mejora, su seguimiento no es ni sistemático ni completo.
--	--