

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

## Informe de evaluación externa

**Centro:** Facultad de Matemáticas e Informática  
**Universidad:** Universidad de Barcelona  
**Fecha de la visita:** 3, 4 y 7 de noviembre de 2022

# ÍNDICE

<b>A. Introducción .....</b>	<b>3</b>
<b>B. Desarrollo del proceso de evaluación .....</b>	<b>5</b>
<b>C. Valoración del nivel de implantación de las dimensiones del SGIC .....</b>	<b>9</b>
<b>C1. Revisión y mejora del SGIC</b>	<b>9</b>
<b>C2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos</b>	<b>16</b>
<b>C3. Sistemas de apoyo al aprendizaje y de orientación a los estudiantes</b>	<b>22</b>
<b>C4. Personal académico</b>	<b>27</b>
<b>C5. Recursos materiales y servicios</b>	<b>32</b>
<b>C6. Información pública y rendición de cuentas</b>	<b>35</b>
<b>E. Acta de envío del informe externo .....</b>	<b>40</b>
<b>Anexo. Alcance de la evaluación.....</b>	<b>41</b>

# A. Introducción

## 1. Descripción del SGIC evaluado

<b>Centro:</b>	Facultad de Matemáticas e Informática
<b>Universidad:</b>	Universidad de Barcelona
<b>Sede:</b>	Barcelona
<b>Código:</b>	08032956
<b>Tipología:</b>	Propio
<b>Alcance del SGIC:</b>	Procesos del SAIQU relacionados en ANEXO 1.

## 2. Composición del comité externo de certificación

Rol	Nombre	Ámbito	Institución
<b>Presidente</b>	Javier González	Ciencias Económicas	Universidad de Salamanca
<b>Profesional</b>	Alejandra Bonilla	Técnico de Calidad	Universidad a Distancia de Madrid
<b>Estudiante</b>	Laura Escudero	Antropología	Universidad Complutense de Madrid
<b>Secretaria</b>	Sandra Marcos	Directora de Calidad	Universidad Pontificia de Salamanca

## 3. Objetivo del informe

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

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

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

## B. Desarrollo del proceso de evaluación

### 1. Breve descripción del proceso de evaluación

La visita externa de certificación de la implantación del SGIC se ha realizado siguiendo el modelo combinado aprobado por la Comisión Institucional y de Programas el 12 de julio de 2021.

El Comité de Evaluación Externa-SGIC (CEE-SGIC) realizó una visita previa al centro el 8 de julio de 2022, después de revisar la documentación disponible asociada al SGIC. Como resultado de esta visita, el CEE-SGIC solicitó un conjunto de evidencias adicionales que el centro presentó en el plazo indicado. La visita de certificación se realizó los días 3, 4 y 7 de noviembre de 2022.

El programa de la visita (3, 4 y 7 de noviembre 2022) fue el siguiente:

#### 1ª jornada: 3 de noviembre

Formato: Virtual

15:00 - 15:30	<b>Bienvenida institucional. Presentación del modelo de SAIQU de la Facultad de Matemáticas e Informática</b>
15:30 - 17:00	<b>Dimensión 1. Revisión y mejora del SGIC</b> Procesos incluidos: <ul style="list-style-type: none"><li>- PEQ 010: Despliegue de la política y objetivos de calidad del centro.</li><li>- PEQ 011: Revisión del Sistema de aseguramiento interno de la calidad (SAIQU)</li><li>- PEQ 012: Gestión documental del SAIQU.</li><li>- PEQ 013: Redacción del Plan Director de la Facultad.</li></ul> Cuestiones generales del SAIQU: <ul style="list-style-type: none"><li>- Seguimiento de indicadores y plan de mejora del SGIC</li><li>- Gestión de documental</li><li>- Gestión de la Información</li></ul>
17:00 - 17:30	<b>Pausa (Trabajo interno CEE)</b>
17:30 - 18:30	<b>Dimensión 2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos</b> Procesos incluidos: <ul style="list-style-type: none"><li>- PEQ 020: Diseño, aprobación y verificación de títulos de grado y máster.</li><li>- PEQ 021: Seguimiento y mejora de los títulos de grado y máster</li><li>- PEQ 022: Modificación de títulos oficiales de grado y máster</li><li>- PEQ 023: Supresión y extinción de titulaciones oficiales</li><li>- PEQ 024: Acreditación de títulos oficiales de grado y máster</li></ul>

<b>18:30</b>	<b>Fin de la 1ª jornada</b>
--------------	-----------------------------

## 2ª jornada: 4 de noviembre

Formato: Virtual

16:00 – 17:30	<p><b>Dimensión 3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado</b></p> <p>Procesos incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PEQ 030: Definición de perfiles de acceso, admisión y matriculación de los alumnos de grado</li> <li>- PEQ 040: Definición de perfiles de acceso, admisión y matriculación de los alumnos de grado</li> <li>- PEQ 050: Orientación al alumnado</li> <li>- PEQ 051: Orientación profesional al alumnado</li> <li>- PEQ060: Programación docente de los grados y másters</li> <li>- PEQ061: Evaluación del aprendizaje</li> <li>- PEQ062 Trabajo final del grado y trabajo final de máster</li> <li>- PEQ70: Gestión de las prácticas externas</li> <li>- PEQ080: Gestión de la movilidad internacional de estudiantes</li> <li>- PEQ090: Gestión de la movilidad nacional de estudiantes</li> </ul>
17:30 - 18:00	<b>Pausa (Trabajo interno CEE)</b>
18:00 – 18:45	<p><b>Dimensión 4. Personal académico</b></p> <p>Procesos incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PEQ 063: Formación del personal docente e investigador</li> <li>- PEQ 150: Provisión de plazas de personal académico de la Facultad de Matemáticas e Informática</li> </ul>
18:45 – 19:15	<b>Pausa (Trabajo interno CEE)</b>
19:15 – 19:45	<p><b>Dimensión 5. Recursos materiales y servicios</b></p> <p>Procesos incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PEQ 110: Gestión y mejora de las instalaciones y de los recursos materiales</li> <li>- PEQ 120: Gestión y mejora de los servicios</li> </ul>
19:45 – 20:00	<b>Pausa (Trabajo interno CEE)</b>
20:00- 20:30	<p><b>Dimensión 6. Información pública y rendición de cuentas</b></p> <p>Procesos incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PEQ 140: Procesos de publicación de la información del centre</li> <li>- PEQ 141: Información pública: rendición de cuentas</li> </ul>

	- PEQ100: Gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias
<b>20:30</b>	<b><i>Fin de la 2ª jornada</i></b>

### **3ª jornada: 7 de noviembre**

#### **Formato: Presencial**

09:00 – 09:45	<b>Entrevista con la Comisión de Calidad de la Facultad</b>
09:45 - 10:15	<b><i>Pausa (Trabajo interno CEE)</i></b>
10:15 - 11:00	<b>Entrevista con los Directores de Departamento</b>
11:00 - 11:15	<b><i>Pausa (Trabajo interno CEE)</i></b>
11:15 - 12:00	<b>Entrevista con profesorado</b>
12:00 - 12:30	<b><i>Pausa (Trabajo interno CEE)</i></b>
12:30 - 13:15	<b>Entrevista con estudiantes y egresados</b>
13:15 - 14:00	<b>Entrevista con equipo técnico de calidad de la UB y responsables del SAIQU transversal</b>
14:00 - 14:30	<b>Audiencia abierta</b>
14:30 - 15:45	<b><i>Pausa (Comida y trabajo interno del CEE)</i></b>
15:45 - 16:00	<b>Presentación de conclusiones preliminares y despedida</b>

## **2. Incidencias más destacables**

En el transcurso de la visita no se ha producido ninguna incidencia remarcable y el proceso ha sido en todo momento adecuado, de acuerdo con el plan y horario establecido. No obstante, cabe indicar que la documentación recibida por el CEE para la evaluación previa a la visita no recogía la última versión actualizada de algunos procesos y evidencias para evaluarlos. Aun así, se considera que durante los días de visitas el equipo responsable de cada proceso ha mantenido una actitud abierta y transparente, mostrando todas aquellas evidencias complementarias y actualizaciones solicitadas por el CEE.

## **3. Actitud de la comunidad**

El CEE-SGIC quiere agradecer la disponibilidad y la colaboración de la comunidad universitaria, y en especial del equipo directivo y de la Agencia de Políticas de Calidad de la Universidad, durante la evaluación. Un agradecimiento que se prolonga a todas las personas

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

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

#### **4. Alegaciones**

Con fecha 27/01/2023 el centro informa que no presenta alegaciones al informe previo de visita de certificación.

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

### C1. Revisión y mejora del SGIC

---

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

---

Implantación parcial                       Implantación suficiente                       Implantación avanzada

---

El centro dispone de un proceso específico asociado a la gestión y mejora del SGIC:

- PEQ011: Gestión y mejora del sistema de calidad del centro docente

Adicionalmente cuenta con otros procesos estratégicos y de apoyo directamente relacionados con la configuración diseño del SGIC:

- PEQ 010: Definición de la política y los objetivos de calidad del Centro
- PEQ 012: Gestión documental del SAIQU
- PEQ 013: Redacción del plan director

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

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

*La cadena de responsabilidades y los grupos de interés para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos para el análisis y la mejora del SGIC son los adecuados para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada pero no siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos. (Suficiente)*

De acuerdo al procedimiento PEQ011, es la Comisión de Calidad del Centro la que asume la responsabilidad principal en la revisión del SGIC. A partir de los informes individuales de cada uno de los procesos, del cuadro de indicadores y de las evidencias generadas se evalúa el sistema y se incluyen los resultados en el informe de seguimiento del Centro. Se ha podido comprobar que para el curso 21-22 se ha generado el correspondiente informe de revisión del SGIC y que, en efecto, el informe de seguimiento del Centro incorpora un apartado dedicado a valorar la eficacia del SGIC que reproduce parte de dicho informe de revisión. En el mismo se recogen una serie de propuestas de mejora, algunas ya terminadas y otras en proceso, ordenadas de acuerdo a los seis ejes definidos en el Plan Director.

En general, la documentación de cada proceso tiene un apartado dedicado a definir las responsabilidades en el mismo. Además, el Manual de Calidad, recientemente aprobado (21 de septiembre de 2022) dedica un apartado (4.8) a definir las responsabilidades del sistema. En dicho apartado también se establece que la Comisión de Calidad tendrá una

composición que garantice la representación de todos los grupos de interés, dicha composición queda reflejada en el reglamento de la Facultad en su art. 29. Igualmente, se incorpora una tabla (tabla 8) con los responsables de cada uno de los procesos definidos en el sistema.

Se valora positivamente la incorporación de un profesional externo en la Comisión de Calidad del Centro.

*AM-1.1.1. Asegurar que la documentación y toma de decisiones está correctamente aprobada y registrada.*

Las actas de la Comisión de Calidad facilitadas muestran, en el momento de la evaluación, incoherencias significativas en su aprobación. Por ejemplo, los registros facilitados como DOC\_PEQ011\_01 muestran en el caso del curso 2022 la siguiente información:

ACTA del 23 de marzo de 2022 (Aprobada en la reunión de la Comisión 23 de marzo de 2022) cuando en su orden del día se establece la aprobación del acta de la sesión anterior (febrero de 2021).

ACTA del 6 de mayo de 2022 (pendiente de aprobación) y en cuyo orden del día no se establece la aprobación del acta de la sesión.

ACTA del 21 de septiembre de 2022 (Aprobada en la reunión de la Comisión 23 de marzo de 2022) y en cuyo orden del día se aprueban las actas de las sesiones 23 de marzo de 2022 y 6 de mayo de 2022.

*RE-1.1.1. Identificar en las actas el cargo de los convocados a los distintos órganos colegiados, con el detalle de asistencia y excusa.*

Las distintas actas facilitadas difieren en el detalle de información relacionada con los asistentes. En algunos casos se identifica el cargo que desempeña en ese órgano convocado, pero no para todos los asistentes, lo cual dificulta conocer si todos los grupos de interés están representados.

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

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

La Política y Objetivos de calidad del Centro se recogen en el Manual de Calidad y está también disponible para el público en la web. Si bien la última versión de la Política de Calidad es de noviembre de 2021, en función por donde se acceda en la web, aparece esta última versión o una obsoleta de 2009. El apartado 4.5 del Manual también ofrece información al respecto estableciendo que la definición y actualización de la Política de Calidad se realiza conforme al proceso PEQ010. La Política de Calidad de la UB recoge una serie de compromisos respecto a la calidad y constituye una de las entradas al citado proceso, por lo que se entiende que la política del Centro se construye acorde a la política institucional.

El proceso también incluye un seguimiento bienal de la política y una revisión anual del propio proceso. Se genera un breve informe de revisión de la política, al que se ha podido acceder durante la visita al Centro. En la versión vigente del PEQ010 en el Centro se indica

que el Decanato tiene la responsabilidad de realizar una propuesta de la Política y los Objetivos de calidad, así como de realizar el seguimiento y revisión del cumplimiento de la política. Además, la Comisión de Calidad debe de revisar la propuesta para validarse en Junta de Facultad

En el proceso se indica que la Junta de Facultad aprueba la Política de Calidad y se hace difusión de ésta siguiendo los canales de difusión ordinarios del Centro, de acuerdo con el proceso PEQ140.

Es destacable que, si bien el proceso PEQ010 ha sido recientemente revisado, el 21 de septiembre de 2022, para eliminar la parte que hacía referencia a los Objetivos de calidad, aún sigue haciendo alusión a la revisión y seguimiento de los Objetivos de calidad, aspecto que se debería revisar.

Por su parte, el sistema incluye el proceso PEQ013 que establece el procedimiento de generación del Plan Director del Centro, un plan estratégico ligado al mandato de cada equipo decanal y que establece una serie de objetivos estratégicos para el Centro. Dichos objetivos generan indicadores que también pasan a formar parte del Cuadro de Control del Centro. De esta forma, se fusiona la gestión estratégica del Centro con la gestión de la calidad, algo que también queda reflejado en el Manual de Calidad.

*AM-1.2.1. Asegurar que la Política es aprobada siguiendo el procedimiento y está accesible en su última versión a todos los grupos de interés.*

La documentación actual muestra cómo la Política y los Objetivos de Calidad disponibles en la web (versión del 2009) no concuerda con la aprobada en 2021 (según el acta de la Junta de Facultad), la cual no ha sido revisada por la Comisión de Calidad según indica el procedimiento. Tampoco se dispone de la versión aprobada en 2019 referida en la evidencia DOC\_PEQ011\_02\_IRSAIQU20-21 asociada al proceso PEQ011. Se debe asegurar que la aprobación de la Política que se está revisando actualmente (prevista, según informe resultante de la revisión del SAIQU de la facultad 2021-22, para el último semestre de 2022) se realice bajo el procedimiento PEQ010 vigente y se comunique adecuadamente según el mismo.

En las actas de la Comisión de Calidad celebradas de manera previa (noviembre 2019 y febrero 2021) a la aprobación por la Junta de Facultad (noviembre del 2021) no se hace referencia a la revisión de la propuesta de la Política y Objetivos de calidad, tal y como se describe en el procedimiento. Esta evidencia no está descrita en el procedimiento, podría ser interesante incluirla como evidencia del procedimiento para garantizar su correcta aplicación.

*AM-1.2.2. En el proceso PEQ010 no queda clara cuál es la diferencia entre el informe de seguimiento y mejora de la Política y el informe de revisión de la política.*

El proceso PEQ010 contempla un seguimiento y mejora anual de la Política y Objetivos de calidad y una revisión bienal de la Política y Objetivos de calidad. Es preciso concretar la diferencia entre ambas tareas, concretar con cuál de ellas se vincula la evidencia DOC\_PEC010\_03 (Informe de Revisión de la Política y Objetivos de Calidad) y aclarar cómo queda registrada la otra tarea.

Por otro lado, la reciente revisión del proceso PEQ010 se ha realizado para eliminar las alusiones a los Objetivos de calidad de forma que se establezca una diferencia clara entre ambos, sin embargo, no se han eliminado todas las referencias a los objetivos de calidad en

el citado proceso, por ejemplo, en las fases de seguimiento y mejora del proceso se sigue aludiendo a los Objetivos de calidad, se debe revisar este aspecto.

#### *AM-1.2.3 Incorporar objetivos concisos y medibles en el Plan Director.*

Los objetivos recogidos en el Plan Director resultan en muchos casos genéricos y ambiguos, sin establecer metas claras. Por ejemplo, “mejorar los indicadores de investigación de la Facultad” no establece en qué medida se quiere lograr tal mejora.

#### *RE-1.2.1 Desvincular los Objetivos del Manual de Calidad*

La inclusión de los objetivos en el Manual de Calidad implica modificar el mismo cada vez que se produzca alguna actualización. Se recomienda generar documentos independientes con la Política de calidad y los Objetivos de calidad, dejando en el Manual de Calidad aquellos aspectos del funcionamiento del SGIC de carácter más permanente. Incluso dejando esta información dentro del Manual, se recomienda evitar duplicaciones de información. Para de la información que recoge el Anexo 1 y el apartado 4.5 es la misma.

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

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

El SAIQU incluye 26 procesos. Todos se recogen gráficamente en un mapa de procesos que los clasifica, salvo algunas excepciones, en procesos estratégicos, clave y de apoyo. Muchos de estos procesos específicos del Centro constituyen la adaptación al mismo de procesos transversales, de forma que la idea que subyace a la definición del sistema no es que los procesos de Centro cubran los aspectos no abordados por los procesos transversales, si no que los procesos de Centro establezcan y detallen el papel desempeñado por el Centro en la puesta en marcha de los procesos transversales. Esto hace que el mapa de procesos del Centro sea una especie de adaptación a una Facultad concreta del mapa de procesos de la Universidad. La vinculación entre procesos transversales y procesos específicos de Centro se recoge en el apartado 4.7.1 del Manual de Calidad.

En este sentido, las interrelaciones en los procesos recogidos en el mapa y la estructuración lógica del mismo se estiman intuitivas y coherentes. La ficha de cada proceso también incorpora un apartado para especificar otros procesos relacionados y ayudar a comprender la lógica del sistema.

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

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

El SGIC de la UB da respuesta a las dimensiones del programa AUDIT. En el apartado 4.7.2 del Manual de Calidad se establecen los procesos vinculados con cada una de las dimensiones AUDIT y las dimensiones de certificación de AQU.

El sistema lleva implantado desde el año 2009. A partir de la entrada del nuevo equipo decanal del Centro, se han definido una serie de procesos nuevos que tienen menos tiempo de implantación, aun así, se trata de un sistema maduro, con procesos claramente definidos.

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

*RE-1.4.1 Revisar la vinculación de los procesos del SAIQU con las dimensiones de certificación de AQU en el Manual de Calidad.*

Varios procesos del SAIQU no están vinculados a ninguna dimensión del programa de certificación de AQU. Algunos ejemplos de ello son los PEQ060, PEQ080, PEQ090.

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

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

El SGIC cuenta con el proceso PEQ012 (Gestión documental del SAIQU) que establece las tareas y responsabilidades relacionadas con la gestión documental. En general, los responsables de cada proceso se encargan de codificar las evidencias generadas por el mismo conforme a unos criterios establecidos. Todos son archivados de forma centralizada utilizando un gestor documental (*SharePoint*), controlado por la Secretaría de la Facultad y desde el que se lleva a cabo un control de accesos.

Si bien, se ha tenido acceso al *Sharepoint* y la estructura de la información es adecuada, en ocasiones las evidencias que se incluyen no guardan relación con el proceso o son obsoletas.

A pesar de que el proceso sobre gestión documental del SAIQU establece las pautas para la codificación de las evidencias e indicadores relacionados con cada proceso, no se considera del todo adecuado ya que se producen duplicidades.

*AM- 1.5.1 Revisar la codificación de evidencias para evitar duplicidades*

Las mismas evidencias aparecen con distintas codificaciones según el proceso en que aparecen. Por ejemplo, el informe de revisión del sistema es DOC\_PEQ012\_04 y también DOC\_PEQ011\_020.

*RE- 1.5.1 Revisar la definición de responsabilidades y de evidencias en la ficha del procedimiento PEQ012.*

La ficha del proceso PEQ012 contempla en el apartado 8 la figura de “Responsable de la documentación del SAIQU”, pero no especifica en quién recae esa responsabilidad. De la misma forma, contempla en el apartado 10 la evidencia “DOC\_PEQ012\_06 Evidencias documentales de los PEQs”. No procede que una evidencia se refiera a un conjunto de evidencias que aparecen codificadas en los correspondientes procesos. La evidencia podría ser un listado actualizado de las evidencias recogidas en cada momento en el gestor documental. En general, las evidencias del proceso PEQ012 no deberían ser los documentos

archivados de los diferentes procesos que forman en Sistema, si no otras pruebas de que dichos documentos llegan ahí por los cauces previstos en el proceso PEQ012 y no por otros.

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

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

Cada proceso del SGIC tiene vinculados indicadores. Dichos indicadores aparecen recogidos en el apartado 11 de cada ficha y se agrupan en el Cuadro de Control del Centro. Dicho cuadro además incorpora otros indicadores no vinculados a ningún proceso específico, sino que emanan directamente del Plan Director.

El Manual de Calidad dedica un pequeño apartado (4.12.3) a describir aspectos relacionados con el análisis y la recogida de información, distinguiendo indicadores proporcionados institucionalmente para todos los Centros y aquellos que son propios y específicos de la Facultad, y que se recogen internamente.

A nivel institucional, existen varios órganos implicados, como la Agencia de Políticas y Calidad o el Gabinete Técnico del Rectorado, responsables de distintos espacios dedicados a facilitar datos e indicadores (espacio Business Intelligence, espacio VSMA, espacio de encuestas).

La universidad dispone de una plataforma donde visualizar los resultados asociados a los procesos VSMA de los títulos oficiales (<https://www.ub.edu/indicadorsVSMA/>). Esto permite rendir cuentas a cualquier grupo de interés y servir al equipo directivo y las personas responsables de los procesos para hacer un seguimiento constante de la evolución de los indicadores.

Esta información, se ve complementada con la registrada en DOC\_PEQ011\_04 Cuadro de mando. Es el/la técnico/a de calidad quien solicita a los responsables de los PEQs los indicadores según el calendario establecido, y pide que archiven las evidencias en el 'SharePoint'. También solicita al equipo de gobierno los indicadores del Plan Director.

Si bien esto es así, no se establecen responsabilidades claras en los procesos ni en el Manual de Calidad.

*BP-1.6.1 El Business Intelligence implantado, como consecuencia del objetivo planteado por el Centro relativo a la transformación digital, optimiza recursos y proporciona un acceso fácil y rápido a la información relevante para la toma de decisiones.*

El sistema de recogida de información y generación de informes se considera excelente, permitiendo almacenar toda la información del Centro, facilitando su trazabilidad y la generación de informes que sirven de base para el análisis del sistema y posterior toma de decisiones.

*RE- 1.6.1 Establecer responsabilidades claras sobre la generación de cada indicador en la documentación del SAIQU.*

Ni el Manual de Calidad ni las fichas de los procesos, dejan claro el origen de los indicadores ni las personas u órganos responsables de generarlos. Se estima conveniente establecer claramente responsabilidades sobre la generación de cada indicador, preferiblemente en la ficha de cada proceso.

#### *RE-1.6.2 Revisar la adecuación y utilidad de algunos indicadores vinculados a los procesos*

Se recomienda reflexionar sobre la posibilidad de incorporar indicadores con mayor capacidad para medir la eficacia y la eficiencia de los procesos. Surgen dudas sobre la utilidad de algunos de los actuales y la necesidad de otros. Se relacionan algunos ejemplos:

- Los indicadores del proceso PEQ022 (Modificación de titulaciones) distinguen titulaciones de grado y de máster mientras que no ocurre lo mismo en el resto de procesos VSMA (PEQ020, PEQ021, PEQ023, PEQ024).
- Los indicadores del proceso PEQ024 (Acreditación de titulaciones) parecen contradictorios, puesto que no se puede tener todas las titulaciones acreditadas sin condiciones y a la vez con condiciones.
- Tal y como se recoge en el criterio 3, algunos indicadores de procesos relacionados con la enseñanza-aprendizaje deberían desagregarse por titulación para que pudiesen ser oportunamente analizados. De la misma forma, se estima oportuno incorporar algunos indicadores y revisar otros.
- En el PEQ100 Gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias se ha establecido como indicador del proceso el IN\_PEQ100\_02 Media de tiempo de respuesta. La eficacia del indicador planteado no estaría asegurando el valor esperado en todos los casos. Se recomienda valorar su adecuación, ya que las medias pueden ocultar datos extremos, por ejemplo, si se contase con dos únicas respuestas de 1 y 19 días darían la media esperada, sin embargo, uno de los resultados estaría duplicando prácticamente el valor aceptable. Podría valorarse como indicador el % de respuestas emitidas dentro del plazo establecido (menor a 10 días) respecto de las quejas planteadas.
- En indicadores del PEQ141 se establecen % de respuesta esperados para estudiantes-asignaturas y PDI, pero no para PAS, empleadores, estudiantes-prácticas, estudiantes-TFG-M, egresados.
- En el PEQ061 Evaluación de los aprendizajes del alumnado, se define el indicador IN\_PEQ061\_09 Porcentaje de actas de evaluación cerradas dentro de plazo, con Valor meta del 80% y Valor aceptación del 60%. Se recomienda valorar la revisión de estos valores esperados, ya que permiten un alto % de cierre de actas de manera tardía. Se podría valorar sustituirlo o complementarlo con un indicador relacionado con la reducción de los plazos asociados al retraso del cierre de actas, con valores asociados a la reducción del mismo.

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

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

El sistema tiene un proceso dedicado a la revisión y mejora del SAIQU (PEQ011). La aplicación de este proceso lleva a generar un informe de revisión del SAIQU que incluye un plan de mejora del mismo. Se establece una periodicidad anual, el último es el del curso 2021-2022. Este informe de revisión sirve para alimentar una parte del informe de seguimiento del centro.

El proceso de generación del informe de revisión del SAIQU implica informes previos individuales de cada uno de los procesos. Tales informes se mencionan como evidencias en el proceso PEQ011. Estos informes, automatizados, permiten una forma rápida de revisar las mejoras que se plantean en cada proceso.

El proceso de revisión del SAIQU lleva a un plan de mejoras del SAIQU, se estructura en torno a los ejes del Plan Director, mientras que la generación del informe del seguimiento del Centro (proceso PEQ021) lleva a un plan de mejora del Centro. Sería conveniente que el plan de mejoras del Centro incorporase las acciones de mejora relacionadas con su SAIQU y se trabajase con un único plan de mejoras.

Como ya se ha indicado, existe un informe de revisión del SAIQU del curso 2021-2022 y un plan de mejoras del Centro de septiembre del 2022. El informe de revisión del SAIQU, y el plan de mejoras que se incluye al final del mismo, se estructura en torno a los ejes del Plan Director.

En el plan de mejoras del Centro, se especifican todas las mejoras detectadas en relación con todos los procesos. En este plan, además, parece que se incluyen las identificadas en el informe de seguimiento del SAIQU y su grado de consecución. No queda claro cómo se calcula el grado de ejecución.

Por otro lado, en el informe de revisión del SAIQU, donde se supone que se analizan los procesos, no aparecen datos objetivos que soporten ese análisis, es decir no queda claro si el análisis se ha realizado en base a los datos objetivos del cálculo de los indicadores definidos en cada proceso.

#### *RE- 1.7.1 Unificar el plan de mejoras del Centro con el plan de mejoras del SGIC.*

En la versión actual del sistema, el proceso PEQ011 lleva a un plan de mejoras del SGIC y el proceso PEQ021 a un plan de mejoras del Centro. No se estima eficiente trabajar con dos planes de mejora diferentes cuando el SGIC es parte integrante del Centro. Se recomienda que el plan de mejoras del Centro incorpore las mejoras relacionadas con el SGIC igual que incorpora mejoras relacionadas con cada una de las titulaciones.

#### *RE-1.7.2 Ampliar información aportada en el informe de revisión del SAIQU que permita comprender el porqué de las acciones de mejora planteadas.*

El informe de revisión del SAIQU, no aporta suficiente información acerca de los datos analizados de los diferentes procesos. Sería recomendable incluir información sobre los resultados de los indicadores, o del análisis de los datos recogidos de diferentes procesos, que den como consecuencia las acciones de mejora propuestas.

#### *RE-1.7.3 Revisar el grado de ejecución de las acciones de mejora del plan de mejoras del SAIQU.*

El indicador relativo a la revisión de la Política de calidad indica que está revisada en un 75-80%. Resulta extraño este grado de consecución para esta acción.

## **C2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos**

---

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

---

Implantación parcial                       Implantación suficiente                       Implantación avanzada

---

El centro dispone de una serie de procesos asociados al Marco VSMA (verificación, seguimiento, modificación y acreditación):

- PEQ020: Diseño, aprobación y verificación de títulos de grado y máster
- PEQ021: Seguimiento y mejora de títulos de grado y máster
- PEQ022: Modificación de títulos oficiales de grado y máster
- PEQ023: Supresión y extinción de titulaciones oficiales
- PEQ024: Acreditación de títulos oficiales de grado y máster

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

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

*La cadena de responsabilidades para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos vinculados con el diseño, la revisión y la mejora de los programas formativos, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos, es la adecuada para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada, pero no siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos. (Suficiente)*

El núcleo de las actividades vinculadas con el diseño y la evaluación y mejora de titulaciones oficiales (Marco VSMA) se desarrollan a través de cinco procesos: Verificación (PEQ020), Seguimiento (PEQ021), Modificación (PEQ022), Extinción (PEQ023) y Acreditación (PEQ024). En cada uno de ellos aparece identificada la persona responsable, estando claramente definidas las responsabilidades para cada una de las tareas que implica el procedimiento asociado a cada proceso.

El análisis y la mejora de estos procesos se ajusta a lo contemplado en el proceso PEQ011 (Gestión y mejora del sistema de calidad del centro docente), haciendo alusión explícita a este tema en un apartado de cada ficha de proceso. Quedan definidas las responsabilidades en este sentido (en todos los casos la persona responsable de proceso, Vicedecano/a Académico/a). Constan distintas revisiones de los procesos, las últimas correspondientes a la primavera de 2022. La secuencia de versiones no deja claro que se siga la secuencia de revisión anual contemplada en el proceso PEQ011.

En relación al PEQ020, pese a que se referencia al RD 822/2021, no se han reflejado las responsabilidades asociadas a las siguientes cuestiones:

1. El Artículo 5.5. del RD 822/2021 establece la necesidad de establecer un convenio entre universidades para planes de estudios conjuntos que será incorporado a la memoria que haya de ser verificada. Pese a que se facilitan dos convenios como evidencia, el procedimiento PEQ020 no lo identifica como una evidencia documentada asociada al

proceso ni se describe cómo, quién y cuándo desarrollará esta responsabilidad asociada a la acción 'Elaboración de la memoria de verificación' identificada en el procedimiento.

2. El Artículo 24 del RD 822/2021 describe los documentos mínimos para gestionar y establecer internamente el diseño y aplicación asociado a las dobles titulaciones, pero no se observa información al respecto en el PEQ020 ni se describe cómo, quién y cuándo desarrollará esta responsabilidad del procedimiento. Tampoco se identifican las evidencias asociadas.

3. El Artículo 26.3 del RD 822/2021 establece la necesidad de contar con informe preceptivo por parte de la Comunidad Autónoma sobre la necesidad y viabilidad académica y social de la implantación del título universitario oficial previo al inicio del procedimiento de verificación. Actualmente, la versión vigente del procedimiento PEQ020 no lo identifica como una evidencia documentada asociada al proceso ni se describe cómo, quién y cuándo desarrollará esta responsabilidad asociada a la acción 'Elaboración de la memoria de verificación' identificada en el procedimiento.

*AM-2.1.1 Revisar el PEQ020 y PEQ022 para adecuarlos a la normativa vigente y recoger las evidencias suficientes relacionadas con el proceso.*

Actualmente, las evidencias disponibles asociadas a DOC\_PEQ020\_04 no incluyen los anexos que complementan la memoria, por ejemplo, en las memorias se dice Ver Apartado 6: Anexo 1 o Ver Apartado 6: Anexo 2, pero esta información no está disponible. Sucede lo mismo con los convenios de colaboración entre centros/universidades.

Tras la revisión del procedimiento se debe garantizar que el PEQ020 recoge las evidencias suficientes relacionadas con el proceso.

Actualmente, no hay evidencias disponibles asociadas al DOC\_PEQ022\_02. Se debe garantizar que, en el caso de que una memoria haya sido modificada por la vía que determine el procedimiento según la normativa vigente, se cuente con la versión vigente tras su verificación, de modo que sea el documento de referencia y éste esté accesible en el repositorio documental.

*RE-2.1.1 Incluir como evidencia la valoración de resultados de los responsables académicos de los programas.*

El PEQ021 Seguimiento y mejora de los títulos de grado y máster describe en el apartado '8. Desarrollo del proceso (PROCEDIMIENTO)' cómo y cuándo 'Los jefes de estudio y las coordinaciones de máster analizan los indicadores y estándares de titulación, y redactan su valoración' pero el proceso no recoge evidencia de esta iteración. Puede resultar interesante contar con este registro previo al informe de seguimiento del Centro.

*RE-2.1.2 Incluir en el proceso PEQ020 detalles sobre la composición mínima de la Comisión Promotora de un nuevo título.*

El proceso PEQ020 contempla que el/la Decano/a nombrará a la Comisión Promotora encargada de elaborar la memoria de un nuevo título. Para evitar posibles conflictos al respecto, y dejando cierto margen de flexibilidad, se recomienda establecer algunos criterios sobre su composición.

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

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

Se considera que los procesos vinculados al diseño, la revisión y mejora de titulaciones oficiales se despliegan en el Centro según lo establecido en las fichas y cumplen con las fases del marco VSMA. Se aportan evidencias relacionadas con los procesos de verificación, seguimiento y acreditación, habiendo tenido resultados generalmente satisfactorios. No obstante, no queda claro que se cumplan las secuencias establecidas. En el proceso de seguimiento se contempla que el resultado del análisis de cada título se incorpore al informe de revisión del Centro. Consultados estos informes se aprecia que, por ejemplo, el informe 2020-21 sólo hace alusión a dos másteres. Durante la visita al Centro se aclaró que el seguimiento de las titulaciones se realiza cada dos años.

Los procesos del Centro detallan los aspectos de los procesos VSMA institucionales (procesos transversales PTD.2.1 a), PTD.2.1 b), PTD.2.1 c), PTD.2.2 y PTD.2.3), resultando coherentes con los mismos.

*AM-2.2.1 Incrementar el carácter valorativo de los informes de seguimiento del Centro.*

Los informes de seguimiento del Centro tienen un carácter más bien descriptivo de lo que se hace para autoevaluar las titulaciones y no tanto valorativo. Se centran en describir la información que se analiza y los pasos que se siguen, pero no aporta el análisis y la argumentación deductiva que lleva a obtener determinadas conclusiones.

*AM-2.2.2 Garantizar la coherencia entre lo que se indica en el proceso de seguimiento PEQ021 y lo que realmente se lleva a cabo en relación con la planificación temporal y las frecuencias establecidas.*

Las evidencias presentadas llevan a pensar que no se cumple el ciclo anual de seguimiento de las titulaciones contemplado en el proceso PEQ021. Los informes de seguimiento del Centro aportados, principales evidencias al respecto, no dejan constancia al referirse sólo a algunas titulaciones. Si bien, ha quedado claro que se realiza cada dos años el seguimiento de los títulos, esto debería reflejarse en el proceso.

**(2.3) Recogida de información para el análisis y la mejora de los programas formativos.**

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

La información que se recaba sobre las titulaciones del Centro es completa y permite revisar y mejorar los títulos, como puede deducirse del análisis de los informes de seguimiento del Centro, para las titulaciones a las que estos hacen referencia. En general, se recopilan indicadores y otra información contemplada en los SGIC de cada título y que hacen referencia, fundamentalmente, a los resultados obtenidos, a la satisfacción de grupos de

interés, a los méritos del personal docente, a los datos de nuevo ingreso o la información pública disponible.

Los indicadores recogidos, y que pueden consultarse en el cuadro de mando, aportan información para poder realizar un análisis de los programas formativos impartidos en el centro.

Si bien estos datos se recopilan, no queda muy claro si, posteriormente, los planes de mejora planteados responden al análisis de esos datos.

*AM-2.3.1 Considerar la satisfacción de otros grupos de interés (PDI, PAS, o empleadores) en los procesos de seguimiento.*

El análisis de los informes de seguimiento de Centro revela que, si bien se tienen en cuenta los indicadores de satisfacción de los estudiantes, no se contemplan los indicadores de satisfacción de otros colectivos.

*RE-2.3.1 Formalización de las reuniones periódicas con los delegados de cada curso para conocer sus opiniones y problemáticas y gestionarlas.*

Se estima positivo completar los datos obtenidos de las encuestas de satisfacción de estudiantes con otros mecanismos que permitan obtener información más detallada sobre las preocupaciones de los estudiantes.

Se realizan reuniones periódicas entre el decano y los delegados de cada curso con el objetivo de conocer sus opiniones y problemáticas y así poder gestionarlas. Este aspecto sería oportuno incluirlo formalmente en el SGIC. Así mismo se anima a continuar con la implantación de los grupos de respuesta rápida en los que participan los diferentes grupos de interés. Éstos últimos también sería adecuado mencionarlos formalmente.

*RE-2.3.2. Hacer referencia explícita en los informes de seguimiento de la información analizada.*

Sería deseable que la información recogida para el análisis de los programas formativos fuera expresamente mencionada en los informes de seguimiento para identificar de forma más clara el porqué de las acciones de mejora planteadas.

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

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

Se constata que los programas formativos se analizan y, como resultado, se definen e implementan acciones para su mejora, incluidas en un plan de mejoras desarrollado a nivel Centro. Las evidencias relacionadas con los procesos PEQ021 (seguimiento) y PEQ024 (acreditación) dejan constancia de que los programas formativos se analizan y se mejoran de forma periódica, si bien, como se ha comentado en el apartado 2.2, la periodicidad de los seguimientos no aparece ajustarse a lo contemplado en el proceso.

Por otro lado, los planes de mejora derivados del seguimiento, no siempre aportan información detallada que permitan realizar un seguimiento de su consecución. Por ejemplo, las fechas de inicio y fin previstas de las acciones no aparecen cumplimentadas.

*RE-2.4.1 Completar la información del plan de mejora.*

Con el fin de hacer un seguimiento del grado de consecución del plan de mejora, sería deseable que siempre incluyera las fechas de inicio y fin previstas de cada acción de mejora.

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

---

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

---

Implantación parcial                       Implantación suficiente                       Implantación avanzada

---

El centro dispone de una serie de procesos asociados al Marco VSMA (verificación, seguimiento, modificación y acreditación):

- PEQ030: Definición del perfil de ingreso, admisión y matriculación de los estudiantes de grado
- PEQ040: Definición del perfil de ingreso, admisión, selección y matriculación de los estudiantes de máster
- PEQ050: Orientación de los estudiantes
- PEQ051: Orientación profesional
- PEQ060: Programación docente de los grados y másters
- PEQ061: Evaluación del aprendizaje
- PEQ062 Trabajo final del Grado y trabajo final de Máster
- PEQ070: Gestión de las prácticas externas
- PEQ080: Gestión de la movilidad internacional
- PEQ090: Gestión de la movilidad nacional de los estudiantes

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

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

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

El SGIC cuenta con una serie de procesos relacionados con la enseñanza-aprendizaje y con el apoyo al alumnado. En particular, los procesos relacionados con la admisión de estudiantes (PEQ030 y PEQ040), la orientación académica y profesional (PEQ50 y PEQ51), la planificación docente y evaluación del aprendizaje (PEQ060 y PEQ061), el trabajo final (PEQ062), las prácticas externas (PEQ080) y la movilidad (PEQ080 y PEQ090). En todos ellos queda definido el responsable del proceso, así como las personas u órganos responsables de cada una de las tareas en las que se estructura el procedimiento. Por lo

tanto, se estima que la cadena de responsabilidades está definida y es adecuada a la actividad y ámbito de actuación en cada caso. Aunque se han detectado algunos procesos en los que este aspecto es mejorable.

El análisis y la mejora de estos procesos se ajusta a lo contemplado en el proceso PEQ011 (Gestión y mejora del sistema de calidad del centro docente), haciendo alusión explícita a este tema en cada ficha de proceso. Quedan definidas las responsabilidades en este sentido.

*AM 3.1.1 Revisar las responsabilidades asociadas al proceso PEQ061 para satisfacer el objetivo del mismo.*

El PEQ061 tiene como objetivo 'Establecer el sistema de evaluación y calificación de los aprendizajes de los estudiantes de las enseñanzas oficiales de grado y máster de la Facultad de Matemáticas e Informática', pero las responsabilidades asociadas al responsable del proceso (Vicedecano/a Académico/a) están limitadas a enseñanzas de grado al igual que la validación de la propuesta de las Directrices académicas y docentes que realiza el Decanato.

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

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

El SGIC cuenta con procesos que cubren los distintos aspectos relacionados con la enseñanza-aprendizaje. Las evidencias disponibles para cada uno de los procesos indican que están implantados y se desarrollan según lo establecido.

En relación con el trabajo fin de grado y fin de máster, si bien se aportan evidencias del desarrollo del proceso que permiten garantizar que se llevan a cabo según el proceso establecido, sería deseable que se actualizasen las normativas para dar respuesta la reciente normativa aprobada (RD822/2021). Además, en el caso de los trabajos de fin de grado y fin de máster de dobles titulaciones se ha apreciado que se ofrece la posibilidad de realizarlo de forma conjunta lo que sería deseable revisar.

*AM-3.2.1 Definir con mayor claridad la posibilidad de realizar un único TFG o TFM en dobles titulaciones.*

Se ha detectado que en algunos casos se permite la realización de un único trabajo para superar las dos asignaturas de TFG o TFM en dobles titulaciones. No se aprecia que esta posibilidad esté reglada, y que garantice una dedicación del estudiante de todos los créditos que comportan las dos asignaturas. Deben establecerse criterios claros al respecto.

*AM-3.2.2 Revisar el proceso PEQ062 y la Normativa de TFG-M para adecuarla a la legislación vigente.*

La versión vigente de la Normativa de TFG-M asociada al proceso PEQ062 es de noviembre de 2017 y referencia al derogado RD 1393/2007, sería necesario revisarlo, al menos, para referenciar la normativa vigente.

*RE- 3.2.1 Incorporar al proceso PEQ062 información sobre las personas elegibles para formar parte de las comisiones de evaluación de TFGs y TFM.*

Para evitar posibles reclamaciones, se recomienda clarificar las personas que podrán formar parte de las comisiones de evaluación de TFGs y TFM (ej. categorías de profesorado, profesionales externos...)

*RE-3.2.2 Revisar con carácter general los procesos relacionados con los procesos correspondientes a esta dimensión para adecuarlos a las necesidades del proceso.*

Existen varios procesos en los que no se incluyen todos los procesos relacionados, como es el caso del PEQ030. Definición del perfil de acceso, admisión y matriculación del alumnado de grado, donde no se relacionan, por ejemplo, PEQ020 Diseño, aprobación y verificación de títulos de grados y másteres, o el PEQ050 Orientación al alumnado, para cumplir con lo descrito en el Artículo 15.2 del RD 822/2021, entre otros. Se recomienda revisar la definición de los procesos.

En otros casos, no siempre contemplan todas las entradas y salidas, ni las evidencias relacionadas. A pesar que se ha podido comprobar durante la visita que se trata de descuido en ocasiones o de un error, se recomienda revisar los procesos para incorporar las entradas y salidas asociadas, así como todas las evidencias que garantizan la correcta aplicación del proceso. Este es el caso, entre otros, del PEQ070 Gestión de las prácticas externas, en la identificación de entradas/salidas del proceso no se identifica como salida las prácticas realizadas, la Memoria de las prácticas, el informe del/la tutor/a de la entidad ni la evaluación de las mismas y sus actas. Igualmente, se establece un indicador asociado al proceso IN\_PEQ070\_05 para el que no se ha identificado su salida, ni su correspondiente evidencia. Se recomienda revisar la definición de los procesos.

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

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

El SGIC cuenta con dos procesos centrados respectivamente en la orientación académica (PEQ50) y la orientación profesional (PEQ51). Las evidencias disponibles dejan constancia de la implantación del primero, pero no del segundo.

La Facultad tiene definido un Plan de acción tutorial obligatorio para todos los estudiantes, en el que se contempla que en los dos primeros años de cada Grado se realizan dos sesiones grupales al año. La satisfacción de los estudiantes con el Plan es satisfactoria.

No siempre existen evidencias que permitan asegurar que dichos procesos garantizan un adecuado desarrollo de los programas formativos. Anteriormente, ya se han citado algunos ejemplos de falta de periodicidad en el análisis o recogida de datos. Ejemplo de ello en este caso es el PEQ051 de orientación profesional al alumnado, del que no existen evidencias de que se esté aplicando como está definido.

*AM-3.3.1 Revisar el procedimiento PEQ051 (Orientación profesional) y generar todas las evidencias contempladas en el mismo.*

Se deben incluir en el gestor documental todas las evidencias relacionadas con el proceso PEQ051 que se contemplan en la ficha del mismo.

El PEQ051 Orientación profesional al alumnado no cuenta entre sus referencias con el RD 822/2021, en cuyo Artículo 15.2 se hace referencia al sistema de orientación al estudiantado.

Se identifica la responsabilidad de Reconocimiento de créditos a la Secretaría de Estudiantes y Docencia (SED), aunque no se describe ninguna actividad al respecto ni está relacionado en el apartado 7. Procesos relacionados con el procedimiento de reconocimiento de ECTS.

En el apartado 8. Desarrollo del proceso (PROCEDIMIENTO) se detalla que se elabora un informe de evaluación de las acciones del programa de empleabilidad llevadas a cabo a partir de la cantidad de participaciones y la satisfacción con las actividades del programa de empleabilidad, pero no se asocia como una salida del proceso ni como una evidencia del mismo. Tampoco se encuentra como salida del proceso la difusión de las actividades asociadas según la descripción del desarrollo del proceso.

*AM- 3.3.2 Revisar el PEQ050 para adecuarlo a las necesidades del proceso.*

El PEQ050 Orientación al alumnado no cuenta entre sus referencias con el RD 822/2021, en cuyo Artículo 15.2 se hace referencia al sistema de orientación al estudiantado.

En el procedimiento se indica que el PAT es una entrada al mismo, pero en la primera acción del apartado 8. Desarrollo del proceso (PROCEDIMIENTO) se indica 'Redacción y/o actualización del Plan de Acción Tutorial (PAT)' por lo que sería una salida del proceso.

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

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

Los distintos procesos cuentan con indicadores sobre los que se sustenta el análisis y la mejora. En general, se estiman indicadores apropiados, aunque se identifican algunos aspectos mejorables.

*AM- 3.4.1 Desagregar algunos indicadores a nivel de titulación en el cuadro de control.*

Se estima necesario desagregar algunos indicadores a nivel de titulación en el cuadro de control para que este realmente permita identificar oportunidades claras de mejora. Por ejemplo, los indicadores de admisión, movilidad, o participación de programas de prácticas deberían analizarse por titulación.

*AM- 3.4.2 Incorporar indicadores de participación de estudiantes y docentes en el PAT (proceso PEQ050 de orientación académica)*

El proceso PEQ050 (orientación académica) no recoge indicadores de la participación efectiva de estudiantes y profesorado en el PAT. El proceso PEQ051 (orientación profesional), sin embargo, si recoge indicadores de este tipo.

*RE-3.4.1 Revisar los indicadores de rendimiento de los procesos relacionados con la movilidad (PEQ080 y PEQ090)*

El proceso de movilidad nacional incorpora indicadores basados en la participación de estudiantes. Se estima más conveniente relativizar estos indicadores por el total de estudiantes (utilizar porcentajes en lugar de valores absolutos) y desagregar por titulaciones. El proceso de movilidad internacional sin embargo no incorpora indicadores que permitan valorar la aceptación y grado de implantación de los programas. Se estima conveniente incorporar indicadores al respecto (ej. porcentaje de estudiantes propios que participan). También se estima oportuno incorporar indicadores basados en la satisfacción de los estudiantes con las experiencias de movilidad.

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

*El proceso de enseñanza-aprendizaje y el apoyo al alumnado son, en general, eficientes y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Dicho plan aborda únicamente los aspectos más relevantes, aunque de forma estructurada. Se lleva a cabo un seguimiento de los elementos más relevantes del plan de mejora. (Suficiente)*

La mejora de los procesos relacionados con la enseñanza-aprendizaje y el apoyo a los estudiantes se realiza conforme al proceso PEQ011 dando lugar a un informe de revisión del SGIC y a un plan de mejoras del SGIC incluido en el mismo.

Adicionalmente, la autoevaluación de cada título realizada de acuerdo a los procesos de seguimiento (PEQ021) y acreditación (PEQ024) contempla también el análisis de los indicadores vinculados a algunos de los procesos, dando lugar a mejoras específicas de cada título.

*RE-3.5.1 Evidenciar con documentación que se realiza el seguimiento con la periodicidad establecida.*

Existen evidencias, tasas e indicadores, que demuestran que se realiza un seguimiento del proceso de enseñanza-aprendizaje, y se toman acciones de mejora. Existen actas de la Comisión Académica en la que se concretan acciones de mejora anuales derivadas del análisis de la información recabada anualmente. Sin embargo, no parece que se realice con la periodicidad establecida (ver AM2.2.2), o, al menos, no se han encontrado evidencias de ello en el gestor documental de todos los años, probablemente debido a que la versión de la documentación a la que ha tenido acceso el comité no estaba actualizada.

## C4. Personal académico

---

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

---

Implantación parcial

√ Implantación suficiente

Implantación avanzada

---

El centro dispone de dos procesos relacionados con la gestión del personal académico:

- PEQ063: Formación del personal docente e investigador
- PEQ150: Provisión de plazas de personal académico de la Facultad de Matemáticas e informática

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

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

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

Existen dos procesos relacionados con la gestión del personal académico, PEQ063 Formación del personal docente e investigador y PEQ150 provisión de plazas de personal académico, en ambos casos quedan bien definidas la cadena de responsabilidades para asegurar el funcionamiento de los procesos, su análisis y mejora. En el primer caso la responsabilidad recae en el Vicedecano académico, encargado de la Planificación, coordinación y gestión de la formación del PDI de la Facultad, así como la revisión y mejora del proceso. Por otro lado, la responsabilidad de la provisión de plazas de personal académico recae en el Decano quien se encarga de realizar la propuesta y seguimiento de la provisión de personal académico de la Facultad, así como de la propuesta de criterios y buenas prácticas. Igualmente, se responsabiliza de la coordinación con el departamento para establecer un plan coherente para su elevación al Vicerrectorado de PDI. Finalmente, es el responsable de la revisión y mejora del proceso.

El proceso PEQ150 se complementa con los procesos transversales PTD.4.1 Captación y selección del personal académico y PTD.4.3 Evaluación, promoción y reconocimiento del personal académico cuyo responsable es el Vicerrectorado de personal docente e investigador de la Universidad.

El análisis y la mejora de estos procesos se ajusta a lo contemplado en el proceso PEQ011 (Gestión y mejora del sistema de calidad del centro docente), haciendo alusión explícita a este tema en un apartado de cada ficha de proceso. Quedan definidas las responsabilidades en este sentido. La secuencia de versiones de revisión de los procesos no deja claro que se siga la frecuencia de revisión anual contemplada en el proceso PEQ011.

*RE- 4.1.1 Incorporar al proceso detalles sobre la composición que debe tener la Comisión de Profesorado del Centro en el PEQ*

Puesto que el órgano del Centro que concentra una parte importante de las tareas relacionadas con el proceso PEQ150 (provisión de plazas de personal académico) es la Comisión de Profesorado, se recomienda establecer y recoger criterios sobre su composición.

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

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

El SGIC cuenta con procesos que cubren dos aspectos muy relevantes de la gestión del personal académico: selección y formación (PEQ 150: Provisión de plazas de personal académico de la Facultad de Matemáticas e Informática y PEQ 063: Formación del personal docente e investigador). Se trata de dos procesos que desarrollan a nivel de Centro dos procesos transversales: Captación y selección de personal académico (PTD.4.1) y Formación del personal académico (PTD.4.2 a). Si bien, el diseño e implantación de los mismos se estima adecuado, en el momento de la evaluación no se pudieron revisar las evidencias que se citan en el apartado 10 de las fichas de los procesos por contar con una versión desactualizada del gestor documental, como se ha indicado anteriormente. A pesar de ello durante la visita se pudo comprobar que los procesos se estaban llevando a cabo conforme se establece en los procesos, a pesar de que algunas evidencias no se están recogiendo tal y como se indica en el citado apartado 10, como es el caso de del DOC\_PEQ063\_02 Publicación de la oferta de las actividades formativas en la web del Centro.

Cabe señalar que en los informes externos de acreditación aportados como evidencias asociadas al proceso PEQ024 (acreditación de titulaciones), la dimensión relativa al personal académico como “se alcanza con calidad” o “en progreso hacia la excelencia”.

Por otro lado, el Centro tiene definida una estrategia en relación con la gestión para captar profesorado, estructurado en dos ejes, uno de excelencia para captar talento, y uno estructural para detectar necesidades de profesorado de distintas áreas.

*BP-4.2.1 Coordinación entre Departamento y Facultad en relación con la gestión del profesorado.*

La gestión en materia de profesorado se considera excelente, sobre todo en lo relativo a la coordinación existente entre el Departamento y la Facultad en materia de captación y contratación de profesorado, revirtiendo en un profesorado altamente cualificado.

*AM-4.2.1 Recoger todas las evidencias de los procesos PEQ063 y PEQ150 relacionados con el personal académico que se referencian en ellos.*

No constan en el gestor documental del Centro ni en la web de la Facultad todas las evidencias relacionadas con los procesos PEQ063 y PEQ150 que se contemplan en el apartado 10 de sus correspondientes fichas.

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

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

Como se ha comentado en el apartado anterior, la formación del personal académico se gestiona con el proceso PEQ063, que aterriza a nivel de Centro el proceso transversal PTD.4.2a. (Formación del personal académico). La innovación docente y la evaluación del personal académico se gestiona a través de dos procesos transversales: Investigación innovación y mejora de la docencia y el aprendizaje (PTD.4.2b) y evaluación, promoción y reconocimiento del personal académico (PTD.4.3). La implantación de estos procesos transversales ha sido calificada como suficiente en el informe de certificación del SGIC marco.

Aunque el proceso transversal relacionado con este proceso a nivel de institución, PTD.4.2a Formación del personal académico, ha sido valorado como suficiente, no existen evidencias que pongan de manifiesto que el proceso PEQ063 se está llevando a cabo conforme se establece en él dado que se trata de un proceso creado en febrero de 2022 y aún no se han podido recopilar todas las evidencias que en él se referencian. Por otro lado, no se aporta información sobre el porcentaje de PDI que ha participado en actividades formativas, indicador que se señala en el proceso del que no se aporta ningún dato, por lo que se desconoce cómo se analizan los resultados, lo mismo ocurre con las evidencias que garantizan que el proceso se lleva a cabo conforme está establecido. Si bien parece que el proceso es de reciente creación, es necesario que se concrete cómo se actúa y qué se ha venido analizando hasta ahora.

A pesar de ello, durante la visita se pudo comprobar que desde la aprobación del proceso se está actuando en consonancia con el diseño del mismo.

*AM-4.3.1 Recoger todas las evidencias en el gestor documental sobre la evaluación del personal académico que se referencian en los procesos.*

No se dispone de información acerca de las actuaciones relacionadas con la evaluación del personal académico en el gestor documental dada la reciente puesta en marcha del proceso.

#### **(4.4) Recogida de información para el análisis y la mejora de la gestión, la formación y la evaluación del personal académico.**

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

Los distintos procesos cuentan con indicadores sobre los que se sustenta el análisis y la mejora. En general, se estiman indicadores apropiados, aunque se identifican algunos aspectos mejorables.

*RE- 4.4.1 Incorporar indicadores basados en el rendimiento docente e investigador del personal académico en los procesos PEQ063 y PEQ150, y en la satisfacción del PDI y de los estudiantes en el proceso PEQ063.*

El indicador del proceso PEQ063 (formación del personal académico) se centra en medir la participación en los programas formativos y no tanto la calidad de los mismos. En este sentido, sería conveniente introducir indicadores basados en la satisfacción del profesorado con los programas formativos recibidos, o en la satisfacción de los estudiantes con la actividad docente del profesorado o sus capacidades de innovación metodológica.

Por otro lado, aunque los resultados obtenidos en esquemas de evaluación como el programa DOCENTIA dependen de muchos factores al margen de la formación docente recibida, esta constituye un elemento determinante en muchos casos. Se recomienda incorporar algún indicador basado en la participación y los resultados obtenidos en este tipo de programas.

Por su parte, el objetivo fundamental del proceso PEQ150 es configurar y renovar adecuadamente la plantilla docente. Por lo tanto, indicadores de rendimiento docente (ej. éxito en el programa DOCENTIA) o rendimiento investigador (ej. éxito en el reconocimiento de tramos de investigación/sexenios) constituyen indicadores a medio plazo de la eficacia del proceso.

Según se ha indicado en la directriz 4.3 no se dispone de información para valorar las actuaciones relacionadas con la evaluación del personal académico.

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

*La gestión, la formación y la evaluación del personal académico son, en general, eficientes y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Este aborda únicamente los aspectos más relevantes, aunque de forma estructurada. Se lleva a cabo un seguimiento de los elementos más relevantes del plan de mejora. (Suficiente)*

La mejora de los procesos relacionados con el personal académico se realiza conforme al proceso PEQ011, dando lugar a un informe de revisión del SGIC y a un plan de mejoras del SGIC incluido en el mismo.

No se aporta información sobre el análisis de los resultados de los indicadores, como se ha indicado anteriormente, hay indicadores que de manera reiterada no cumplen con el valor objetivo y no hay evidencias de que se haya puesto en marcha ninguna acción de mejora ni de que se haya analizado. Si bien, durante las entrevistas se indicó que en muchos casos no depende directamente del Centro, sino más bien que esta información les sirve para poder solicitar a nivel institucional algunas peticiones para la mejora del profesorado.

*RE- 4.5.1 Incorporar encuestas de evaluación en cada una de las formaciones realizadas.*

Se recomienda incorporar encuestas de evaluación en cada una de las actividades formativas organizadas por el Centro, de forma que puedan obtenerse indicadores que permitan valorar la calidad de tales actividades.

Así como registrar la lista de actividades formativas y el porcentaje de PDI que participa en ellas anualmente. Cuestión que podría dar lugar a ver qué actividades formativas pueden reforzar.



## C5. Recursos materiales y servicios

---

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

---

Implantación parcial                      ✓ Implantación suficiente                       Implantación avanzada

---

El centro dispone de dos procesos relacionados con la gestión de recursos materiales y servicios:

- PEQ110: Gestión y mejora de las instalaciones y los recursos materiales
- PEQ120: Gestión de los servicios

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

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

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

El SGIC cuenta con dos procesos relacionados con la gestión de recursos materiales y servicios: Gestión y mejora de las instalaciones y los recursos materiales (PEQ110) y Gestión de los servicios (PEQ120). En ambos casos se define al personal responsable del proceso (el/la Administrador/a del Centro) y las personas u órganos responsables de las distintas tareas en las que se estructura el procedimiento. Por lo tanto, se estima que la cadena de responsabilidades está definida y es adecuada a la actividad y ámbito de actuación.

El análisis y la mejora de estos procesos se ajusta a lo contemplado en el proceso PEQ011 (Gestión y mejora del sistema de calidad del centro docente), haciendo alusión explícita a este tema en un apartado de cada ficha de proceso. Quedan definidas las responsabilidades en este sentido. Constan distintas revisiones de los procesos, las últimas correspondientes a la primavera de 2022. La secuencia de versiones de revisión de los procesos no deja claro que se siga la frecuencia de revisión anual contemplada en el proceso PEQ011.

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

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

El SGIC cuenta con dos procesos que cubren respectivamente la gestión de recursos materiales y de servicios. El diseño de ambos procesos se estima adecuado, si bien las evidencias aportadas revelan una implantación parcial de los mismos. En particular, no consta el informe de la Junta de Facultad sobre acciones realizadas en materia de servicios y tampoco las encuestas de satisfacción de PAS sobre recursos materiales y servicios.

Estos procesos se ven completados por dos procesos transversales: PTD.5.1 Servicios de soporte a la docencia: Campus Virtual y Centro de Recursos para el Aprendizaje e Investigación (CRAI) y PTD.5.2 Espacios de soporte a la docencia: Aulario, Aulas de Informática y Laboratorios. La implantación de estos procesos transversales ha sido calificada como “avanzada” en el informe de certificación del SGIC marco.

*AM- 5.2.1 Aclarar las evidencias asociadas a los procesos de gestión y recursos materiales.*

Tanto el proceso PEQ110 (recursos materiales) como el PEQ120 (servicios) incorporan la evidencia “Informe anual de la Junta de Facultad sobre las acciones realizadas”. Cuenta con codificaciones diferentes (DOC\_PEQ120\_01), pero no queda claro que sean documentos diferentes. Además, en el gestor documental sólo aparece en el caso del Proceso PEQ110 y no hace alusión a servicios. Deben clarificarse tales cuestiones.

*RE- 5.2.1 Archivar las evidencias de los procesos de gestión de recursos y servicios en la carpeta del gestor documental asociada al proceso al que afectan.*

El gestor documental (*SharePoint*) asigna una carpeta a cada uno de los procesos. Las fichas de los procesos establecen que determinadas evidencias se archivan en el gestor documental. Por ejemplo, las encuestas de satisfacción del PDI y del PAS sobre recursos materiales y servicios. Si bien, queda constancia de que existen en el caso del PDI, no se encuentran tales evidencias en las carpetas de los procesos PEQ110 y PEQ120.

*RE- 5.2.1 Revisar el PEQ110 y el PEQ120 para adecuarlo a las necesidades del proceso.*

En el PEQ110 Gestión y mejora de las instalaciones y de los recursos materiales no se identifican:

- en el apartado '4. Salidas del proceso' no se identifican todas las evidencias generadas por el propio proceso, como pueden ser el informe económico de las acciones realizadas que elabora el Administrador/a de centro, los documentos contables de compras o la evaluación de la satisfacción de los usuarios con los recursos (si es que depende de este proceso, si no, habría que referenciarlo en el apartado '7. Procesos relacionados' e indicar las evidencias correspondientes que dependen del otro proceso).

En el PEQ120 Gestión y mejora de los servicios no se identifican:

- en el apartado '4. Salidas del proceso' no se identifican todas las evidencias generadas por el propio proceso, como pueden ser el informe económico de las acciones realizadas que elabora el Administrador/a de centro, los documentos contables de compras o la evaluación de la satisfacción de los usuarios con los servicios (si es que depende de este proceso, si no, habría que referenciarlo en el apartado '7. Procesos relacionados' e indicar las evidencias correspondientes que dependen del otro proceso).

- en el apartado '7. Procesos relacionados', el PEQ100: Gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias.

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

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

Los distintos procesos cuentan con indicadores sobre los que se sustenta el análisis y la mejora. Se basan en la satisfacción de los grupos de interés y, en general, se estiman apropiados. No obstante, no consta que haya sido posible generar algunos de estos indicadores, específicamente los relativos a la satisfacción del PAS, como se ha mencionado anteriormente.

*AM- 5.3.1 Generar los indicadores previstos sobre satisfacción de PAS en los procesos PEQ110 y PEQ120 de gestión de recursos materiales y servicios.*

No consta la medición de tales indicadores en el cuadro de control. Deben articularse las encuestas correspondientes para dar cumplimiento a lo establecido en la ficha de procesos.

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

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

La mejora de los procesos relacionados con los recursos materiales y los servicios se realiza conforme al proceso PEQ011, dando lugar a un informe de revisión del SGIC y a un plan de mejoras del SGIC incluido en el mismo, que se revisa periódicamente.

Si bien se realiza conforme al proceso PEQ011, no se recoge información, como se ha indicado anteriormente, de todos los agentes para realizar el análisis de los recursos materiales y servicios.

*AM- 5.4.1 Recopilar información sobre la satisfacción del PAS (ver AM-5.3.1)*

## C6. Información pública y rendición de cuentas

---

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

---

Implantación parcial                       Implantación suficiente                       Implantación avanzada

---

El centro dispone de dos procesos relacionados con la información pública y la rendición de cuentas:

- PEQ140: Información pública: Comunicación
- PEQ141: Información pública: Rendimiento de cuentas

También cuenta con un proceso de Gestión de quejas y sugerencias que se analiza en el este criterio, al entenderlo como un mecanismo de interacción y comunicación con el entorno:

- PEQ100: Gestión de quejas y sugerencias

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

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

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

El SGIC cuenta con dos procesos directamente relacionados con la información pública y la rendición de cuentas: Información pública: Comunicación (PEQ140) e Información Pública: Rendimiento de cuentas (PEQ141). Además, cuenta con un proceso de Gestión de quejas y sugerencias (PEQ100) que puede entenderse también como un mecanismo de rendición de cuentas. En todos los casos se define al personal responsable del proceso (el/la Secretario/a Académico/a del Centro) y las personas u órganos responsables de las distintas tareas en las que se estructura el procedimiento. Por lo tanto, se estima que la cadena de responsabilidades está definida y es adecuada a la actividad y ámbito de actuación.

El análisis y la mejora de estos procesos se ajusta a lo contemplado en el proceso PEQ011 (Gestión y mejora del sistema de calidad del centro docente), haciendo alusión explícita a este tema en un apartado de cada ficha de proceso. Quedan definidas las responsabilidades en este sentido. Aunque constan distintas revisiones de los procesos, las últimas correspondientes a la primavera de 2022. La secuencia de versiones de revisión de los procesos no deja claro que se siga la frecuencia de revisión anual contemplada en el proceso PEQ011.

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

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

En el Manual de Calidad del SGIC del Centro (apartado 4.10) se describen las acciones relacionadas con la información pública y la rendición de cuentas haciendo alusión a los dos procesos directamente vinculados (PEQ140 y PEQ141). La web del Centro y la institucional constituyen una vía fundamental de información pública, aunque también se utilizan redes sociales, correos electrónicos, pantallas informativas y trípticos. El proceso PEQ140 contempla las tareas relacionadas con la gestión de cada uno de estos medios. El diseño de mismo se estima adecuado y las evidencias aportadas confirman su implantación, aunque la información pública no está siempre actualizada, como es el caso de la Política de Calidad, que en función de por donde se acceda aparece la última versión o una de 2009, lo mismo sucede, por ejemplo, con los procesos del SAIQU que no están actualizados los de la versión en castellano.

Es el Secretario Académico el responsable de ambos procesos que están relacionados con el proceso transversal de la universidad PTD.6.A sobre información pública de la universidad. Con la aplicación de estos procesos se garantiza la publicación de información relevante de los programas formativos y sus resultados tanto académicos como de satisfacción.

Existe un seguimiento sobre los resultados de los programas que se articula a través del PEQ021 seguimiento de los programas. El cuadro de mano muestra también los indicadores asociados a estos procesos con unos resultados favorables.

Se incluyen como evidencias del PEQ140 los informes de satisfacción del grado y de máster, pero no constan evidencias posteriores al curso académico 2018-2019.

En los informes de acreditación aportados como evidencias del proceso PEQ024 (acreditación de titulaciones), todos los títulos evaluados una valoración de “se alcanza” en el estándar relacionado con la pertinencia de la información pública. La satisfacción de los estudiantes y los titulados con la accesibilidad, alcance y actualización de la información pública alcanza valores aceptables (por encima del valor medio de la escala). Todo ello se estiman evidencias de un funcionamiento apropiado del proceso PEQ140.

La rendición de cuentas se basa fundamentalmente en la publicación de resultados académicos y de resultados de las encuestas de satisfacción, a través de informes (ej. Informe de seguimiento del Centro) o de otros medios como el espacio VSMA de la Universidad. El proceso PEQ141 contempla las tareas relacionadas con la gestión de esta difusión. El diseño del mismo se estima adecuado y las evidencias aportadas confirman su implantación. Se ha podido comprobar la accesibilidad a la información a través de la página web, por lo que se estima un funcionamiento adecuado del proceso PEQ141.

El SGIC también incorpora la posibilidad de responder inquietudes de los grupos de interés a través del sistema de quejas y sugerencias, gestionado mediante el proceso PEQ100. El diseño del mismo se estima adecuado, si bien los informes generados se reducen a un listado de las quejas y sugerencias recibidas con algunos detalles sobre su contestación. Sería oportuno procesar esta información proporcionando información agregada que permitiese alimentar y/o generar indicadores para otros procesos del sistema (ej. informes de quejas y sugerencias relacionadas con los recursos materiales, con la movilidad, con las prácticas, con el profesorado). En cualquier caso, las evidencias aportadas confirman la implantación del proceso PEQ100.

Si bien se incluyen evidencias sobre las quejas y sugerencias recibidas y el tiempo de respuesta, esta información solo consta del año 2022, no de años anteriores, se desconoce cómo se llevaba a cabo el archivo de éstas y su control.

*AM- 6.2.1 Revisar los procesos PEQ100, PEQ140 y PEQ141 para adecuarlo a las necesidades del proceso.*

En el PEQ100 Gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias:

- No se identifican, en el apartado '7. Procesos relacionados', los procesos PEQ011: Revisión del sistema de aseguramiento interno de la calidad (SAIQU) y PEQ021: Seguimiento y mejora de las titulaciones de grado y máster.
- No se identifica como salida del proceso el informe con las mejoras planteadas del Secretario/a Académico/a y Decano
- Se identifican evidencias en el apartado '10. Evidencias documentadas asociadas al proceso' que no se corresponden como tal. DOC\_PEQ100\_01 Buzón de quejas y sugerencias, el buzón no sería una evidencia, es una herramienta para recoger registros (que sí son evidencias y es el registro que se está aportando)

En el PEQ140 Proceso de publicación de la información del Centro:

- en el apartado '6. Normativa, guías y directrices' no se relaciona la Política de comunicación de la Facultad indicada en el apartado de Responsabilidades.
- en el apartado '7. Procesos relacionados' no se relaciona el PEQ020 Diseño, aprobación y verificación de títulos de grados y másteres

En el PEQ141 Información pública: rendición de cuentas no se dispone de resultados asociados a los dobles grados.

*AM-6.2.2 Poner en marcha los mecanismos que permitan garantizar información pública actualizada.*

Se ha detectado que la información pública no siempre está actualizada, tal es el caso de los procesos del SAIQU o la propia Política de Calidad. Se debe velar porque la información pública esté actualizada.

*RE- 6.2.1 Generar informes de quejas y sugerencias más elaborados en el proceso PEQ100.*

Los informes de quejas y sugerencias se limitan a una compilación de las mismas. Sería oportuno procesar la información, identificando los aspectos más problemáticos, o la evolución del número de quejas en algunos ámbitos. El proceso de gestión de quejas y sugerencias es susceptible de generar informes que aparezcan como entradas en muchos otros procesos.

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

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

Los distintos procesos cuentan con indicadores sobre los que se sustenta el análisis y la mejora. En general, se estiman indicadores adecuados, aunque se estiman oportunas algunas mejoras.

*AM-6.3.1 Incorporar indicadores sobre la participación de titulados en las encuestas de satisfacción en el proceso PEQ141 (rendición de cuentas).*

El proceso PEQ141 contempla la generación de informes basados en la satisfacción de estudiantes, profesorado y titulados. Sin embargo, los indicadores descritos en el proceso, basados en la participación en las encuestas de satisfacción, no permiten diferenciar entre la participación de estudiantes y de titulados. Debe clarificarse esta cuestión.

*RE-6.3.1 Incorporar indicadores basados en las evaluaciones externas recibidas sobre la pertinencia de la información pública.*

Los informes externos de acreditación incorporan valoraciones sobre la información publicada sobre cada título. Estas valoraciones podrían utilizarse para generar indicadores bastante robustos de valoración de la eficacia del proceso.

*RE-6.3.2 Incorporar indicadores basados en las percepciones de otros grupos de interés en el proceso PEQ140.*

Los indicadores del proceso PEQ140 (información pública) se basan exclusivamente en la satisfacción de los titulados, sin tener en cuenta otros grupos de interés.

*RE-6.3.3 Revisar los valores de aceptación de los indicadores del proceso PEQ141 (rendición de cuentas)*

Los indicadores del proceso PEQ141 (rendición de cuentas) recogen tasas de participación en encuestas. El valor de aceptación que se contempla es del 20%. Aunque depende del tamaño de la población, surgen dudas sobre si, especialmente en el caso de máster, este porcentaje genera información fiable (el margen de error sería muy amplio). Se recomienda estimar estos porcentajes de forma que se acote el error muestral a un  $\pm 5\%$  de acuerdo al tamaño poblacional esperado.

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

***La información pública es eficiente y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Este es completo y estructurado. Se lleva a cabo un seguimiento sistematizado del plan de mejora. (Satisfactorio)***

La mejora de los procesos relacionados con la información pública se realiza conforme al proceso PEQ011, dando lugar a un informe de revisión del SGIC y a un plan de mejoras del SGIC incluido en el mismo.

El análisis de la información pública y la rendición de cuentas se realiza a través de los procesos del VSMA. Los informes de seguimiento muestran datos sobre el análisis de estos ítems, al igual que los informes de renovación de acreditación.

## D. Resultado de la evaluación

La evaluación del CEE-SGIC, como resultado del análisis de las evidencias y de la información recogida durante la visita a la Facultad de Matemáticas e Informática de la Universidad de Barcelona, es en líneas generales positiva y el proceso de evaluación ha sido satisfactorio.

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

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

El CEE-SGIC propone la certificación de la implantación del SGIC de la Facultad de Matemáticas e Informática de la Universidad de Barcelona a la Comisión Específica de Certificación.

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

---

**Centro evaluado: Facultad de matemáticas e informática**

**Universidad: Universidad de Barcelona**

**Fechas de la visita: 3, 4 y 7 de noviembre**

**Emisión informe previo de visita: 21 de diciembre de 2022**

**Alegaciones: No**

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

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

**Salamanca, enero de 2023**

## Anexo. Alcance de la evaluación

---

### A. Procesos evaluados

#### *Dimensión 1. Revisión y mejora del SGIC*

- PEQ 010: Despliegue de la política y objetivos de calidad del centro.
- PEQ 011: Revisión del Sistema de aseguramiento interno de la calidad (SAIQU)
- PEQ 012: Gestión documental del SAIQU.
- PEQ 013: Redacción del Plan Director de la Facultad.

#### *Dimensión 2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos*

- PEQ 020: Diseño, aprobación y verificación de títulos de grado y máster.
- PEQ 021: Seguimiento y mejora de los títulos de grado y máster
- PEQ 022: Modificación de títulos oficiales de grado y máster
- PEQ 023: Supresión y extinción de titulaciones oficiales
- PEQ 024: Acreditación de títulos oficiales de grado y máster

#### *Dimensión 3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado*

- PEQ 030: Definición de perfiles de acceso, admisión y matriculación de los alumnos de grado
- PEQ 040: Definición de perfiles de acceso, admisión y matriculación de los alumnos de grado - PEQ 050: Orientación al alumnado
- PEQ 051: Orientación profesional al alumnado
- PEQ060: Programación docente de los grados y másters
- PEQ061: Evaluación del aprendizaje
- PEQ062 Trabajo final del grado y trabajo final de máster
- PEQ70: Gestión de las prácticas externas
- PEQ080: Gestión de la movilidad internacional de estudiantes
- PEQ090: Gestión de la movilidad nacional de estudiantes

#### *Dimensión 4. Personal académico*

- PEQ 063: Formación del personal docente e investigador
- PEQ 150: Provisión de plazas de personal académico de la Facultad de Matemáticas e Informática

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

- PEQ 110: Gestión y mejora de las instalaciones y de los recursos materiales
- PEQ 120: Gestión y mejora de los servicios

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

- PEQ 140: Procesos de publicación de la información del centre
- PEQ 141: Información pública: rendición de cuentas
- PEQ100: Gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias