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

Informe de evaluación externa

Centro: Facultad de Derecho, Economía y Turismo
Universidad: Universidad de Lleida
Fecha de la visita: 24 y 30 de noviembre de 2022

ÍNDICE

.+

Informe de evaluación externa 1

A. Introducción..... 3

B. Desarrollo del proceso de evaluación..... 4

C. Valoración del nivel de implantación de las dimensiones del SGIC..... 8

C1. Revisión y mejora del SGIC 8

C2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos 16

C3. Sistemas de apoyo al aprendizaje y de orientación a los estudiantes 21

C4. Personal académico 25

C5. Recursos materiales y servicios 29

C6. Información pública y rendición de cuentas 33

E. Acta de envío del informe externo 37

Anexo. Alcance de la evaluación 38

A. Introducción

1. Descripción del SGIC evaluado

Centro:	**Facultad de Derecho, Economía y Turismo**
Universidad:	Universidad de Lleida
Sede:	C/ de Jaume II, 73, 25001 Lleida
Código:	25005296
Tipología:	Propio
Alcance del SGIC:	Procedimientos del SGIC relacionados en ANEXO 1.

2. Composición del comité externo de certificación

Rol	Nombre	Ámbito	Institución
Presidente	Gloria Zaballa	ProfesoraTitular/ Directora calidad	Universidad de Deusto
Profesional	Enric Brull	Vocal profesional	Profesional autónomo
Estudiante	Victoria Burrero	Veterinaria	Universidad Complutense de Madrid
Secretaria	Sandra Marcos	Directora de Calidad	Universidad Pontifica de Salamanca

3. Objetivo del informe

La evaluación externa del Sistema de Garantía Interna de la Calidad (SGIC) de la Facultad de Derecho, Economía y Turismo de la Universidad de Lleida (UdL), 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 17 de noviembre de 2021, 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 24 y 30 de noviembre de 2022.
El programa de la visita fue el siguiente:

1ª jornada: 24 de noviembre

Formato: Virtual

09:00 - 09:30	**Bienvenida institucional. Presentación del modelo de SIGC de la Facultad**
9.30 – 10:30	**Dimensión 1. Revisión y mejora del SIGC** Procesos incluidos[1]: - PG.01. Definir y desarrollar los objetivos de mejora de los Centros - PG.25. Definir y desarrollar la política y los objetivos de la formación - PG.32. Gestionar quejas y sugerencias (Centros) - PG.31. Revisar y mejorar el Sistema de Garantía Interna de la Calidad Cuestiones generales del SIGC: - Seguimiento de indicadores y plan de mejora del SIGC - Gestión de documental - Gestión de la Información
10:30 - 10:45	***Pausa*** (Trabajo interno CEE)
10:45 - 11:30	**Dimensión 2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos** Procesos incluidos[1]: - PG. 02. Diseñar programas formativos - PG.03. Revisar y mejorar los programas formativos - PG.26. Acreditar las titulaciones oficiales - PG.04. Extinguir un título
11:30 – 11:45	***Pausa*** (Trabajo interno CEE)

[1]*Con carácter general, se solicita la asistencia de las personas responsables de los procesos que se detallan en cada sesión.*

11:45 - 12:30	**Dimensión 3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado** Procesos incluidos[1]: - PG.06. Captar futuro estudiantado - PG.05. Seleccionar, admitir y matricular al estudiante - PG.22. Programar el plan docente anual - PG.28. Acoger y orientar al estudiantado - PG.30 Planificar y desarrollar metodologías de enseñanza
12:30 - 12:45	***Pausa*** (Trabajo interno CEE)
12:45 - 13:30	**Dimensión 3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado** Procesos incluidos[1]: - PG.07. Establecer la política y los objetivos a la movilidad - PG.08. Gestionar el estudiantado de movilidad saliente - PG.09. Gestionar el estudiantado de movilidad entrante - PG.29. Gestionar las prácticas académicas externas
13:30 - 15:00	**Comida y trabajo interno CEE**
15:00 - 15:45	**Dimensión 4. Personal académico** Procesos incluidos[1]: - PG.11. Definir la política de personal académico - PG.13. Identificar necesidades y seleccionar personal académico - PG.15. Elaborar y ejecutar el Plan de formación de personal académico - PG.17. Evaluar la actividad docente, promocionar y reconocer el personal académico - PG.19. Evaluar la gestión del personal académico
15:45 - 16:00	***Pausa*** (Trabajo interno CEE)
16:00 - 16:45	**Dimensión 4. Personal de administración y servicios** Procesos incluidos[1]: - PG.12. Definir la política de personal de administración y servicios - PG.14. Seleccionar personal de administración y servicios - PG.16. Elaborar y ejecutar el Plan de formación del personal de administración y servicios - PG.20. Promocionar, incentivar y mejorar el personal de administración y servicios
16:45 - 17:00	***Pausa*** (Trabajo interno CEE)
17:00 - 17:30	**Dimensión 5. Recursos materiales y servicios** Procesos incluidos[1]: - PG.21. Gestionar la prestación de los servicios - PG.27. Gestionar los recursos materiales destinados a la docencia
17:30 - 17:45	***Pausa*** (Trabajo interno CEE)

17:45 - 18:15	**Dimensión 6. Información pública y rendición de cuentas** Procesos incluidos[1]: - PG.23. Publicar la información y rendir cuentas sobre los programas formativos
18:15	***Fin de la primera jornada***

2a jornada: 30 de noviembre (presencial)

09:00 - 10:00	**Entrevista con la Comisión de Calidad de la Facultad**
10:00 - 10:15	***Pausa*** (Trabajo interno CEE)
10:15 - 11:00	**Entrevista con las direcciones de departamento**
11:00 - 11:15	***Pausa*** *(Trabajo interno CEE)*
11:15 - 12:00	**Entrevista con profesorado**
12:00 - 12:15	***Pausa*** *(Trabajo interno CEE)*
12:15 - 13:00	**Entrevista con estudiantes y egresados**
13:00 - 13:30	**Audiencia Abierta**
13:30 - 14:45	***Pausa (Comida y trabajo interno del CEE)***
14:45 - 15:30	**Entrevista con equipo técnico de calidad de la UdL y responsables del SGIC transversal**
15:30 -16:00	*Pausa (Trabajo interno CEE)*
16:00	**Presentación de conclusiones preliminares y despedida**

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 acceso al DATA, aplicación donde se recogen todos los indicadores de control. No obstante, tras la primera jornada de visita se facilitó el acceso y durante la visita presencial al Centro se explicó el funcionamiento. Se considera, por tanto, que durante los días de visita el equipo responsable de la Facultad y de la Universidad en relación con el SGIC, ha mantenido una actitud abierta y transparente, mostrando toda aquella información solicitada por el CEE.
Es destacable la reciente creación de la Comisión de Calidad del Centro, cuya primera reunión tuvo lugar en julio de 2022, por lo que aún hay algunas funciones que no ha desarrollado esta Comisión, porque estaban encomendadas a otros órganos del Centro.

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 equipo técnico 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.

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:

- PG.31. Revisar y mejorar el Sistema de Garantía Interna de la Calidad

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

- PG.01. Definir y desarrollar los objetivos de mejora de los Centros
- PG.25. Definir y desarrollar la política y los objetivos de la formación
- PG.32. Gestionar quejas y sugerencias (Centros)

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)

La universidad de Lleida cuenta con un Sistema de Garantía Interna de la Calidad (SIGC) formalmente establecido y de acceso público que es aplicable a todos los centros de la UdL.

En el manual de calidad de la Facultad se establece que es el Decano el máximo responsable del Sistema, y actúa con compromiso en el establecimiento, desarrollo y mejora del SGIC. Igualmente, en el manual se indica que "*El coordinador o coordinadora de calidad del Centro es el vicedecano/vicedecana con funciones de jefe de estudios, y representará al decano o decana en el seguimiento del Sistema de Garantía Interna de Calidad del Centro con el apoyo del Vicedecanato de Calidad".* Sin embargo, estas figuras y sus responsabilidades no quedan recogidas en el ProcedimientoPG31 Revisión y mejora del Sistema de Garantía Interna de la Calidad.

Finalmente, en dicho manual se indica que se cuenta con la participación de todos los grupos de interés, y que están representados en la Comisión de Calidad. Por otro lado, se presenta como evidencia el Reglamento de las comisiones académicas y de calidad de los Centros de la UdL, (aprobado el 03/05/2022 por el Consell de Govern). En la composición de la Comisión de Calidad no consta ningún representante del PAS. Por otro lado, figuran como opcionales los egresados.

La revisión y mejora del SGIC se lleva a cabo a través del proceso PG31 Revisión y mejora del Sistema de Garantía Interna de la Calidad. Según está establecido en este procedimiento, que abarca la revisión del SGIC de la Universidad y del Centro, a nivel de Centro es responsabilidad del equipo de gestión de la Facultad el analizar los resultados de los indicadores de los distintos procedimientos y la información derivada del seguimiento anual de los títulos. Con esta información, se definen objetivos y acciones de mejora del SGIC que son aprobados por la Comisión de Calidad del Centro e incluidos en el plan de mejora. La Comisión de Calidad ha sido recientemente constituida y se espera que se reúna 5 veces al año.

Cada año, se hace una revisión del SGIC del Centro, para detectar mejoras en él, así como en la organización y elementos que componen el SGIC del Centro. Esta revisión se basa en un pre-análisis que elabora la responsable de calidad de la UdL junto con la coordinadora de calidad del Centro, y que es elevado a la Comisión de Calidad del Centro. Estas propuestas de mejoras se elevan a la Comisión de Estrategia y Calidad de la Universidad, quien finalmente decide sobre qué acciones se pondrán en marcha y cuáles no.

A pesar de que el procedimiento indica que la Comisión de Calidad del Centro aprueba el diseño y las mejoras del SGIC del Centro, es a nivel institucional donde se toman las decisiones sobre la mejora del Sistema en su conjunto al tratarse de un SGIC común a todos los Centros de la UdL. Las mejoras a poner en marcha deben de ser ratificadas por la Comisión de Estrategia y Calidad, fase que no se contempla en el procedimiento PG31.

AM-1.1.1 Revisar el PG31 Revisión y mejora del Sistema de Garantía Interna de la Calidad y manual de calidad para evitar incoherencias y contemplar todas las fases y responsables de la revisión del SGIC.

La información acerca de la revisión del Sistema recogida en el manual de calidad y en el proceso PG31 Revisión y mejora del Sistema de Garantía Interna de la Calidad, difiere en algunos aspectos. En el citado proceso se contempla que es la Comisión de Calidad del Centro quien aprueba las mejoras a poner en marcha pero no queda contemplada la fase de ratificación de las acciones por la Comisión Estratégica y de Calidad, que si se contempla en el manual de calidad.

RE-1.1.1 Incluir representantes del sector profesional y egresados como miembros de la Comisión de Calidad.

Se identifican en el apartado C.4 del manual de calidad los grupos de interés que participan, tales como estudiantes, profesorado, PAS, administraciones públicas, organizaciones e instituciones del ámbito público, egresados, profesionales, entre otros. Además, señalan que los diferentes grupos de interés participan en los órganos de gobierno de asesoramiento de la Facultad y que mantienen colaboración directa con los colegios profesionales de los ámbitos propios de sus programas formativas como el Ilustre Colegio de Abogados de Lérida, Colegio de Economistas de Cataluña..., entre otros. Sin embargo, la Comisión de

Calidad no incluye representantes de los sectores profesionales ni titulados como miembros de la Comisión, y explica que su colaboración puede ser puntual. Se deben incluir estos grupos de interés como miembros y no como asesores puesto que mejoraría el funcionamiento de los procesos de análisis y mejora del SGIC.

(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)

A través del procedimiento PG_01 definir y desarrollar los objetivos de mejora de los Centros, se establece cómo se definen, planifican y evalúan los objetivos de mejora del Centro, en el marco de la Política de Calidad del Centro y de la Universidad de Lleida. Igualmente, a través del procedimiento PG_25, definir y desarrollar la política y los objetivos de la formación, se concreta que *"El Vicerrectorado responsable en materia de docencia elabora una propuesta de política y objetivos de mejora de la formación a partir de los objetivos estratégicos definidos por el Consejo de Dirección (PG 24 Definir y desarrollar la política y los objetivos de mejora de la universidad), del seguimiento del programa de acuerdos de mejora con los Centros (PG 01 Definir y desarrollar los objetivos de mejora de los Centros) y del seguimiento anual de los programas formativos (PG 03 Revisar y mejorar los programas formativos) ".*

El documento denominado Política de Calidad engloba unos compromisos de calidad con ámbitos y ejes estratégicos, que se corresponden con los objetivos de calidad marcados por el Centro y basados en la Planificación estratégica de la Universidad hasta el año 2030. El despliegue de este documento se lleva a cabo a través del plan de mejora del Centro y por tanto, de acciones de mejora identificadas en el análisis del funcionamiento de diferentes procedimientos, como los informes de seguimiento (PG_03), las quejas y sugerencias (PG 32) y el análisis de los indicadores clave de los procedimientos (PG_31).

AM-1.2.1Revisar el documento de Política de Calidad para que realmente incluya la Política de Calidad del Centro y no solamente los objetivos de calidad del Centro.

Es preciso revisar la Política de Calidad del Centro donde se defina la forma de actuar respecto al SGIC, no confundiéndose con los objetivos de calidad, y teniendo en cuenta como indican los ESG que *"las políticas y los procesos son los principales pilares de un sistema institucional de aseguramiento de la calidad coherente que forma un ciclo para la mejora continua y contribuye a la responsabilidad de la institución. Ayuda al desarrollo de una cultura de calidad, en la que todos los grupos de interés internos asumen su responsabilidad en la calidad y se comprometen con el aseguramiento de la calidad en todos los niveles de la institución"*.

AM-1.2.2 Los objetivos de calidad del Centro no reflejan las necesidades reales del Centro ni definen la estrategia del Centro, que debería estar alineada con la Política de Calidad.

Los compromisos de calidad del Centro son escogidos entre los que se marca la institución. De los 10 objetivos que se marca la institución, el Centro debe de escoger cinco, que son los que tiene que cumplir, no pudiendo siempre coincidir con las necesidades reales detectadas por el Centro. Es preciso tener en cuenta la estrategia del Centro, si bien alineada con la estrategia de la institución, pero con objetivos estratégicos del Centro y su correspondiente

seguimiento. Estos objetivos no deben confundirse con las acciones de mejora de las titulaciones.

AM-1.2.3 Definir la planificación para el despliegue de la estrategia del Centro (responsables, acciones, plazos, metas de los objetivos) de forma que no se confunda con el despliegue del plan de mejora del Centro.

Es necesario hacer una planificación del despliegue de los objetivos de calidad para poder analizar su grado de implantación de manera sistemática, y verificar que el seguimiento de estos objetivos puede hacerse según los mecanismos ya definidos, o en caso necesario definir nuevos mecanismos de seguimiento para la toma de decisiones.

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

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

El mapa de procesos es coherente con los procesos implantados, aunque como solamente se recogen los procesos de nivel 1 y 2, es complejo asociarlos a los 32 procedimientos que describen el cómo se llevan a cabo esos procesos.

A través del mapa de procesos se muestra las interrelaciones de los flujos de trabajo más importantes de la organización, se identifica los flujos más importantes en la actividad universitaria y describe qué hace la organización, cuáles son los objetivos que debe cumplir y cuál es el núcleo de su actividad, siempre desde el punto de vista de la visión y misión expresadas en el Plan Estratégico corporativo de la UdL.

El manual de calidad de la UdL recoge el mapa de procesos.

RE-1.3.1 Incorporar el mapa de procesos en el manual de calidad del Centro.

Se recomienda incluir el mapa de procesos en el manual de calidad del Centro y hacerlo público, así como 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 Sistema fue diseñado siguiendo las directrices del Programa Audit y la gestión por procesos, por lo que da respuesta a las dimensiones del mismo y además, se encuentra implantado.

El manual de calidad de la UdL (página 26), incluye una tabla de correspondencia entre las directrices AUDIT y los procedimientos del SGIC que se considera adecuada.

(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 acceso a la documentación del SGIC, toda la documentación relacionada con la actividad de estos procedimientos se gestiona a través de un espacio en el campus virtual de la UdL: el Portfoli del Centre. El Portafolio del Centro es un repositorio documental donde se centraliza, guarda y consulta toda la documentación de los procedimientos. Si bien se almacenan en este repositorio las evidencias que genera el sistema, no se almacenan los procedimientos, a los que hay que acceder a través de la página web de la Universidad, en el apartado de la Unidad de Calidad. El acceso a la información en este repositorio es rápido, pero la estructura puede generar confusión.

Si bien existe un repositorio donde se almacena documentación del sistema, no existe ningún procedimiento que regule cómo se gestiona y publica la documentación y la información del SGIC. Al no existir un procedimiento de gestión de la documentación, no queda claro en quién recae la responsabilidad de la actualización, almacenamiento y revisión de la documentación que asegure que está actualizada.

AM-1.5.1Establecer una sistemática para asegurar la revisión, actualización y gestión de la documentación, así como definir responsabilidades sobre la custodia y actualización de la información del portfoli y la codificación de la documentación del SGIC.

Las fichas de procedimiento del SGIC incluyen un apartado de Registros/Archivo, que incluye dos columnas, nombre de documento y responsable/depositario pero no se contemplan las responsabilidades sobre la custodia y actualización de la información del portfolio, aspecto que se considera oportuno.

Por otro lado, no está formalmente establecido cómo se codifican los documentos que genera el Sistema. Las evidencias presentadas no se encuentran codificadas según los procedimientos de los que derivan, por lo que puede complicarse su gestión en sucesivas implantaciones del SGIC. Por ejemplo, el informe anual de gestión del SGIC del Centro no se asocia a ningún procedimiento. Es preciso considerar esta cuestión para evitar problemas en el acceso y seguimiento de la información del Sistema y garantizar la trazabilidad entre los procedimientos y sus documentos asociados.

(1.6) Sistema de gestión de la información.

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

En el manual de calidad se indica que a través del PG31 “Revisar y mejorar el SGIC”, se realiza el seguimiento anual de los procedimientos incluidos en el sistema de calidad a partir de un conjunto de indicadores clave. El resultado de este procedimiento es un análisis de los resultados conseguidos en un período determinado.

La Facultad dispone del Portal DATA, que es la plataforma a través de la cual los responsables académicos y de gestión de la UdL pueden acceder a los resultados y obtener

distintos tipos de informes para la toma de decisiones y para la rendición de cuentas de su gestión. No toda la información sobre el funcionamiento del Sistema está disponible a través del DATA, hay cierta información que aún se genera en Excel, pero que es igualmente puesta a disposición de los responsables del Centro para su análisis.

Los resultados de los indicadores de los procedimientos se ponen a disposición de los responsables de realizar el seguimiento en los correspondientes Cuadros de Mando del Sistema de Garantía Internade la Calidad. Anualmente, en las sesiones de seguimiento anual del SGIC en el Centro se pueden detectar mejoras en todos los elementos que componen el sistema general y que se elevan a la Comisión de Estrategia y Calidad de la UdL

Se presenta como evidencia "indicadors SGIQ FDET_Valoracio". En este Excel no aparecen los resultados de cada uno de los indicadores definidos, ni el valor de referencia. Aparece la valoración de cada uno de ellos a nivel de Centro, y en algún caso se relaciona con la acción de mejora correspondiente. Por ejemplo, en el indicador tasa de graduación en el tiempo previsto y tasa de abandono en el primer año, se dice: "Los datos no son buenos en los grados (están por debajo de media UdL) y son buenos en los másteres. En el caso de los grados de ADE y Derecho ha habido un aumento del absentismo en las aulas durante la pandemia. Acc: 21_SGIQ_AC02". Si bien se contempla de forma general los resultados obtenidos no se han encontrado evidencias de dónde se analizan los datos que den origen a esa conclusión a la que se llega. Durante la visita se comprobó que es en la Comisión de Calidad donde se analizan estos datos, y anteriormente en la Comisión Académica de Grado y de Máster.

AM-1.6.1 No se aporta información sobre los resultados de los indicadores en el análisis y seguimiento de las acciones de mejora del el documento "indicadors SGIQ FDET_Valoracio" ni se han establecido valores de referencia para cada indicador que permitan un análisis objetivo de la información recopilada.

El Centro cuenta con un Excel en el que se identifican los indicadores sobre los que se basa el seguimiento "indicadors SGIQ FDET_Valoracio". Sin embargo, en este documento no se contemplan los resultados obtenidos en los indicadores que permitan valorar el cumplimiento o no de los objetivos planteados, ni los valores de referencia.

La información para el análisis del cumplimiento de los objetivos establecidos debe quedar reflejada en el documento de análisis del sistema, así como los valores de referencia, de forma que se pueda identificar claramente en qué grado se cumple con lo establecido basado en las metas que se han propuesto.

RE-1.6.1 Se recomienda revisar los indicadores del SGIQ para asegurar que aportan valor para la mejora continua del centro..

Durante la visita al Centro se detectó que existen una serie de indicadores definidos y que el Centro no considera útiles por no aportar información relevante para la toma de decisiones. Es recomendable revisar este aspecto y valorar si es interesante definir indicadores que aporten valor al Centro al margen de los establecidos para toda la Universidad, dadas las características concretas del Centro.

(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)

Tal y como se recoge en el PG_31 sobre revisión y mejora del SGIC, anualmente se revisan los procedimientos analizando los indicadores asociados a ellos y se proponen acciones de mejora en caso de considerarse necesario.

Las Comisiones de Calidad del Centro y la Comisión de Estrategia y Calidad de la UdL, aprueban y realizan el seguimiento y valoración del cumplimiento de las mejoras del SGIC. Por su parte, las Comisiones de Calidad del Centro realizan el Informe de seguimiento de titulaciones oficiales de grado y máster.

Entre las evidencias aportadas, se encuentran los informes de seguimiento del SGIC donde se incluyen planes de mejora del Centro estructurados en relación a los ejes del plan estratégico y sus líneas estratégicas, y en cada una de ellas los compromisos de calidad del Centro. Si bien se incluye información sobre la definición de indicadores, responsables y plazos, sería deseable establecer valores meta que indiquen cuándo se considera conseguido el objetivo tal y como se ha indicado en el apartado anterior (AM-1.6.1).

En los indicadores del curso 20-21, algunas de las pestañas donde se muestra la información están vacías, como es el caso del PG_06-04C nota de acceso, o el PG06-05C vías de acceso. Igualmente, en el seguimiento del curso 20-21, último finalizado a la fecha de la visita al Centro, se plantea un informe de revisión por cada una de las dimensiones del SGIC. La información que se recoge en cada una de ellas no siempre es completa porque no aparece el análisis real de los indicadores. Por ejemplo, en la revisión del SGIC no se concreta qué indicadores se analizan, se trata de un informe muy escueto. Por otro lado, por ejemplo, en el informe sobre recursos materiales y servicios se indica que se analizan las acciones incluidas en el Presupuesto por Programas de la UdL 2021 y las acciones surgidas del seguimiento de las titulaciones del Centro 2019/20, pero no se aporta ningún tipo de información sobre ello.

AM-1.7.1 Separar el plan de mejora relacionado con los objetivos de calidad del Centro de las acciones de mejora de las titulaciones.

Los compromisos de calidad que se plantea el Centro no tienen un plan de acciones a medida para comprobar cuándo se van cumpliendo, ni responsables de su implantación. Se debe establecer una planificación de los objetivos estratégicos del Centro para poder realizar un correcto seguimiento, y no dejarlo asociado a las mejoras de las titulaciones.

AM-1.7.2 Revisar el informe de revisión del SGIC para que incluya el seguimiento de los objetivos estratégicos, el análisis de los resultados de todos los indicadores de los procedimientos, el plan de mejora del Centro y sus titulaciones, así como el análisis del estado de las acciones de mejora de años anteriores.

Se aporta información general de la revisión de los procedimientos, no incluyendo siempre los resultados que llevan a las conclusiones alcanzadas. Se estima conveniente incluir más información sobre los datos analizados en la revisión de los procedimientos de forma que se permita identificar claramente el sentido de las acciones de mejora planteadas.

Además, se estima conveniente realizar un solo informe de revisión del SGIC que englobe el seguimiento de los objetivos estratégicos, análisis de los indicadores de todos los procedimientos, revisión de los planes de mejora de años anteriores y definición del nuevo plan de mejora del Centro.

AM- 1.7.3 Establecer cómo se lleva a cabo la revisión del SIGC del Centro por la Comisión de Calidad, su periodicidad y aspectos que se revisan.

La Comisión de Calidad del Centro, de reciente creación, tiene entre sus funciones aprobar el diseño y revisión del SIGC del Centro. En este apartado, no está descrito cómo se lleva a cabo este seguimiento, ni tampoco su periodicidad, ni los aspectos que se analizan en esta revisión.

AM- 1.7.4. Poner en marcha los mecanismos necesarios para la gestión adecuada de las acciones de mejora, desde su definición hasta su cierre y valoración de su eficacia.

Es necesario que esté definido el ciclo de vida de una acción de mejora desde que se define, dónde y quien hace su seguimiento y cuando se cierra la acción y valorar si ha sido eficaz, es decir, si ha cumplido el objetivo para el que ha sido definida. Esto garantizará la trazabilidad de las acciones de mejora.

RE-1.7.1 Codificar solamente aquellas acciones que se vayan a incluir en el plan de mejoras.

Se identifican algunas desviaciones en los informes de seguimiento que posteriormente no se incluyen en el plan de mejoras, pero que, sin embargo, si se codifican. En el informe de seguimiento del curso 20-21, por ejemplo, sucede esto en relación con el Máster de abogacía cuando se establece la necesidad de hablar con los profesores acerca de las valoraciones más bajas. Además, al año siguiente, se da de nuevo este problema, y se le asigna otro código diferente, dejando de esta forma acciones que no se incluyen en el plan de mejoras con una codificación diferente cada año.

RE-1.7.2. Establecer acciones para fomentar la participación de los grupos de interés en el desarrollo del SGIC.

Si bien se contempla la participación de los grupos e interés en el desarrollo del SGIC, como puede ser en las encuestas de satisfacción, o reuniones de las comisiones, su participación no siempre es la deseable. Se recomienda establecer los mecanismos necesarios para fomentar la participación tanto en la asistencia a las reuniones de las comisiones como en la participación de las encuestas u otras iniciativas que se puedan desarrollar.

RE- 1.7.3. Establecer los mecanismos necesarios para que todas las oportunidades de mejora detectadas sean incluidas al Plan de mejora del Centro.

No existen mecanismos para incluir todas las oportunidades de mejora que puedan identificarse en reuniones, foros, encuentros y en los diferentes espacios de reflexión del Centro, por lo que no se incorporan de manera sistemática al Plan de mejora del Centro. Esto solamente se contempla para las derivadas de los informes de seguimiento, del análisis de los indicadores y del procedimiento de quejas y sugerencias. Se estima conveniente revisar este aspecto.

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):

- PG02. Diseñar programas formativos
- PG.03. Revisar y mejorar los programas formativos
- PG.26. Acreditar las titulaciones oficiales
- PG.04. Extinguir un título

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

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

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

El Sistema tiene definidos procedimientos relaciones con el diseño, revisión y mejora de los programas formativos, concretamente el PG_02 Diseñar programas formativos, PG_03 revisar y mejorar los programas formativos, PG_04 extinguir un título y PG_26 acreditar titulaciones oficiales. En estos procedimientos se recogen los responsables de cada uno de los hitos que contemplan los procedimientos.

Es destacable que, si bien el PG02 indica que el objetivo del procedimiento es establecer las pautas a aplicar en el diseño de los nuevos títulos de grado, máster y doctorado, adaptados al EEES y el seguimiento y revisión posterior de sus resultados, el procedimiento no recoge nada relativo a esto último.

Tal y como se contempla en el PG_31 Revisión y mejora del SGIC, y el manual de calidad, la revisión del Sistema incluye la revisión de los procedimientos, que se realiza con carácter anual. Dicha revisión, se realiza en base a los indicadores asociados a cada procedimiento en el cuadro de indicadores.

En general, los procedimientos del Sistema definidos por la UdL no recogen información sobre los responsables de su revisión, en el PG031 se indica que es la Comisión de Calidad del Centro quien tiene la responsabilidad de aprobar el diseño y la revisión del SGIC del Centro, y que en las sesiones anuales de revisión del Sistema, el Centro detecta mejoras que eleva a la Comisión de Estrategia y Calidad. Durante la visita al Centro, se identificó que es

la Responsable de calidad de la UdL, junto con la Vicerrectora de docencia y calidad quien realiza reuniones con los vicerrectores responsables de cada uno de los procedimientos para su análisis y propuestas de mejora, donde se analizan las mejoras propuestas por la Comisión de Calidad del Centro. Estas fases intermedias de revisión de los procedimientos y sus responsables, si bien se llevan a cabo, no quedan claramente establecidos ni en el PG31, ni en los procedimientos que forman parte del Sistema de la UdL.

RE-2.1.1 Revisar el objetivo del PG02 para que sea fiel a lo que recoge el procedimiento.

En el procedimiento PG02 se indica que el objetivo de dicho procedimiento es establecer las pautas a aplicar en el diseño de los nuevos títulos de grado, máster y doctorado, adaptados al EEES y el seguimiento y revisión posterior de sus resultados. Sin embargo, sobre el seguimiento y la revisión posterior de los resultados no se incluye ninguna fase en el procedimiento. Se recomienda revisar este aspecto.

(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.

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

Las acciones vinculadas con el diseño, seguimiento y acreditación de programas formativos garantizan la adecuación del desarrollo de los programas. En el diseño de las titulaciones, es el equipo de dirección de la Universidad quien lidera el proceso de elaboración de la nueva oferta formativa de la UdL, en el marco de referencia de la Estrategia Docente y de Formación de la UdL. Por su parte, el seguimiento que se realiza con carácter anual es liderado por el coordinador de la titulación, que realiza un análisis de los resultados de las titulaciones, información que pone a su disposición la unidad de calidad a través del Portfoli del Centro. Además, el seguimiento incluye la revisión y el análisis de la información relativa a otros procedimientos que inciden en el programa formativo como: movilidad, prácticas externas, orientación profesional, acogida, acción tutorial, selección, admisión y matrícula, metodologías de enseñanza y evaluación, recursos humanos, recursos materiales y servicios, quejas y sugerencias del estudiantado.

Igualmente, se incluye información para los coordinadores que lideran el seguimiento de los títulos. Se han podido encontrar evidencias de ello en el Portfoli del Centro, así como de otras fases del procedimiento, como son las actas de la Comisión de Calidad donde se valoran las propuestas de mejora, o las actas de la Comisión de Ordenación Académica de la Universidad donde se valoran y aprueban los seguimientos.

Para llevar a cabo del proceso de renovación de la acreditación, el Centro nombra un Comité de Evaluación Interno (CAI) que es el encargado de elaborar el autoinforme, y en el que están representados todos los grupos de interés. El informe es aprobado por la Comisión de Ordenación Académica.

Entre las evidencias aportadas se ha podido comprobar que los informes de evaluación externa de renovación de acreditación han sido satisfactorios, si bien, no se ha tenido acceso a los autoinformes de evaluación que elabora el CAI.

RE-2.2.1 Revisar los registros contemplados en el procedimiento PG-03.

Entre los registros de este procedimiento de seguimiento se incluye el Portfoli del Centro, lo que no se considera adecuado puesto que se trata del gestor donde se recoge toda la información del sistema. Sin embargo, los informes de evaluación externa, por ejemplo, no forman parte de los registros de este procedimiento. Se recomienda revisar los registros asociados al procedimiento PG-03.

(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)

Se recoge información de los programas formativos para analizar su desarrollo. Existen indicadores que demuestran que se recopilan datos sobre los programas que son analizados en los informes de seguimiento de la titulación.

La UdL, a través de la Unidad de Calidad y Planificación Docente, facilita a la coordinación los resultados anuales de las titulaciones. A través del campus virtual se pone a disposición del coordinador/a el Portafolio del Centro, espacio en el que se aloja la documentación que genera el programa de la titulación, el desarrollo y los resultados.

También en el campus virtual, la coordinación del título puede acceder al Portal DATA (https://dtwh.udl.cat/biudl/Login), plataforma a través de la cual se pone a disposición de los responsables académicos toda la información de los resultados de las titulaciones.

A través de la página web, se puede acceder a los "indicadores académicos" por titulación (ocupación de plazas, tasa de rendimiento, graduación y abandono…), plantillas de encuestas y los resultados de las diferentes encuestas. Los resultados aparecen a nivel de a nivel de Universidad, no se han encontrado evidencias de los resultados de satisfacción por Centro y por título, excepto lo relativo a docencia.

En la página web se dice que *"El Sistema Interno de Calidad tiene establecidos una serie de mecanismos para recoger el grado de satisfacción de los distintos colectivos que participan en la docencia impartida en la Universidad de Lleida".* Este grado de satisfacción se mide a partir de los resultados de las encuestas y de los comentarios y observaciones registrados. Los cuestionarios que se utilizan se han diseñado con la participación de los distintos grupos implicados (estudiantado, profesorado y PAS) y han sido aprobados por las comisiones responsables en materia de calidad. No se han encontrado evidencias de la existencia de un procedimiento de satisfacción de los grupos de interés.

Por otro lado, la Facultad dispone del PG 10-Gestionar quejas y sugerencias (universidad y del PG 32-Gestionar quejas y sugerencias (Centros). En el documento explicativo, la Facultad indica que *"es necesario hacer dos consideraciones. Por un lado, la inclusión del procedimiento PG32 después de la certificación de los elementos transversales, como instrumento para desplegar en los Centros un sistema de recogida y tratamiento de las quejas y sugerencias de los estudiantes que proporcionará más elementos directos para la mejora de la docencia. Por tanto, consideramos que el procedimiento a evaluar en los Centros debería ser el PG32 y no el PG10 que es un mecanismo general de la universidad con el que no se obtiene tanta información por Centro".*

El objeto del procedimiento PG32, es asegurar un canal de comunicación con el estudiantado del Centro para recoger cualquier tipo de queja y/o sugerencia, y darle respuesta, así como identificar cuáles son las oportunidades de mejora para satisfacer sus expectativas. Este procedimiento tiene sólo definido el indicador: PG32-01 Número de reuniones con estudiantado de la titulación. La primera actividad de este procedimiento es "1. Realizar la actividad docente", por lo que se considera que todas las sugerencias y recomendaciones vienen de la parte de docencia. El objeto del procedimiento PG-10 es asegurar que el estudiantado y la sociedad en general pueden comunicar fácilmente cualquier tipo de insatisfacción y/o sugerencia, que se les da respuesta, y se identifican cuáles son las áreas de mejora para tal de satisfacer sus expectativas. Este procedimiento tiene sólo definido el indicador: PG10-02C Tiempo promedio de respuesta a las quejas y sugerencias gestionadas a través del tramitador de la UdL.

Durante la visita al Centro los responsables indicaron que el procedimiento que aplican es el PG-32 y que las reuniones mantenidas con los delegados de estudiantes (una hasta elmomento de la visita) habían sido satisfactorias. La misma impresión mostraron los estudiantes entrevistados que habían asistido a estas reuniones.

AM-2.3.1 Recopilar y publicar información sobre el grado de satisfacción de todos los agentes implicados en las titulaciones.

Se recoge información sobre el grado de satisfacción de los estudiantes con la docencia y con el profesorado, pero no se han encontrado evidencias de datos sobre la satisfacción de PAS, egresados y empleadores. Se debe de garantizar la recogida de información de estos colectivos y el análisis para la toma de decisiones. Igualmente, se debe asegurar la publicación del grado de satisfacción de estos colectivos.

RE-2.3.1 Establecer un procedimiento sobre la recogida de información del grado de satisfacción de los grupos de interés.

No existe un procedimiento que recoja cómo, cuándo y quién realiza la recogida de información sobre el grado de satisfacción de todos los grupos e interés, el análisis de esa información y cómo se lleva a cabo la rendición de cuentas. Se recomienda sistematizar cómo se lleva a cabo.

(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)

Conforme al procedimiento PG_03 revisar y mejorar los programas formativos, los programas son analizados anualmente.

El coordinador de la titulación es el responsable de la elaboración del informe de seguimiento como se ha indicado anteriormente. Este informe de seguimiento incluye un plan de mejora que debe seguirse y que incluye las acciones de mejora que dan respuesta a posibles las desviaciones detectadas en el análisis de los programas. Para realizar el

seguimiento, se analizan los indicadores e información aportada principalmente por la Unidad de Calidad de la UdL.

El Comité considera que el proceso de seguimiento está consolidado en el Centro, su sistematización se evidencia en la publicación de los informes de seguimiento del Centro (ISC) desde el curso 2014-2015 al curso 2020-21.

Los ISC se realizan anualmente, pero no todos los años se analizan todos los títulos. Hasta el 2016/2017 se incluían todos los títulos que se impartían en el Centro, pero en los ISC de 2017/2018 y de 2018/2019 solo se analizaron los grados, en cambio en los ISC de 2019/2020 y 2020/2021 se analizaron grados y másteres y en el ISC del 2021/2022 solo los Másteres.

No se han encontrado evidencias de los planes de acción de mejora de los títulos que se presentaron en la primera evaluación llevada a cabo.

AM-2.4.1 No se cumple con lo establecido en el procedimiento PG-03 Revisar y mejorar los programas formativos.

El procedimiento PG-03 indica que se realiza un seguimiento anual de las titulaciones, sin embargo, las evidencias demuestran que no todos los títulos se analizan cada año. Es preciso que la información que aparece en el procedimiento se ajuste a la realidad, y en todo caso que las titulaciones, independientemente de que sean o no objeto de evaluación por AQU Cataluña, se revisen periódicamente para poder detectar posibles desviaciones y establecer acciones de mejora en su caso.

Por otro lado, en dicho procedimiento se incluye una fase, la 8, de "Desarrollo del plan de mejora del Centro", pero el procedimiento se refiere al seguimiento de las titulaciones. Se debe revisar este aspecto (Ver *RE 1.7.3*).

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 procedimientos relacionados con los sistemas de apoyo al aprendizaje y orientación de los estudiantes:

- PG.06. Captar futuro estudiantado
- PG.05. Seleccionar, admitir y matricular al estudiante
- PG.22. Programar el plan docente anual
- PG.28. Acoger y orientar al estudiantado
- PG.30 Planificar y desarrollar metodologías de enseñanza
- PG.07. Establecer la política y los objetivos de la movilidad
- PG.08. Gestionar el estudiantado de movilidad saliente
- PG.09. Gestionar el estudiantado de movilidad entrante
- PG.29. Gestionar las prácticas académicas externas

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

El funcionamiento de los procesos de enseñanza-aprendizaje y los relacionados con el apoyo a los estudiantes, queda definido en los procedimientos PG_05 Selección, admisión y matriculación; PG_06 Captación de estudiantes; PG_22 Programación del plan docente anual; PG_28 Acoger y orientar a los estudiantes; PG_29 Gestionar las prácticas externas; PG_30 Gestionar y desarrollar metodologías docentes.
En cada uno de ellos se establecen las responsabilidades de cada una de las tareas que implica el procedimiento, aunque no queda claramente establecida en quién recae la responsabilidad de revisión del procedimiento. No obstante, en el procedimiento de revisión y mejora del SGIC PG_31, se establece que Comisión Estratégica y de Calidad de la

Universidad es la responsable de aprobar los cambios y la revisión del diseño del SGIC de la UdL y, por su parte, la Dirección del Centro, lidera las actuaciones del Centro para el desarrollo del SGIC en el diseño, análisis de resultados y propuestas de mejora, y es la Comisión de Calidad del Centro quien aprueba la revisión del SGIC.

Por todo ello se estima que la cadena de responsabilidades está correctamente definida.

(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.

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

El Sistema recoge procedimientos para garantizar la adecuación del desarrollo de los programas formativos. Se realiza a través de los procedimientos indicados en el apartado anterior. Con la aplicación de estos procedimientos, se asegura que la información al estudiante es adecuada a través de las guías docentes, que las metodologías empleadas son acordes a los resultados de aprendizaje previstos, que el plan docente anual permite desarrollar el programa de forma adecuada y que el acceso y admisión cumple con los requisitos previamente establecidos.

En relación con la movilidad, son procedimientos que se gestionan a nivel institucional y que ya recibieron una evaluación positiva en el análisis de los procedimientos transversales de Sistema. Se constata que el Plan Operativo de Internacionalización no se ha actualizado desde el año 2016.Durante la visita se informa que está en proceso de revisión.

En lo relativo al desarrollo del TFM/TFG, se ha podido evidenciar la existencia de un tutorial para el desarrollo del TFG, al igual que un reglamento de TFM.

En cuanto a la captación, existe un Plan Estratégico de Captación y Fidelización de estudiantes 2016 2019 que regula todo el conjunto de acciones a desarrollar previo a la incorporación del alumnado. Estas acciones tienen continuidad en el denominado Plan Integral de Tutorías, que también se establece a nivel Vicerrectorado, si bien se despliega a nivel de Centros.

En lo referente a las prácticas, existe una gestión de prácticas bien estructurada coordinada por la Oficina de Gestión de prácticas/Negociado de prácticas a través de convenios únicos empresas/Universidad y con una sistemática bien definida.

El resto de las acciones vinculadas con la enseñanza- aprendizaje se gestionan desde los Centros. Cabe reseñar que, a nivel de información pública, se da a conocer información suficiente en los diferentes ámbitos abordados.

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

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

A través del PG_28, se establecen las pautas de las acciones relativas a la acogida y la orientación del estudiantado. Las diferentes acciones que se llevan a cabo son informativas,

formativas y de orientación. Se contempla el apoyo y orientación tanto profesional como académica. Se garantiza la adecuación del desarrollo de los programas formativos a través de la información aportada por los indicadores: PG28-01, PG28-02, PG28-04C. Esta información es actualizada cada curso en el mes de octubre.

En el marco del Programa del Plan de acción tutorial, el director del Centro, el coordinador del PAT y los coordinadores de los programas formativos planifican las acciones a poner en marcha.

Estas acciones pueden ser de acogida, formativas o informativas; de orientación más personalizada facilitándoles la integración (programa UdLxTothom). Igualmente cuentan con un programa de mentorías donde estudiantes de cursos superiores ayudan a compañeros de cursos inferiores a resolver problemas que se le puedan dar a lo largo del curso; y finalmente, actividades dentro del programa de orientación e inserción laboral para apoyar a los estudiantes en la búsqueda y mejora de empleo.

(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)

En relación con la captación de nuevos alumnos, se realiza una memoria anual de actividad propia del Vicerrectorado de Estudiantes, que sirve como balance de gestión y propuesta de mejora de diferentes acciones, entre las que se cuentan las de captación. Las informaciones más relevantes de dicha memoria se hacen públicas a través de la memoria anual de la UdL.

Respecto a la movilidad, existe una recogida de datos y estadísticas incluidos en la memoria académica de la UdL, la mayoría de obtención automática.

En lo referente a las prácticas, existe una gestión de prácticas bien estructurada con estadísticas de actividad recogidas en la plataforma DATA.

AM-3.4.1 Obtener información acerca de la satisfacción con la movilidad de los estudiantes a nivel de programa de movilidad y título

La encuesta de satisfacción que se emplea actualmente es la encuesta de estudiantes Erasmus, con la problemática de que el informe de resultados que se proporciona a la UdL no realiza ningún tipo de segmentación por tipología de movilidad, Centro o titulación, con lo que desaparece la posibilidad de identificar o adoptar planes de mejora focalizados.

Se deben obtener resultados más detallados, a través de una encuesta propia de satisfacción con la movilidad.

AM-3.4.2 Mejorar la información sobre el grado de eficacia y eficiencia de las actividades que se realizan en relación con la movilidad y las prácticas externas.

El CEE-SGIC considera que más allá de los datos y de cara a conocer el grado de eficacia y eficiencia de las actividades, puede ser clave identificar y monitorizar un cuadro de indicadores de gestión donde se puedan analizar de manera integrada indicadores de eficacia y eficiencia a nivel, no sólo de titulación sino de Centro y a nivel UdL. Estableciendo objetivos por Centro y por universidad. Así se podrían incluir indicadores como: Grado de satisfacción medio de los alumnos de las prácticas, valoración media de los tutores de empresa, Grado de cumplimiento de los objetivos UdL de movilidad, disponibilidad de las

convocatorias en tiempo y forma, % de alumnos con movilidad o prácticas sobre total de solicitudes.

(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)

A través del seguimiento de los títulos se garantiza la revisión de los procesos de enseñanza y aprendizaje. Aunque no queda claramente establecida en quién recae la responsabilidad de revisión de los procedimientos relacionados con el proceso de enseñanza aprendizaje. En el procedimiento de revisión y mejora del SGIC PG_31, como ya se ha mencionado anteriormente, se establece que la Comisión Estratégica y de Calidad de la Universidad es la responsable de aprobar los cambios y la revisión del diseño del SGIC de la UdL y por su parte, la Dirección del Centro, lidera las actuaciones del Centro para el desarrollo del SGIC en el diseño, análisis de resultado y propuestas de mejora.

Si bien se ha indicado en la visita que es a través de la responsable de calidad de la UdL que se hacen llegar propuestas de mejora de los procedimientos anualmente, en el procedimiento no está claramente identificada esta fase (*AM-1.1.1)*

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 cinco procesos relacionados con la gestión del personal académico:

- PG 11. Definir la política de personal académico
- PG 13. Identificar necesidades y seleccionar personal académico
- PG 15. Elaborar y ejecutar el plan de formación del personal académico
- PG 17. Evaluar la actividad docente, promocionar y reconocer el personal académico
- PG 19. Evaluar la actividad de gestión del personal académico

La gestión del personal de administración y servicios se describe en:

- PG 12. Definir la política de personal de administración y servicios
- PG 14. Seleccionar personal de administración y servicios
- PG 16. Elaborar y ejecutar el plan de formación del personal de administración y servicios
- PG 20. Promocionar, incentivar y mejorar el personal de administración y servicios

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)

En los procedimientos relacionados con la gestión del personal académico PG 11, PG13, PG15, PG17 y PG 19, y con la del personal de administración y servicios PG12, PG14, PG16 y PG20, se definen las responsabilidades que corresponden para garantizar su adecuado funcionamiento.

Durante la vista de los procesos trasversales se evidenció, por un lado, que el Vicerrectorado de Profesorado define las prioridades estratégicas, teniendo en cuenta la Política de personal académico. Por otro lado, las necesidades a nivel de personal docente se plantean a dicho Vicerrectorado desde los departamentos y la Comisión de Ordenación Académica avaladas por el Centro. En función del déficit detectado y las prioridades, se asignan los docentes.

Se valora positivamente que los departamentos están integrados en las comisiones de estudios de los Centros, algo que facilita la interrelación y coordinación entre departamentos y Centros.

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

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

La política de personal académico, centralizada desde el Vicerrectorado de Profesorado, se regula a través del correspondiente documento (Política de Personal Académico 2012-2020). Este documento incluye los criterios de incorporación, estabilización y promoción. Se revisa de manera anual y se encuentra publicada en la página web. Esta Política incluye además el Plan de dedicación académica del profesorado.

Cada año, en función de las bajas del año anterior, se determinan cuántas plazas se pueden asignar a cada departamento, priorizándose éstas en función del déficit docente de dicho departamento (créditos que imparte frente a la capacidad docente del profesorado permanente del departamento) con el fin de garantizar el desarrollo de los programas formativos. En cuanto a la estabilización del profesorado lector, existe una dinámica estructurada de contratación y seguimiento.

Con relación a la promoción, en función del presupuesto disponible, se realiza una lista priorizada de profesores en base a informes de Centro y departamento, y siempre ligada a los resultados de acreditación del personal.

En lo referente al personal de soporte y servicios, los circuitos de contratación están claros y bien definidos en los procedimientos.

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

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

Los procesos relacionados con la formación y la evaluación del personal académico se recogen en los procedimientos PG 15. Elaborar y ejecutar el plan de formación del personal académico; PG 16. Elaborar y ejecutar el plan de formación del personal de administración y servicios; PG 17. Evaluar la actividad docente, promocionar y reconocer el personal académico y PG 19. Evaluar la actividad de gestión del personal académico.

Con relación a la formación del profesorado, esta depende del Vicerrectorado de Personal Académico. Se define un plan de formación a partir de necesidades de Centros y de la sistemática de evaluación del profesorado realizada en la Comisión de Evaluación de la Universidad (CAU).

La evaluación de los docentes tal y como define el Plan tiene en cuenta las encuestas alumnos, que son revisadas anualmente por los Centros, la evaluación de los quinquenios y la evaluación de los sexenios. Esta información se recoge en una base de datos interna.

Tras el análisis de los resultados de años anteriores, está previsto en el nuevo manual de evaluación docente incrementar el nivel de exigencia para la mención de excelencia, que irá vinculada a un complemento económico.

La evaluación del profesor asociado se realiza en base a un informe del Centro, este informe es vinculante con la renovación del contrato.

En relación con la formación del PAS, la dinámica del proceso recoge las necesidades genéricas (por ejemplo, plan igualdad, prevención) y las propuestas realizadas por los responsables y departamentos. Se realiza un seguimiento de la formación y sus asistentes y la elaboración de una memoria que recoge el desarrollo del plan anual.

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

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

La Universidad recoge a nivel de titulación los indicadores asociados a los procesos del marco VMSA, como porcentaje de personal académico docente por categoría, porcentaje de docencia en función de la tipología de personal académico, etc.

Todos estos indicadores se recogen en la Plataforma DATA.

Durante la visita realizada en abril 2019, la Universidad presentó un cuadro con los indicadores por docente, pero no agregados. Posteriormente la Universidad, presenta un documento en el que se aportan los diferentes indicadores agrupados por departamento, estudio y Centro. Así como diferentes informes donde los indicadores se agrupan en función del Vicerrectorado responsable de su gestión.

En el nuevo cuadro general de indicadores se han definido indicadores para todos los procedimientos tanto los relacionados con el personal docente como para el personal de servicios, los indicadores se presentan de manera conjunta para todos los Centros, y el global de universidad.

El hecho de poder comparar indicadores relativos al personal docente con el dato agregado, tanto a nivel de Centro o a nivel de titulación, permitirá mejorar la toma de decisiones y la identificación de áreas de mejora.

RE-4.4.1 Elaborar un documento que facilite el seguimiento de la Política Académica

En la Política Académica se describen 12 objetivos, pero no se presenta un cuadro o plan donde observar el grado de seguimiento de dichos objetivos ola cuantificación con indicadores de los diferentes objetivos. Si bien cada año se publica una memoria que recoge las actuaciones principales (número de cursos y asistentes), sería recomendable contar con un documento que facilite el seguimiento de los objetivos planteados.

RE-4.4.2 Generar indicadores que permitan comprobar la eficacia y eficiencia de la formación del profesorado.

En relación a la formación, más allá de las encuestas a la finalización de los cursos o datos estadísticos al respecto, no se dispone de un cuadro de indicadores sobre formación como

tal que refleje indicadores de eficacia y eficiencia y que permita tener una visión integral de la formación y de las potenciales necesidades requeridas por los grupos de interés implicados (Ejemplo: Metodologías activas de aprendizaje-enseñanza, gestión de la tecnología en dicho proceso –dentro y fuera del aula, etc.). No hay indicadores que relacionen formación y personas, por tipo o por Centro.

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

El plan de mejora de la UdL está estructurado en tres apartados: mejoras estratégicas de la UdL, mejoras transversales por Centro y mejoras por título. En este apartado el CEE-SGIC se focaliza en la evaluación del plan de mejora estratégico de la UdL

A nivel transversal el Presupuesto por programa incluye diferentes ejes estratégicos ligados a la mejorara del personal docente a través de las actividades de investigación y trasferencia de conocimiento. Este Presupuesto por programas tiene un seguimiento anual.

La Universidad dispone de evidencias suficientes sobre gestión de la información y plataformas asociadas -no solamente en DATA- relativa a la gestión, la formación y la evaluación del personal académico, y se observan acciones concretas del seguimiento anual de las actividades de formación, evaluación y promoción.

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:

- PG.21. Gestionar la prestación de los servicios
- PG.27. Gestionar los recursos materiales destinados a la docencia

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)

A través de los procedimientos PG_27 gestión de recursos materiales para la docencia y PG_21 gestión de los servicios, se establecen las responsabilidades para garantizar un funcionamiento adecuado de los procesos relacionados con los recursos materiales y servicios.

En el caso de los recursos materiales, la responsabilidad última recae en el Vicerrectorado con competencias en infraestructuras, y en la Dirección del Centro la planificación y priorización de las necesidades en materia de recursos del Centro.

En cuanto a la gestión de los servicios, es el equipo de dirección del Centro el responsable de la toma de decisiones en el Centro y del seguimiento de la actividad de los servicios en el Centro.

Se considera que la cadena de responsabilidades es adecuada.

(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)

La gestión de los recursos materiales para la docencia se realiza siguiendo el procedimiento PG_27 gestionar los recursos materiales destinados a la docencia, por su parte la gestión de

los servicios se realiza según lo establecido en el procedimiento PG_21 gestionar la prestación de los servicios.

Además, el Centro ha definido una serie de protocolos a aplicar para la gestión de compras, para la actuación en caso de avería en el aula docente, y a nivel de Universidad para la gestión de incidencias en el campus docente de la UdL. Igualmente, entre las evidencias se encuentran datos sobre los horarios de las bibliotecas, así como indicadores de uso de los servicios de la biblioteca y fondos bibliográficos.

Si bien no se han aportado evidencias en el gestor documental que permitan demostrar que los procedimientos se llevan a cabo conforme están descritos, durante la visita se ha podido comprobar que si se desarrollan siguiendo los procedimientos.

Cada uno de los servicios de la UdL dispone de un documento formalizado denominado "Compromiso de servicio", esta ficha incluye una descripción del servicio, como se puede realizar su uso y los compromisos que adquiere la UdL para cada servicio, también se incluye un último apartado sobre quejas y sugerencias, desde donde se recoge cualquier aspecto de queja o de mejora que el alumnado u otro colectivo externo desee transmitir.

Actualmente están disponibles 84 compromisos de servicio diferentes publicados en la página web de la UdL, si bien es difícil su acceso.

Por otro lado, la información sobre la satisfacción del PDI y PAS con los servicios e infraestructuras llega a través del administrador del Campus, que es un delegado del gerente en el campus. Esta información no se recoge ni se trata siguiendo una sistemática. No se han podido ver evidencias de que esta información se almacene o de cómo se trata.

RE-5.2.1 Sistematizar la recogida de información sobre la satisfacción del PDI y PAS en relación con los servicios e infraestructuras.

Si bien se recoge información sobre la satisfacción del PDI y PAS con los servicios e infraestructuras, no queda claro cómo se trata y gestiona esta información que le llega de manera informal al administrador del campus. Se recomienda establecer mecanismos formales que permitan realizar un seguimiento sobre la satisfacción de esos colectivos.

(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)

En el procedimiento PG_27, se indica que se recoge información sobre la satisfacción de los estudiantes con los recursos e infraestructuras a través de encuestas, y también se recoge la opinión de profesores y estudiantes. Si bien esto está así recogido en el procedimiento, no se ha tenido acceso a estas evidencias a través del Portfoli de Centro donde se recoge la documentación del Sistema.

Igualmente, entre los indicadores previstos en el cuadro de indicadores se contemplan PG27-01 Satisfacción de los titulados con las instalaciones; PG27-03C Satisfacción de los titulados con los recursos del servicio de biblioteca y de apoyo a la docencia (grado); y PG27-04C Satisfacción de los titulados con los servicios de apoyo al estudiante (grado). En los últimos datos analizados de estos indicadores se observa que no se aporta en todos los casos los resultados que permitan realizar un análisis objetivo. Por ejemplo, en el PG_27-01 se limita a indicar que la participación ha sido baja y la satisfacción también, aunque las

valoraciones están por encima de la media de la UdL. Es preciso incluir los datos sobre los resultados de los indicadores que permitan la trazabilidad de los resultados obtenidos a lo largo de diferentes años. Si bien esta información existe, no se incluye en el análisis que se realiza de los resultados.

En relación con la gestión de servicios, y en referencia a los compromisos de servicio, el Centro presenta en su Plan de acciones un conjunto de indicadores vinculados a los compromisos de servicio en los que se valora, a través de una encuesta la satisfacción, la calidad y la eficacia del servicio prestado.

Posteriormente, el resultado de los indicadores y el objetivo anual se recogen en el Plan de mejoras, donde se vinculan las diferentes acciones de mejora transversales a desarrollar.

El PG 21 - Gestionar los servicios, indica que el seguimiento de los servicios se realiza a través de las encuestas de satisfacción a los estudiantes y los comentarios del personal. El CEE-SGIC no ha evidenciado de forma suficiente que estos dos medios garanticen la obtención de información sobre el mantenimiento y la detección de necesidades de nuevos recursos materiales y servicios, dado que se trata de encuestas muy generales con poca participación y hay una falta de formalización de los comentarios del personal, como se ha mencionado anteriormente para el caso del procedimiento PG-27.

En el caso de servicios prestados por terceros (habitualmente servicios prestados a la UdL, no al alumnado), el proceso es monitorizado en base a los parámetros establecidos en la sistemática de compras/contratación, regulada por ley. En algunos casos (Ejemplo: Limpieza) existe una sistemática específica de evaluación del servicio.

La información recopilada sobre la satisfacción con los servicios es analizada por la unidad correspondiente, junto con esa información también se analizan las sugerencias recibidas a través del correo, siguiendo el procedimiento PG_10 gestionar quejas y sugerencias. Fruto de este análisis se proponen acciones de mejora.

Si bien, no ha sido posible acceder a esta información porque no se recogen las evidencias en el Portfoli del Centro. Solamente se recogen las actas de las reuniones mantenidas con los delegados de las diferentes titulaciones donde éstos hacen llegar a la coordinadora de la titulación correspondiente las quejas y sugerencias en relación con el desarrollo de las diferentes asignaturas.

AM-5.3.1 Evidenciar la recogida de quejas y sugerencias en relación con las infraestructuras y servicios del Centro.

Si bien se indica en los procedimientos PG-21 y PG-27 que se recogen las quejas y sugerencias de los estudiantes, a través del buzón establecido para ello en relación con los servicios e infraestructuras del Centro y de la Universidad, no existen evidencias de ello. Es preciso recopilar esta información para garantizar que se analizan y establecen acciones de mejora derivadas de la información recogida.

RE- 5.3.1 Recoger información sobre la satisfacción con los servicios de una muesrta de estudiantes de diferentes títulos y ampliar la información que se recoge, así como sistematizar la recogida de información de otros colectivos como PDI y PAS y dejar constancia de ello en los procedimientos correspondientes.

Se recomienda ampliar a todos los estudiantes las encuestas de satisfacción sobre los servicios, actualmente solo se realiza de los estudiantes de grado. Igualmente, se recomienda sistematizar la recogida de evidencias sobre la satisfacción de profesorado y PAS con infraestructuras y servicios, ya que actualmente lo hacen a través del administrador

del campus, pero esta información no se recoge de forma sistemática ni queda registro de ella. En los últimos indicadores recogidos se indica que en el curso 2022-2023 se analizará la información de estos colectivos a través de encuestas de satisfacción, pero estas evidencias no están recogidas en los procedimientos PG21 y PG27. Se recomienda revisar este aspecto.

RE-5.3.2 Incluir información sobre los resultados de los indicadores sobre los que se realiza el análisis para la mejora de infraestructuras y servicios.

Se estima conveniente incluir los datos sobre los resultados de los indicadores que permitan la trazabilidad de los resultados obtenidos a lo largo de diferentes años. Si bien esta información existe, no se incluye en el análisis que se realiza de los resultados.

(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)

Según queda establecido en el PG_27 gestionar recursos materiales destinados a la docencia, el administrador o administradora del campus, la unidad de Infraestructuras, los Servicios Comunitarios, la unidad de Biblioteca y Documentación y la unidad de Sistemas de Información y Comunicación realizan anualmente el seguimiento del procedimiento y proponen al Vicerrectorado responsable en materia de infraestructuras las mejoras que consideren adecuadas. Este seguimiento también permite identificar necesidades de recursos.

Este informe de seguimiento, no se contempla entre las evidencias incluidas en el Portfoli del Centro.

De la totalidad de unidades administrativas prestadoras de servicios (unas 50), en la actualidad se ha conseguido desplegar en 9 de ellas una sistemática de identificación de áreas de mejora (plan de mejora). El Comité considera que, si bien el camino seguido es adecuado, el recorrido de mejora es amplio. En este sentido la dinámica es correcta, si bien su implantación debe considerarse todavía parcial.

Por otro lado, una vez definidos los planes deberá establecerse como se realiza el seguimiento. Estos aspectos (plan de mejoras y seguimiento) todavía no se han incorporado en el procedimiento.

AM-5.4.1 Incluir evidencias claras y continuas que garanticen el análisis, mejora y actualización de los recursos materiales y servicios y cómo se garantiza su gestión, recogiendo esta información como evidencias del procedimiento PG27.

En el procedimiento PG27 se indica que se realiza un informe de seguimiento en relación con los recursos materiales y servicios. A pesar de que este análisis se realiza en el mes de febrero, no se recogen evidencias de ello. No se aportan evidencias acerca del análisis y mejora en la gestión de los recursos materiales y servicios.

C6. Información pública y rendición de cuentas

El Centro cuenta con procesos implantados que garantizan la publicación de información completa y actualizada sobre los programas formativos.		
☐ Implantación parcial	✓ Implantación suficiente	☐ Implantación avanzada

El Centro dispone de un proceso relacionado con la información pública y la rendición de cuentas:

- PG.23. Publicar la información y rendir cuentas sobre los programas formativos

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

(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)

A través del procedimiento PG_23 publicación de la información y rendición de cuentas de los programas formativos, se gestiona la publicación de la información sobre el Centro, los programas formativos y sobre la Universidad. Igualmente, el Centro tiene definido un Manual de Comunicación de la Facultad, donde concreta cómo y qué se hace público a través de redes sociales, la web del Centro y las listas de distribución que tiene habilitadas el Centro.

En el procedimiento anteriormente mencionado, se establece que la responsabilidad de establecer las directrices en materia de publicación de contenidos sobre los programas formativos en la Universidad recae sobre el Vicerrector responsable en materia de docencia. Por su parte es el Vicerrectorado competente en materia de calidad quien pone a disposición de los responsables académicos la información sobre los programas formativos. Y es a nivel de Centro el Decano quien es el responsable de publicar la información sobre los programas formativos.

En relación con la información del programa formativo, es la coordinación del programa la que vela porque la información esté actualizada y completa.

Quedan por lo tanto claras las responsabilidades en materia de publicación de información y rendición de cuentas.

(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)

Como se ha indicado anteriormente, siguiendo el procedimiento PG_23 se establecen las acciones vinculadas con la información pública, así como siguiendo el Manual de Comunicación de la Facultad. Entre las evidencias aportadas se ha podido comprobar que existe un check-list que se completa cada año para comprobar que la información que debe de ser pública de cada titulación es correcta.

En general, la información de las titulaciones es adecuada y se corresponde con lo establecido en el procedimiento, sin embargo, no se han encontrado evidencias de que las páginas de las titulaciones redirijan a información sobre el SGIC del Centro como establece el procedimiento, o a algunos resultados de los programas formativos, como son las encuestas. Si bien se muestran en la página de la Universidad resultados generales de la Universidad, no se ha encontrado información pública a nivel de Centro o titulación de los resultados de satisfacción, por ejemplo, con la titulación o el Centro, sí con el profesorado. Igualmente, entre la información que se indica que debe de ser pública en la página del Centro está la memoria de la Facultad, pero no se ha encontrado evidencia de ello.

Por otro lado, el acceso a la web del Facultad a través de la web de la Universidad lleva a una página que presenta el Centro, pero que no contiene la información sobre los programas formativos.

Finalmente, tampoco se puede comprobar si el Manual de Comunicación cumple con su cometido porque no se aportan evidencias de ello.

AM-6.2.1 Publicar toda la información que se establece en los diferentes procesos evaluativos de AQU Cataluña.

Si bien se hace pública información sobre los programas formativos, aportando información relevante para los estudiantes sobre los planes de estudios y su desarrollo, se debe hacer pública información sobre la satisfacción de los diferentes grupos de interés y los documentos establecidos en el procedimiento que rige las actuaciones sobre información pública y rendición de cuentas, como, por ejemplo, la memoria de verificación de las titulaciones.

RE-6.2.1Hacer más accesible la información pública del Centro desde cualquier acceso a través de la página web de la Universidad.

La información que se incluye en la página del Centro a la que se dirige desde la web de la Universidad, no incluye la misma información que la página propia del Centro. No presenta información sobre los programas formativos ni el SGIC. Se recomienda hacer más accesible la información sobre el Centro de forma que se pueda acceder a ella a través de la página principal de la Universidad.

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

Se recoge información completa, fiable y sistemática sobre la información pública. (Satisfactorio)

Según se muestra en el cuadro de indicadores se han definido tres para controlar que la información pública es adecuada: PG23-01: % de ítems completos en la revisión interna de las webs de grados y másteres; PG23-02: % de guías docentes completas en el momento de

la matrícula; PG23-04C: % de CVs actualizados del profesorado y publicados en la web. Igualmente, existen otros mecanismos para la recogida de información y rendición de cuentas, aunque no quedan recogidos en el procedimiento PG_23. Si bien con estos indicadores se puede controlar parte la información que se publica en web, no así en relación con la rendición de cuentas.

La Universidad coordina la recogida de información sobre información pública en coordinación con los Centros, por lo que se considera fiable, en especial la información relacionada con los programas formativos. La sistemática actual incluye un punteo semestral de la actualización de la información pública e indicadores en forma de semáforos que se trasladan a los Centros.

Esta sistemática recoge información para el análisis de la información pública de la Universidad, genera un seguimiento y transmite unas necesidades de mejora a los Centros y coordinadores de titulaciones que son responsables de la información pública en su ámbito.

RE-6.3.1 Recoger más información para el análisis en relación con la adecuación de la información pública y rendición de cuentas.

Se recomienda ampliar los indicadores relacionados con la adecuación de la información pública y rendición de cuentas, como puede ser la satisfacción de otros grupos de interés, más allá de la satisfacción de los estudiantes con el profesorado y la titulación.

Así mismo, el CEE-SGIC considera que podrían incorporarse otros indicadores en el cuadro de mando que aportaran más información sobre la adecuación de la publicación de los planes de estudios, Cvs de profesorado o publicación a tiempo de las guías docentes.

(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)

El procedimiento PG_23 incluye que el Vicerrector competente en materia de docencia marca las directrices a seguir en relación con la información pública y rendición de cuentas. Por otro lado, el procedimiento sobre revisión y mejora del SGIC, PG_31, establece que con carácter anual se revisan los procedimientos del SGIC. En estas revisiones se incluyen los planes de mejora y su revisión.

Por otro lado, como ya se ha indicado, el Centro genera un check-list en el que hace una comprobación de que la información es pública y está actualizada.

Se constata así que la información pública se revisa y se mejora de manera periódica. Durante la visita se constata también que existe una dinámica de seguimiento sobre la información pública en la que participa la Unidad de calidad y los responsables de Centros. Esta revisión se realiza a través de reuniones y seguimiento constante de la información pública, en especial la ligada a los programas formativos. Las mejoras se integran en los planes de acción de cada Centro y su seguimiento se realiza a través del seguimiento regular de los planes de mejora.

D. Resultado de la evaluación

La evaluación del CEE-SGIC, como resultado del análisis de las evidencias y de la información recogida durante la visita a la Facultad de Derecho, Economía y Turismo de la Universidad de Lleida, 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:

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

El CEE-SGIC propone la certificación de la implantación del SGIC de la Facultad de Derecho, Economía y Turismo de la Universidad de Lleida a la Comisión Específica de Certificación.

E. Acta de envío del informe externo

Centro evaluado: Facultad de Derecho, Económicas y Turismo
Universidad: Universidad de Lleida
Fechas de la visita: 24 y 30 de noviembre

El/la presidente/a del CEE-SGIC manifiesta que el presente documento constituye el informe previo de certificación de la implantación del SGIC del Centro indicado anteriormente.

Dña. Gloria Zaballa. Presidenta del CEE-SGIC

ZABALLA PEREZ MARIA GLORIA - 30605618R

Firmado digitalmente por ZABALLA PEREZ MARIA GLORIA - 30605618R
Nombre de reconocimiento (DN): c=ES, serialNumber=IDCES-30605618R, givenName=MARIA GLORIA, sn=ZABALLA PEREZ, cn=ZABALLA PEREZ MARIA GLORIA - 30605618R
Fecha: 2023.02.10 09:38:39 +01'00'

Bilbao a 09 de febrero de 2023

Anexo. Alcance de la evaluación

A. Procesos evaluados

Dimensión 1. Revisión y mejora del SGIC

- PG.31. Revisar y mejorar el Sistema de Garantía Interna de la Calidad
- PG.01. Definir y desarrollar los objetivos de mejora de los Centros
- PG.25. Definir y desarrollar la política y los objetivos de la formación
- PG.32. Gestionar quejas y sugerencias (Centros)

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

- PG02. Diseñar programas formativos
- PG.03. Revisar y mejorar los programas formativos
- PG.26. Acreditar las titulaciones oficiales
- PG.04. Extinguir un título

Dimensión 3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado

- PG.06. Captar futuro estudiantado
- PG.05. Seleccionar, admitir y matricular al estudiante
- PG.22. Programar el plan docente anual
- PG.28. Acoger y orientar al estudiantado
- PG.30 Planificar y desarrollar metodologías de enseñanza
- PG.07. Establecer la política y los objetivos de la movilidad
- PG.08. Gestionar el estudiantado de movilidad saliente
- PG.09. Gestionar el estudiantado de movilidad entrante
- PG.29. Gestionar las prácticas académicas externas

Dimensión 4. Personal académico

- PG 11. Definir la política de personal académico
- PG 13. Identificar necesidades y seleccionar personal académico
- PG 15. Elaborar y ejecutar el plan de formación del personal académico
- PG 17. Evaluar la actividad docente, promocionar y reconocer el personal académico
- PG 19. Evaluar la actividad de gestión del personal académico

Gestión del personal de administración y servicios:

- PG 12. Definir la política de personal de administración y servicios
- PG 14. Seleccionar personal de administración y servicios
- PG 16. Elaborar y ejecutar el plan de formación del personal de administración y servicios
- PG 20. Promocionar, incentivar y mejorar el personal de administración y servicios

Dimensión 5. Recursos materiales y servicios

- PG.21. Gestionar la prestación de los servicios
- PG.27. Gestionar los recursos materiales destinados a la docencia

Dimensión 6. Información pública y rendición de cuentas

- PG.23. Publicar la información y rendir cuentas sobre los programas formativos