

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

Informe de evaluación externa

Centro: 43007348 - Facultat de Ciències de l'Educació i
Psicologia

Universidad: Universitat Rovira i Virgili

Fechas de la visita: 14 y 21 de octubre y 6 de noviembre
de 2020

ÍNDICE

A. Introducción	3
B. Desarrollo del proceso de evaluación	4
C. Valoración de los estándares y criterios de evaluación.....	6
C1. Revisión y mejora del SGIC.....	6
C2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos	15
C3. Sistemas de apoyo al aprendizaje y de orientación a los estudiantes	20
C4. Personal académico.....	26
C5. Recursos materiales y servicios.....	31
C6. Información pública y rendición de cuentas	35
D. Resultado de la evaluación.....	38
E. Acta de envío del informe externo	39
Anexo. Alcance de la evaluación – Procesos evaluados.....	40

A. Introducción

1. Descripción del SGIC evaluado

Centro:	Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia
Código:	43007348
Tipología:	Propio
Universidad:	Univesitat Rovira i Virgili
Alcance del SGIC	Titulaciones de grado y máster de la Facultat

2. Composición del Comité externo de certificación

Rol	Nombre	Ámbito	Institución
Presidenta	Marisol Morales Ladrón	Filología	Universidad de Alcalá
Profesional	Rafael Fernández Serafin	Evaluación de la Calidad	Universidad de la Laguna
Estudiante	Mònica Molina Hoyo	Turismo	Universitat Autònoma de Barcelona
Secretario	Albert Basart Capmany	Evaluación de la Calidad	AQU Catalunya

3. Objetivo del informe

La evaluación externa del Sistema de Garantía Interna de la Calidad (SGIC) de la Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia de la Universitat Rovira i Virgili (URV), 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

El Comité de Evaluación Externa-SGIC (CEE) realizó una visita previa al centro el 19 de junio de 2020, después de revisar la documentación disponible asociada al SGIC. Como resultado de esta visita, el CEE solicitó un conjunto de evidencias adicionales que el Centro se comprometió a entregar y presentó en el plazo indicado.

La visita de certificación se realizó los días 14 y 21 de octubre y 6 de noviembre de 2020.

El programa de la visita, llevada a cabo a través de videoconferencia, fue el siguiente:

AGENDA 14 DE OCTUBRE	
8:45 – 9:00	Bienvenida
9:00 – 10:30	Procesos estratégicos: <ul style="list-style-type: none">Elaboración y revisión de la política y los objetivos de calidadDefinición, revisión y mejora del SGIQ Procesos de soporte: <ul style="list-style-type: none">Gestión de la calidad (Control documental y registros)
10:30 – 10:45	<i>Pausa</i>
10:45 – 12:15	Procesos estratégicos: <ul style="list-style-type: none">Garantía de la calidad de los programas formativos
12:15 – 12:30	<i>Pausa</i>
12:30 – 13:30	Procesos clave: <ul style="list-style-type: none">Acceso, admisión y matrícula del estudianteOrientación del estudiante

AGENDA 21 DE OCTUBRE	
9:00 – 10:30	Procesos clave: <ul style="list-style-type: none">Desarrollo de la enseñanzaGestión de la movilidad del estudianteGestión de las prácticas externasTrabajo Fin de Grado / Máster
10:30 – 10:45	<i>Pausa</i>
10:45 – 11:45	Procesos de soporte: <ul style="list-style-type: none">Gestión de los recursos materiales y serviciosConsultas, quejas, reclamaciones, sugerencias y felicitaciones
11:45 – 12:00	<i>Pausa</i>
12:00 – 13:00	Procesos de soporte: <ul style="list-style-type: none">Gestión de los recursos docentes

AGENDA 6 DE NOVIEMBRE	
12:00 – 12:45	Entrevista con estudiantes y egresados
12:45 – 13:30	Entrevista con profesorado
13:30 – 13:45	<i>Pausa</i>
13:45 – 14:15	Entrevista con direcciones de Departamento
	<i>Comida</i>
16:00 – 16:45	Entrevista con el equipo técnico de calidad de la URV
16:45 – 17:30	Entrevista con la Comisión de calidad
17:30 – 17:45	<i>Trabajo interno del CAE</i>
17:45 – 18:00	Presentación de conclusiones preliminares y despedida

2. Incidencias

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

3. Actitud de la comunidad

El CEE quiere agradecer la disponibilidad y la colaboración de la comunidad universitaria, y en especial del equipo directivo de la Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia y del personal técnico de calidad durante la evaluación. Un agradecimiento que se extiende a todas las personas y colectivos que participaron activamente en las audiencias celebradas, cuyas apreciaciones han sido de gran importancia para incrementar el conocimiento de la institución y del nivel de implantación de su SGIC.

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

C. Valoración de los estándares y criterios de evaluación

C1. Revisión y mejora del SGIC

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

Implantación parcial Implantación suficiente Implantación avanzada

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

- PR-FCEP-001- Elaboración y revisión de la política y los objetivos de calidad
- PR-FCEP-008- Definición, revisión y mejora del SGIC
- PR-FCEP-016- Control documental y registros

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. (suficiente)

La toma de decisiones es muy adecuada y siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos. (satisfactorio)

Valoración global: Suficiente

La Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia (en adelante FCEP o Facultat) cuenta con un Sistema de Garantía Interna de la Calidad (en adelante SIGC) formalmente establecido y de acceso público, estructurado en procesos que regulan los aspectos vinculados a la gestión de las titulaciones.

Las responsabilidades y funciones en la gestión del SIGC de la Facultat vienen definidas de forma general en el apartado 3.2 del Manual de Calidad (en adelante MC). Asimismo, en el apartado 5 de los diferentes procesos se establecen de manera más detallada las responsabilidades en las diferentes actividades de definición, aprobación, revisión y mejora del SIGC. Así, se identifica a la Comisión de Calidad de la Facultat (CQF) como "la responsable de definir, revisar y mejorar el SIGC" con la implicación de otros agentes en diferentes tareas: responsable del SIGC, responsable de proceso, técnica de soporte a la calidad docente (TSQD), equipo de dirección, junta de facultad, gabinete de calidad, etc.

Respecto a la participación de los grupos de interés, en el apartado 4.2 del Manual de Calidad se listan de forma general, incorporando un mayor grado de detalle en el apartado 6 de la ficha de cada proceso.

En general, existe una cultura de la calidad y mejora continua compartida y en fase de consolidación en la institución. Esta cultura de la calidad se materializa en la existencia de un liderazgo y una clara implicación por parte del Equipo Directivo de la Facultad: decano, vicedecana (responsable del SIGC), responsables de titulaciones, profesorado y PAS. Cabe destacar también las funciones que ejerce en este sentido la URV que, a través del Gabinete de Programación y Calidad, ha dado soporte a la implantación del SGIC de los centros.

AM-1.1.1 Incrementar la participación de todos los grupos de interés en la Comisión de Calidad de la FCEP.

Entre los miembros que forman parte del CQF, según consta en el Manual de Calidad (apartado 3.2), sólo participan los colectivos de PDI y PAS. Si bien en la visita se comentó que tienen prevista que una plaza sea ocupada por el estudiantado, lo que es cierto es que actualmente la plaza está vacante. Esta plaza, además, no está prevista ni aparece detallada en el Manual de Calidad. Se considera que incrementar la participación de otros grupos de interés en la CQF, dando voz al estudiantado, aportaría un feedback de gran interés sobre el funcionamiento de la comisión y la gestión de los procesos de calidad de la FCEP, evitando redundancias con los colectivos (PDI y PAS) que forman parte de otros órganos (equipo de dirección, etc.).

AM-1.1.2 Revisar la asignación de funciones que se establece en el Manual de Calidad.

En el apartado 3.2, d.2) “Responsable de proceso” del Manual de Calidad, se establece como una de las funciones “calcular y mantener actualizados los indicadores”. Esto lo realiza posteriormente otro personal, tal y como se describe en la presentación realizada para la visita previa de certificación del SIGC (diapositiva 9 del archivo PPT): “La encargada de traspasar esta información al cuadro de mando del centro es la técnica de soporte a la calidad docente - TSQD”. Esta área de mejora se vincula con la AM-1.5.1, del estándar de Gestión documental.

RE-1.1.1 Mejorar el conocimiento y la familiarización con las diferentes herramientas del sistema entre los implicados y responsables de los procesos.

En relación con el anterior Ámbito de mejora, esto puede producir una pequeña disfunción porque si la Técnica de calidad es la persona que maneja las tablas y cuadros de mandos, su función es indispensable e insustituible, lo cual perjudicaría al mantenimiento del SIGC en caso de una eventual baja de la técnica de calidad. Se deberían implementar mecanismos para minimizar este riesgo, mejorando el conocimiento y la familiarización con las diferentes herramientas del sistema entre los implicados y responsables de los procesos, más allá de la TQSD y la responsable del SIGC.

RE-1.1.2 Dotar de una mayor presencia al Programa de delegados y delegadas en la información contenida en el Manual de Calidad y los procesos.

Teniendo en cuenta la importancia que tiene el Programa de delegados como herramienta para vehicular la participación del estudiantado en la mejora continua del desarrollo de las titulaciones y los procesos de enseñanza-aprendizaje, se considera que su presencia en el Manual de Calidad y en la documentación de los procesos debería ser más explícita.

RE-1.1.3 Incorporar a estudiantes egresados/as como grupo de interés de los programas formativos en el Manual de Calidad.

En el apartado 4.2 del Manual de Calidad, no se incluyen a los “egresados”, “titulados” o “graduados” como grupo de interés de los programas formativos, que, en línea con lo indicado en el área de mejora (AM-1.1.1), podrían aportar un feedback muy relevante para los procesos de calidad de la FCEP.

RE-1.1.4 Evitar la asignación de responsabilidades de procesos a órganos colegiados.

Teniendo en cuenta la diversidad de órganos colegiados del Centro, se recomienda que la responsabilidad de los procesos recaiga en órganos unipersonales en lugar de órganos colegiados. Así, por ejemplo, el Propietario/gestor del PR-FCEP-001 “Elaboració i revisió de la política i objectius de qualitat” es el Equipo directivo. También en el caso del PR-FCEP-008 “Definició revisió i millora SIGQ”, es la Comisión de Calidad y en el caso del PR-FCEP-015 “Consultes, queixes, reclamacions, suggeriments i felicitacions” es la Unitat de Suport a la Gestió de Centre i Departament.

Aunque la gestión corresponda a los Órganos y Unidades, la responsabilidad debería recaer en un cargo personal, de esta forma, se facilitaría su identificación y seguimiento.

(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)

En relación con la Política de calidad, se dispone de un documento de “Política de Qualitat” de la Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia (17 de Julio de 2018) que establece una Misión, Visión y Objetivos para el Centro. La alineación con la estrategia/política de calidad institucional de la Universidad se explica satisfactoriamente en la documentación de Presentación del SIGC de la FCEP facilitado a raíz de la visita previa y publicado en la web del centro, así como en las entrevistas con el Equipo directivo de la Facultat.

En todo caso, ha sido en fecha reciente, julio de 2020, cuando se ha renovado la Política de calidad de la universidad, y se han vinculado los procesos alineándola con la política de calidad del centro y de los títulos, Si bien aún no se ha podido realizar la adaptación que, en su caso, pudiera necesitar la política y objetivos de calidad del centro. Además, no

parece haber quedado establecida una periodicidad para la revisión y alineación de la política de calidad institucional con la del centro y títulos.

Los objetivos de calidad del centro se relacionan en un cuadro (matriz) que contiene 14 (de la “a” a la “n”) ámbitos de actuación, que se han de llevar a cabo en el período 2018-2022. La FCEP declara que en la actualidad el nivel de logro de las actuaciones previstas está en un 70% (en el estándar de gestión de la información se explica con más detalle).

Finalmente, como se ha comentado, no se ha evidenciado una participación de agentes de interés externos a la Facultat en la definición y mejora de la política de calidad de la FCEP.

RE-1.2.1 Mejorar la vinculación formal entre la Estrategia de Calidad de la URV, la Política de Calidad de la Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia, y la documentación propia del Sistema de Calidad.

Si bien las vinculaciones entre la política institucional y de centro se consideran pertinentes, y en la información pública de la Facultat se vincula a la página de “Estratègia de Qualitat” de la Universitat, se recomienda visualizar claramente cómo esta política se alinea con la estrategia/política de calidad institucional de la Universidad.

Por su lado, el “Manual de Qualitat del Sistema Intern de Garantia de la Qualitat” no muestra de qué forma está alineado con la política de la Facultat, o incluso con el Manual de Garantía de Calidad de la Universidad. Se entiende que esto sucede porque la versión actual de la política de calidad de la Universidad es reciente, por lo que habría que incorporar la referencia y la descripción de la relación.

(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 (satisfactorio).

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).

Valoración global: Suficiente

La URV ha definido un mapa de procesos común para el conjunto de sus centros docentes que incluye los procesos transversales y los procesos de centro. El Manual del SGIC incluye el mapa de procesos y un listado de los mismos en su apartado 4.3.1. Se clasifican en procesos estratégicos -11-, clave -13- y de apoyo -58-.

Los procesos estratégicos proporcionan directrices para el funcionamiento de los procesos, los claves están directamente vinculados al proceso formativo centrado en el estudiantado, y los de soporte dan apoyo en el resto de los procesos. En el mapa se presentan todos los procesos indicando la interrelación entre grupos de procesos (por tipologías), y entre algunos procesos de forma individual (procesos clave fundamentalmente). La conexión o relación entre los procesos se indica de forma más concreta en el apartado 3 las fichas de procesos.

El Mapa de procesos se actualizó en 2019, según consta en las revisiones del Manual de Qualitat, incorporando nuevos procesos. Desde éste, se puede acceder directamente a las fichas de los procesos por medio de hipervínculos.

Así mismo, dentro de los procesos del SIGC de la FCEP, se diferencian los propios del centro y los de carácter transversal a la universidad. En este sentido, en la nota a pie del Mapa de procesos, se detalla que *“en cursiva s’identifiquen els processos transversals que no depenen del centre pero que intervenen en un procés”*, mientras que en el Manual sólo se indica su existencia de forma muy general (apartado 4.3.1). No obstante, esta información se puede extraer de los códigos de los procesos: los que gestiona la Facultad (21 con código FCEP) y los que tienen como propietarios otros servicios o unidades de la URV (61 con código OAM, SRed, SRH, ADOC, SGA, ...).

RE-1.3.1 Revisar las incoherencias detectadas entre el Mapa de procesos y la documentación del Sistema.

En el MP se indica que el PR-SRH-086, Accidentes de trabajo “no está actualmente disponible”, mientras que en el Manual de Qualitat no se detalla nada al respecto. Se recomienda relacionar la información entre MP y MC en la próxima actualización.

RE-1.3.2 Mejorar la identificación de los procesos propios y los transversales en el Mapa de procesos y en el Manual de Calidad.

La localización e identificación de los procesos es mejorable, puesto que no se diferencia de forma clara la letra *cursiva* de la normal en el MP, ni están correctamente codificados los PR. En algunos títulos de PR, además, no se mantiene la literalidad en su nombre, lo que puede dificultar su identificación y generar confusión (véase por ejemplo los PR-FCEP-014 y PR-FCEP-020). Se recomienda describir en el manual de calidad cómo diferenciar los procesos propios de los transversales y mejorar la identificación de cada tipo de procesos en el mapa.

(1.4) Vinculación del SGIC con las dimensiones del programa AUDIT

El SGIC implantado responde muy adecuadamente a las dimensiones del programa AUDIT (satisfactorio).

El diseño del SIGC de la FCEP, fue aprobado según el modelo AUDIT (Certificado número: 0088/2010, el 23 de noviembre de 2010, según información aportada por el centro).

En el Anexo I del MC se detalla la relación entre los procesos del SIGC y las directrices del programa AUDIT, por lo que se considera que el diseño responde de forma adecuada al programa. En esta línea, el SIGC ha incorporado o adaptado nuevos procesos para dar respuesta a los criterios o dimensiones establecidos por las agencias en sus últimas actualizaciones. Esto se aplica a la definición, revisión y mejora del SGIC (correspondencia con la dimensión 1 de AQU y el criterio 8 de AUDIT en sus versiones de 2020).

(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).

Según se establece en el Manual de Qualitat (apartado 4), la gestión documental del SIGC de la FCEP se implementa mediante un servidor común (de la plataforma SharePoint), que se utiliza como repositorio documental, que permite almacenar y compartir documentos, garantizar la disponibilidad de los registros electrónicos, recuperar la información y realizar copias de seguridad para evitar pérdidas. El acceso a este servidor común es restringido y con niveles de autorización según carpetas.

La gestión de documentos y registros del SIGC se describe en el PR-FCEP-016. Concretamente, en el registro “a. Relación de documentación” se listan todos los documentos generados en cada PR, en coherencia con el apartado 11 de la ficha de cada uno. Este registro, además, incluye un control de versiones que permite realizar una comprobación directa de las revisiones realizadas a cada proceso y que se ha añadido como mejora tal y como se describe en el informe de seguimiento 2018-19 del centro.

En la carpeta “7_QUALITAT” compartida en SharePoint, se comprueba que se recaban, archivan y comparten los registros y documentos relacionados con el SIGC, principalmente dentro de la subcarpeta “SIGC” – “IMPLANTACIÓ FCEP”. Se identifica la carpeta donde se encuentra la última versión del MC (V2.1 del 17/12/2019), Mapa de procesos, procesos, política de calidad, etc. Asimismo, cada proceso cuenta con una subcarpeta donde se encuentra parte de la documentación vinculada al mismo (ficha del PR, registros, anexos, etc.).

AM-1.5.1 Revisar aspectos formales del Manual de Qualitat de la FCEP y los Procesos del SIGC.

En el apartado 5.1.5 a) de la ficha del PR-FCEP-016 se indica que en la portada del Manual de Calidad deben indicarse los responsables de su elaboración, revisión y aprobación, pero sólo aparece el autor.

Asimismo, se detecta que algunos títulos de los apartados del índice no están actualizados y no coinciden con el contenido interno que se recoge a lo largo del Manual. Esto ocurre, por ejemplo, en los apartados “4.1. Abast i conclusions” y “4.2. Abast i conclusions”, que deberían llamarse “4.2. Enfocament cap als grups d’interès” (véase MC, p. 14). En otros casos, el nombre del apartado no se ajusta al contenido del mismo, véase el apartado “3.1. Referents”, cuando en realidad se presenta el gráfico con la estructura de organización del centro. También se identifica la repetición de algún párrafo de apartados anteriores (véase 4.5.2). Se debería revisar y actualizar estas erratas en la próxima la revisión del manual.

A lo largo del informe se proponen algunas otras recomendaciones y áreas de mejora relacionadas con aspectos de tipo documental, como es el caso de la AM-1.1.2 “Revisar la asignación de funciones que se establece en el Manual de Calidad” o la RE-1.5.1 “Mejorar el almacenaje y acceso de los registros documentales establecidos en los procesos”.

RE-1.5.1 Mejorar el almacenaje y acceso de los registros documentales establecidos en los procesos.

En las carpetas de cada proceso no se encuentran todos los registros establecidos en el apartado 11 de su ficha y algunos archivos no se identifican con el ID asignado para facilitar su acceso (véase, por ejemplo, la carpeta del PR-FCEO-006, donde sólo se identifican de forma directa los registros con “e” y “f”). En este mismo sentido, si se revisa el PR-FCEP-008 se detecta que se establecen varios documentos que, en la realidad, se integran en uno sólo: “b. Plan de Mejora” forma parte del “d. Informe de seguimiento” anual del centro. Se recomienda valorar la implementación de mejoras para facilitar la búsqueda y acceso a los registros del SIGC en general y de los procesos en particular, guardando coherencia con lo establecido en la documentación.

RE-1.5.2 Mejorar la descripción y organización el sistema de gestión documental del SIGC.

Más allá de la herramienta concreta utilizada y con el objetivo de mejorar la comprensión del funcionamiento y organización del sistema documental del SIGC, se recomienda valorar si resulta oportuno ampliar la descripción en el manual y/o en el proceso correspondiente: cómo se organiza el sistema, aclarar para qué se utiliza cada solución, quien tiene acceso, niveles de permiso de cada responsable, etc. Así, por ejemplo, genera dudas la utilización de varios aplicativos (SharePoint según MC, BOX-URV según apartado 5.3 del PR-FCEP-016), pues no se explican las diferencias entre ambas herramientas, sin son sustitutivas, complementarias o están integradas para dar soluciones dependiendo de las tareas a desarrollar.

RE-1.5.3 Valorar la implementación de mecanismos para la automatización de tareas relacionadas con la gestión documental y el acceso de los responsables de los procesos a la documentación del SGIC.

Se identifica en la documentación que las tareas de gestión documental se realizan, al menos en parte, de forma manual (versionados, flujo de trabajo, etc.) encargándose fundamentalmente la TQSD, así como los propietarios de cada proceso y del SIGC. En la medida de lo posible, se recomienda valorar la automatización y/o simplificación de alguna de estas tareas, con el objetivo de mejorar la eficiencia del sistema, la optimización de recursos humanos en tareas que se consideren que no aportan valor añadido al funcionamiento del SIGC.

(1.6) Sistema de gestión de la información.

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

A nivel institucional, la URV dispone de un sistema *Data warehouse* (Sistema Integrado de Información y Análisis -SINIA-) que permite almacenar, explotar y compartir información

relevante sobre el desarrollo de los programas formativos. Esta herramienta proporciona datos a diferentes niveles: información pública a través de la página web institucional e información a la que puede acceder el PDI y PAS internamente a través de consultas e informes predefinidos. Los responsables de procesos tienen acceso, de esta manera, a datos e indicadores fiables para la revisión y mejora de los procesos del SGIC, así como de las titulaciones.

A nivel del Centro, se dispone de varias herramientas para el seguimiento de los objetivos y la gestión de datos, indicadores y acciones de mejora. Estas herramientas son:

- Graella de Seguiment dels Objectius, en la que se relacionan, a nivel de centro y para cada titulación, las acciones de mejora, su grado de cumplimiento, y su relación con los 14 ámbitos de actuación establecidos.
- Control Objectius de Qualitat, que permite visualizar el nivel de alcance de los objetivos de calidad y ámbitos de actuación. A cada ámbito de actuación se le asigna un porcentaje de logro en función de las acciones de mejora completadas, y de la suma total (60 acciones completadas de 86 previstas) resulta el 70% de logro de las actuaciones previstas en el período 2018-2022 (aunque se trata de una media, y algunas de las actuaciones tienen un nivel de alcance muy bajo).
- Quadre de comandament, que recoge los indicadores previstos en los procesos, a nivel de Facultad y a nivel de titulación. La información proviene fundamentalmente del Sistema de información institucional SINIA y de las personas responsables del proceso, así como de otras fuentes o aplicativos: WINDATT, UXXI, otros documentos, etc. Para cada indicador, se informa del ámbito al que se asocia el indicador, el proceso al que se vincula, el método de cálculo, el momento en que se recoge, la evolución, así como dos columnas que informan del valor objetivo y la horquilla por debajo de la cuál no debería bajar el indicador.

Se trata de tres hojas de cálculo, todas ellas con un alto grado de sofisticación y vínculos entre ellas, que gestiona la Técnica de Calidad de la Facultad, y a la que tiene acceso el equipo directivo.

RE-1.6.1 Completar la información del cuadro de mando con indicadores propios de los procesos transversales que afectan directamente la acción docente de la Facultad.

La Facultat dispone de información cuantitativa derivada de procesos tan importantes como la Movilidad de estudiantes, o la Inserción laboral, que no se incluyen en el Cuadro de mando porque no se corresponden con procesos propios de la FCEP, sino que se consideran transversales de universidad. Sin embargo, tras la revisión detenida, el CEE considera que deben incluirse junto al resto de indicadores para poder disponer de una imagen completa del funcionamiento de las titulaciones de la Facultat.

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

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

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

El centro dispone de un proceso estratégico (PR-FCEP-008- Definición, revisión y mejora del SGIC) que tiene como objetivo la definición, despliegue, revisión y mejora del SGIC, y que establece como órgano responsable la Comisión de Calidad. La revisión del SGIC se realiza periódicamente y se integra en el Informe de Seguimiento de la Facultat.

Para la revisión de los procesos propios, los responsables de cada proceso disponen de una plantilla de revisión, mediante la cual pueden proponer mejoras, sugerir actualizaciones, etc. y mantienen reuniones periódicas (cada dos meses) con la Técnica de Calidad de la Facultat para hacer un seguimiento de su desarrollo.

De la revisión la documentación facilitada y, en concreto, del último informe anual de seguimiento del centro, que integra la revisión del centro, las titulaciones y del SIGC, se desprende que existe una toma de decisiones basadas en los resultados generados en los diferentes procesos del sistema, que se evidencia en las acciones recogidas en Plan de Mejora o “cuadro de acciones de mejora”. A su vez, el Plan de mejoras contempla el seguimiento de las acciones del curso anterior (2017-18) e incluso de anteriores si se atiende a los códigos de identificación utilizados.

RE-1.7.1 Facilitar la comprensión y el manejo de las herramientas de control, en especial de la Graella de Seguiment dels Objectius.

Con el objetivo de facilitar la comprensión del plan de mejoras por parte de los grupos de interés no familiarizados con el documento, se recomienda detallar en mayor medida el significado de los campos de las tablas, sus relaciones e impacto, lo que permitirá poner en valor su utilidad. También deberían estudiar la posibilidad de relacionar directamente las acciones de mejora del plan con los procesos de SIGC, cuyo desarrollo permite dar respuesta a las actuaciones planificadas.

RE-1.7.2. Implementar mecanismos para la participación del centro en la revisión y mejora de los procesos transversales del SIGC.

El centro cuenta con mecanismos para la revisión y mejora de los procesos propios del SIGC, pero no existen procedimientos similares, implementados a nivel institucional, que permitan a los centros participar en la revisión periódica de los procesos transversales que afectan a la implantación y desarrollo del SIGC. Esta labor la realiza el gabinete de calidad de la universidad. Se recomienda arbitrar un mecanismo formal que permita a los centros participar en las revisiones institucionales, contribuyendo en la mejora de los procesos transversales y en su adaptación a las necesidades identificadas en los SIGC de centros.

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 un conjunto de procesos asociados al Marco VSMA (verificación, seguimiento, modificación y acreditación). De una manera directa, los procesos que rigen las actuaciones institucionales en relación con el diseño, revisión y mejora de las titulaciones, y sus correspondientes procesos de evaluación, son los siguientes:

- PR-FCEP-002. Planificación de titulaciones
- PR-FCEP-003. Seguimiento y mejora de titulaciones
- PR-FCEP-004. Modificación de titulaciones
- PR-FCEP-005. Suspensión de titulaciones
- PR-FCEP-006. Acreditación de titulaciones
- PR-FCEP-007. Publicación de información sobre titulaciones

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

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

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

Tal y como se ha indicado en la dimensión 1 (estándar 1.1), las responsabilidades y funciones de los procesos se detallan de forma concreta en el apartado 5 de sus fichas. En este caso, para los procesos vinculados a la evaluación de titulaciones oficiales (Marco VSMA): verificación (PR-FCEP-002; PR-OAM-001), modificación (PR-FCEP-004), seguimiento (PR-FCEP-003) y acreditación (PR-FCEP-006), en general los responsables están asignados cada uno en su ámbito de actuación. Así por ejemplo, se establece al responsable de la titulación (RT) como el encargado de realizar su seguimiento, al responsable del SIGC (RSIGC) como responsable del seguimiento del conjunto de titulaciones del centro, a la Comisión de Calidad de la Facultad (CQF) como la responsable de garantizar que dichos seguimientos se realizan o la TSQD que presta apoyo técnico al proceso con la colaboración de otros responsables, servicios y unidades (Coordinadores de Movilidad, del PAT, Directores de Departamento, ...).

Se destaca la participación que asumen los responsables y coordinadores de los programas formativos para el correcto funcionamiento de los procesos. Formar parte de la Comisión de Calidad y Planificación Estratégica les permite liderar el análisis y la mejora continua de las titulaciones, realizando un seguimiento exhaustivo de los indicadores alcanzados y participando activamente en la revisión de los procesos vinculados al VSMA.

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

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

Se considera que los procesos vinculados a la evaluación de titulaciones oficiales (Marco VSMA), en general, se llevan a cabo según lo establecido en sus fichas. Prueba de ello es la actualización del MC en 2015, para adecuar los procesos al marco VSMA según directrices de la Guía per a la certificació de la implantació de sistemes de garantia interna de la qualitat (AQU Catalunya, febrero 2015) “con la finalidad de estar preparados tanto para la acreditación de titulaciones, como para la acreditación institucional de centros” como afirma el centro.

En cuanto a su influencia para garantizar el desarrollo adecuado de los títulos, se puede afirmar que han contribuido de forma positiva si se atiende a los resultados obtenidos en los diferentes informes de evaluación externa (véase web FCEP o AQU) o a las mejoras implementadas como resultado de los procesos de evaluación (véase Planes de mejora de los informes de seguimiento anuales de la FCEP), fundamentalmente de aquellas relacionadas con el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Por otra parte, en el informe de seguimiento de 2018-19 se afirma que el Plan de mejora implementado en los últimos años ha logrado contribuir a mejorar el estándar 6 (calidad de los resultados del programa formativo) en la acreditación de todas las titulaciones, pasando de una valoración de “se logra con condiciones” a una de “se logra”, lo que también es una evidencia de los resultados positivos de los procesos del marco VSMA.

Asimismo, se puede comprobar que en los últimos dos cursos previos a esta evaluación (2017-18 y 2018-19), los resultados académicos, a nivel de centro, se han mantenido dentro del margen establecido como objetivos del Centro: Tasa de rendimiento en torno al 85%, tasa de abandono 12% y tasa de graduación por encima del 72% (véase cuadro de mandos en PR-FCEP-008).

Se destaca, de nuevo, la participación de la Técnica de soporte a la calidad docente en la gestión activa de estos procesos.

BP-2.2.1 Implantación de un protocolo de detección del abandono de estudiantes.

Se destaca la iniciativa de implementar un protocolo de abandono, para detectar sus causas, fundamentalmente, en los primeros cursos. En el informe de seguimiento del

centro (p. 44), se afirma que comenzó en el curso 2017-18 y se modificó en el 2018-19. Según el Plan de mejora, esta acción ya ha sido ejecutada (véase acción 1819.2, p. 79) y se espera poder reducir la tasa al 15% (véase acción 1920.4, p. 83).

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

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

La información que se recaba sobre las titulaciones del centro es completa y permite revisar y mejorar los títulos, como puede comprobarse en la documentación generada en los procesos del SIGC y en la información publicada en la web del centro (apartado de “calidad”).

Tal y como se ha comentado en la dimensión 1, la URV dispone de un sistema Data warehouse (SINIA) que centraliza y provee a los centros la mayor parte de los datos e indicadores cuantitativos para llevar a cabo el análisis y la mejora de los programas formativos. El sistema es fiable y robusto. A nivel interno, el Centro cuenta con un cuadro de mando, en formato hoja de cálculo, en el que se vuelcan de forma manual el conjunto de indicadores procedentes del SINIA o recogidos a través de los resultados de los procesos.

Más allá de la información cuantitativa relacionada con la revisión de los programas, el SGIC también recoge información de tipo cualitativo orientada a la mejora continua de las titulaciones. Durante la visita externa se ha podido constatar que el profesorado participa de forma activa en el análisis del desarrollo de las titulaciones, a través de las reuniones de coordinación, y conocen las vías establecidas para proponer mejoras.

Respecto a los resultados de satisfacción de los grupos de interés, se detecta que estos están presentes en varios documentos (Informes de seguimiento del centro, ...) y en varios procesos: procesos propios (cuadro de mandos: PR-FCEP-007, PR-FCEP-009, PR-FCEP-010, PR-FCEP-13, PR-FCEP-17 y PR-FCEP-19) y transversales (PR-ADOC-008, PR-SRH-055, ...).

Se constata, según el calendario de publicación del proceso de encuestas (ENQ_I01), que se aplican encuestas de satisfacción de estudiantes valorando las titulaciones en diferentes momentos del curso (inicio, durante, final), el PDI (Grado y Máster), las asignaturas (TFM/TFG y Prácticas Externas). En otros procesos, PR-FCEP-009 por ejemplo, también se describen encuestas de satisfacción aplicadas a otros grupos de interés o temática, como la de egresados e inserción laboral gestionadas por AQU, las de orientación a los estudiantes (PR-FCEP-13), movilidad de estudiantes (PR-ICENTER-011 y 012), orientación profesional (PR-OO-001) y matrícula (PR-SGA-003).

Por último, también se cuenta con otro tipo de resultados como los del Plan de Acción Tutorial (PAT) o la información que se recaba mediante el proceso de consultas, quejas, reclamaciones, sugerencias y felicitaciones -CQRSF- (PR-FCEP-015), que se recogen mediante buzón-formulario web, correo electrónico, en reuniones de comisiones y otros órganos, y por escrito-solicitud (registro administrativo). Según se establece en el proceso “la información relevante recogida sobre las CQRSF de la FCEP se incorpora al PR-FCEP-

003” y se registra en un documento de control (c_control_cqrsf_fcep_xlsx) accesible desde la carpeta del PR-FCEP-015. Los indicadores principales también se incorporan al cuadro de mando.

RE-2.3.1 Valorar la posibilidad de que los responsables de las titulaciones asuman mayor autonomía en la gestión documental.

Si bien los responsables de los procesos relacionados con las titulaciones tienen acceso a la documentación, se ha observado que, en la práctica, es la responsable técnica de soporte a la calidad quien realiza mayoritariamente la gestión y controla la documentación. Esta manera de proceder puede llevar a una sobrecarga en las tareas que esta responsable ha de realizar, haciéndola indispensable, a la vez que no favorece que los responsables de las titulaciones manejen de manera independiente y autónoma la documentación. El CEE recomienda valorar la utilidad de fomentar la participación de los responsables en la gestión documental, con el fin de que puedan acceder a la información relevante sobre las titulaciones sin depender del personal técnico, en línea con lo indicado en la dimensión 1 (véase RE-1.5.2). Se trata de una decisión estratégica y práctica que debería encontrar un equilibrio entre el desarrollo de las funciones de la técnica de calidad, que aportan valor a la gestión del sistema de calidad (facilitar el acceso y disponibilidad de información actualizada), y la incentivación a los responsables de las titulaciones a asumir tareas, en la gestión de la calidad que no supongan una sobrecarga de trabajo y aumenten su autonomía a medio plazo. El CEE ha podido constatar durante la visita la gran implicación de los responsables de las titulaciones de la Facultad, pero también el reto que supone incrementar una mayor participación de los responsables.

RE-2.3.2 Revisar y actualizar la documentación publicada en la web respecto a las titulaciones.

En el apartado "Titulaciones" de la web del centro, se publican las memorias de verificación o modificación (MV/MM) de las titulaciones del centro. No obstante, para algunas titulaciones no es posible identificar si se corresponden con la última versión oficializada (vigente) o se constata alguna errata en los enlaces. Así, por ejemplo, para la MV Grado en Educación Social no es posible identificar de forma clara si hace referencia a la memoria inicial o a la última vigente, esto es, a la última memoria de modificación aprobada. Por otra parte, se detecta alguna errata en los enlaces de las MV/MM, véase el enlace a la MV del Grado en Pedagogía que lleva al del Grado en Educación Social (web revisada el 21/09/20 y 15/01/21). Se recomienda revisar enlaces y comprobar que se publica en la web la última MV o MM oficializada (aprobada por AQU y publicada en el RUCT), mediante el proceso de publicación de información sobre titulaciones (PR-FCEP-007).

(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).

En la revisión de la documentación facilitada, se constata que los programas formativos se analizan (informe anual de seguimiento del centro, que integra el de titulaciones, resultados de procesos, cuadro de mando, etc.), y, como resultado del análisis, se implementan acciones para su mejora incluidas en un plan de mejora o “cuadro de acciones de mejora” y desarrolladas a nivel de centro o titulación (véase tabla H del informe anual de seguimiento del centro, p. 75).

Este Informe de seguimiento es un documento que, además, incorpora la revisión anual de los procesos del SGIQ, de tal manera que se convierte en un documento de más de 400 páginas, lo que pone en cuestión su facilidad de uso y consulta. El equipo decanal y la técnica de calidad de la Facultat expresaron su intención de simplificar de manera significativa el informe, y realizarlo con periodicidad bianual.

En cuanto a la estructura del Plan de mejoras, en general puede considerarse completo y estructurado, agrupando las acciones según las actuaciones de los objetivos de calidad del centro con el cual está relacionado (a, b, ...n), lo que permite realizar un seguimiento del nivel de ejecución de los objetivos a partir de las acciones. Además, incorpora la identificación del tipo de recomendación (por ejemplo, si proviene del proceso de acreditación de título u otro plan propio) e incluso el curso del que proviene.

El análisis más cuantitativo se lleva a cabo, según se ha especificado en la Dimensión 1, a través del cuadro de mando. Como se ha comentado anteriormente, el cuadro de mando es en general adecuado.

RE-2.4.1 Simplificar la elaboración del Informe de seguimiento del centro.

Para asegurar que los diferentes responsables de titulaciones se sirvan del proceso de revisión y mejora de forma efectiva para tomar decisiones, se recomienda la simplificación del Informe de seguimiento de la Facultat.

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

- PR-FCEP-009. Desarrollo de la enseñanza
- PR-FCEP-010. Gestión de las prácticas externas
- PR-ICENTER-011. Gestión de los estudiantes entrantes
- PR-ICENTER-012. Gestión de los estudiantes salientes
- PR-FCEP-013. Orientación al estudiante
- PR-FCEP-020. Definición perfil de ingreso, acceso, admisión y matrícula de los estudiantes en grados
- PR-FCEP-014. Perfil de ingreso, acceso, admisión y matrícula de los estudiantes en másteres universitarios
- PR-FCEP-019. Gestión del TFG/TFM

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 conjunto de los procesos relacionados con la enseñanza aprendizaje tienen un carácter clave dentro del SGIC, aspecto que se ha podido constatar especialmente en los relacionados con el núcleo de la actividad académica (desarrollo de la enseñanza, gestión de las prácticas externas, gestión del TFG/TFM y orientación académica).

Se establece al responsable de titulación (RT) como el encargado de garantizar el adecuado desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje (PR-FCEP-009), realizando el control, revisión y mejora del proceso con el equipo directivo del centro. Además, cuenta con el apoyo de los coordinadores de asignatura, coordinadores PAT, TSQD y otros órganos y servicios en el ámbito de sus funciones. Se pueden comprobar también los responsables vinculados a la toma de decisiones en el resto de los procesos relacionadas

con actividades y ámbitos funcionales concretos: practicas externas (coordinador/RT, Tutores Académicos y Externos) TFM/TFG (Coordinador TFM/TFG, comisión PE y TFG, comisión académica de máster), etc.

En el caso de las actividades relacionadas con la movilidad de estudiantes entrantes y salientes (PR-ICENTER-001 y PR-ICENTER-001) y de orientación profesional (PR-OUU-001), su gestión se desarrolla mediante procesos transversales cuyos responsables pertenecen a servicios y unidades de la universidad: Centro Internacional (ICENTER) y Oficina de Estudiantes (OOU) respectivamente, que integra el servicio de ocupación de la universidad.

No obstante, tal y como se ha señalado en la dimensión 1 (véase RE-1.1.4), debe evitarse la asignación de responsabilidades de los procesos a órganos colegiados, como actualmente aparece en el PR-FCEP-009, PR-FCEP-014 y PR-FCEP-020, y asignarse a órganos o cargos unipersonales.

BP-3.1.1 El Programa de delegados y delegadas de la FCEP, y la realización de las tres ediciones de la Jornada de delegados y delegadas de curso de los grados de la Facultat.

En el marco de la documentación que se asocia al Plan de acción tutorial, se evidencia la puesta en marcha del Programa de delegados y delegadas, como herramienta de participación del principal grupo de interés de los procesos de enseñanza-aprendizaje, que son los estudiantes. La información y documentación proporcionada sobre el programa, y las actas de las reuniones mantenidas con las personas delegadas de cada curso muestra que se trata de un programa ambicioso y cuyos resultados puede ser muy relevantes (medio para recabar la opinión de los estudiantes mediante sus representantes y hacerles llegar información en cascada, canalizar las reclamaciones, quejas y sugerencias, recabar el feedback sobre el resultado de las acciones de mejora implantadas, aumentar la participación en las encuestas, etc.).

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

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

Se considera que los procesos vinculados al proceso de enseñanza-aprendizaje, en general se llevan a cabo según lo establecido. Prueba de ello es la reciente actualización (diciembre de 2019) de todos los procesos propios del centro relacionados con estas actividades.

Su implantación ha contribuido de forma positiva a garantizar un desarrollo adecuado de los títulos, como puede comprobarse revisando los resultados obtenidos en los diferentes informes de evaluación externa (véase web FCEP o AQU) o en las mejoras implementadas tras los procesos de evaluación (véase Plan de mejoras de los informes de seguimiento anuales de la FCEP), fundamentalmente de aquellas relacionadas con el proceso de enseñanza-aprendizaje. Por ejemplo, las siguientes: Diseño de rúbricas para las diferentes tareas con peso en la nota y por competencia relacionada; Implantar acciones para

mejorar seguimiento y coordinación en el centro de Prácticas; Modificar la normativa TFG para no obligar a la vinculación con las PEXT; Inclusión de directrices y criterios de evaluación al TFG; Diseñar el plan de trabajo (competencias y acciones) de las PEXT por diferentes ámbitos; etc.

Por otra parte, en el informe de evaluación externa de acreditación de las titulaciones del centro (2016) y en el informe de seguimiento de 2018-19, se puede comprobar como todas las titulaciones del centro alcanzan una valoración de “se logra” en los estándares relacionados con el plan de estudios -calidad del programa formativo- (E1) y calidad de los resultados del programa formativo (E6: 6.1 y 6.2), mejorando la valoración de este último, tras implementar un Plan de mejora, lo que demuestra el adecuado desarrollo de los programas formativos.

Algunos problemas ya detectados en la acreditación se mantienen. Ejemplo de ello son las ratios-profesor alumno, que son muy altas en algunas titulaciones, o ciertas dificultades para atender la alta demanda de plazas en centros de prácticas externas, sobre todo en titulaciones en las que las prácticas son clave y cuentan con una regulación específica, como el Máster en Psicología General Sanitaria o el Máster en Formación del Profesorado.

Como se ha comentado anteriormente en la dimensión 1 (véase RE-1.6.1), sería deseable que se incorporaran indicadores de movilidad de estudiantes en el cuadro de mando del centro (no se incluyen por pertenecer a un proceso de los llamados transversales).

BP-3.2.1 La gestión de las Prácticas externas en el conjunto de titulaciones de la Facultat.

Se considera que la información pública sobre las Prácticas externas es muy completa y accesible. Desde la web del centro, en el aplicativo de Prácticas, aparecen listado el proceso de oferta de plazas (inscripción) y la asignación de las mismas a cada estudiante, incluso de los tutores (asignación) para todas las asignaturas de Prácticas externas de los títulos del centro. Durante las entrevistas el colectivo de estudiantes y egresados se mostró satisfecho por la gestión que, en general, se realiza en las Prácticas, por ejemplo, con el seguimiento que se realiza, las medidas que se toman cuando se detecta un problema en una empresa, etc. Así mismo, las jornadas de Prácticas que se desarrollan son muy bien valoradas y se han adoptado en otras universidades. Otras buenas prácticas sobre la gestión de las Prácticas externas es la prospección de empresas, para captar plazas en empresas mediante visitas presenciales por parte de las personas responsables de las titulaciones, que permiten valorar su adecuación.

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

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

Se considera que los procesos vinculados a la orientación y apoyo a los estudiantes, en general, se llevan a cabo según lo establecido en los procesos, como muestra la reciente actualización del proceso de orientación a los estudiantes (diciembre de 2019) y de orientación profesional (marzo de 2018).

Los resultados obtenidos en los diferentes informes de evaluación externa (véase web FCEP o AQU) o las mejoras implementadas como resultado de los procesos de evaluación (véase Plan de mejora de los informes de seguimiento anuales de la FCEP), fundamentalmente aquellas relacionadas con la orientación y apoyo a los estudiantes: redactar plan de actuación para definir un nuevo Plan de Acción Tutorial (PAT) de centro, Organizar actividades de mentoría, etc., muestran el interés de la FCEP por mejorar estas actividades y los logros alcanzados: aumento de la satisfacción de los estudiantes con las tutorías en más de un punto (de un 5,7 en el curso 2017-18 al 6,8 del 2018-19), según el cuadro de mando de indicadores facilitado.

Asimismo, se puede comprobar (véase informe de evaluación externa de acreditación de las titulaciones del centro -2016- e informe de seguimiento de 2018-19), que todas las titulaciones del centro alcanzan una valoración de “se logra” en el estándar relacionado con los servicios y recursos de soporte al aprendizaje -eficacia de los sistemas de apoyo al aprendizaje- (E5), lo que en su conjunto demuestra la contribución de estas actividades al adecuado desarrollo de los programas formativos. No obstante, subsisten debilidades en cuanto a la escasa participación de los estudiantes en el PAT que, aunque se ha logrado aumentar en 5 puntos porcentuales en el último curso cerrado (15%), aún está lejos de situarse en valores cercanos al objetivo planteado (50%).

El centro está realizando un importante esfuerzo para mejorar los resultados del PAT, implementando diferentes medidas: asignación de único tutor por grupo, que sea únicamente profesorado permanente de la Facultat y que les de clases, formación de tutores, aplicación de encuesta para valorar a los tutores, etc., lo que demuestra la implicación del Centro para impulsar este programa como medio para lograr un adecuado desarrollo de los programas formativos. Son acciones que el CEE valora muy positivamente.

Respecto a la orientación profesional, en el informe de seguimiento del centro, se indica que en el curso 2018-19, se ha implantado un módulo de empleabilidad con el objetivo de mejorar las competencias transversales de los estudiantes y facilitar su inserción laboral. En la web del servicio de ocupación se muestran las diferentes actividades que se desarrollan en la universidad, en coordinación con los centros (coordinadores PAT), para mejorar la carrera profesional de los estudiantes. Se comprueba que los resultados de ocupación eran de un 80,2% en 2017 (aún no hay disponibles datos de años posteriores para realizar un seguimiento adecuado de su evolución).

Como se ha comentado anteriormente en la dimensión 1 (véase RE-1.6.1), sería deseable que se incorporaran indicadores de inserción laboral en el cuadro de mando del centro (no se incluyen por pertenecer a un proceso de los llamados transversales)

RE-3.3.1 Incrementar el conocimiento del PAT entre la comunidad (estudiantes y PDI).

Aunque las medidas introducidas en el PAT parecen que van en la buena línea, se considera que es necesario continuar aumentando el alcance del conocimiento del PAT entre la comunidad (estudiantes y PDI), y medir el impacto de los cambios introducidos.

(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).

La información que se recaba sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje y el apoyo y orientación a los estudiantes, en general es adecuada, como puede comprobarse en la documentación generada en los procesos del SIGC y en la información publicada en la web del centro (apartado de “calidad”) y permite analizar y mejorar el proceso.

Desde la web del centro y de los títulos, los grupos de interés pueden acceder de forma directa a la información relacionada con este aspecto: proceso de enseñanza aprendizaje (pruebas de acceso y criterios de admisión, metodología de enseñanza, evaluación de aprendizajes, TFG/TFM, prácticas externas y movilidad), informes de evaluación de títulos y de centro (que incluyen multitud de datos e indicadores relacionados con este ámbito), otros resultados de fuentes internas (Indicadores de seguimiento de Títulos) y externas relativas a la matrícula, inserción laboral, etc. (EUC-AQU).

En cuanto a la orientación académica, en la web del centro, apartado Plan de Acción Tutorial, se publica el documento que recoge el PAT del centro (información sobre acogida, tutoría académica, cursos y talleres relativos a orientación, ...), la información sobre las tutorías (incluido el listado de tutores asignados a cada estudiante) y el informe de evaluación del PAT de cada curso.

Respecto a la orientación profesional en la ficha del proceso se indica que cada curso el Observatorio de Ocupación elabora un informe de actividades que incorpora los resultados obtenidos y que permiten mejorar y planificar las actividades en curso posteriores. Este informe es accesible desde la web del observatorio y desde un enlace en el sitio web del PAT del centro.

AM-3.4.1 Revisar la información interna y pública referente a los cambios introducidos en el Plan de Acción Tutorial

En la ficha del proceso, se indica que el PAT se mejora (modifica) atendiendo a los resultados del curso anterior, a los datos de inserción laboral facilitada por AQU y a las propuestas de mejora recibidas. No obstante, en la documentación facilitada, sólo se identifican mejoras en el PAT en base a las recomendaciones de los procesos de evaluación del centro y de los títulos. Por otra parte, sólo hay disponibles datos de inserción del 2017 y el último informe de evaluación con los resultados del PAT es del curso 2013-14 (revisión web del 23/09/20 y 15/01/2021). En la documentación compartida, carpeta (“PAT”), sí se incluyen fichas de seguimiento y algunos informes de evaluación del plan (dependiendo del curso, en versión borrador). Se recomienda actualizar la información web y/o adaptar el proceso a lo que realmente se esté desarrollando en este ámbito.

RE-3.4.1 Medir el impacto de las mejoras introducidas recientemente en el desarrollo del PAT, e informar al profesorado que tutoriza acerca de su actuación (resultados de participación y satisfacción de los estudiantes).

En línea con lo indicado en los estándares anteriores (véase RE-3.3.1) se recomienda realizar un seguimiento de las acciones de mejora implementadas en el PAT e informar de sus resultados a los agentes implicados. Así, por ejemplo, durante la visita se puso de manifiesto que los tutores PAT no reciben los resultados de satisfacción de forma sistemática. Por otra parte, es la CQF la que se encarga de detectar las posibles incidencias o problemas, como la baja participación para un tutor, pudiendo solicitar su cambio. Se considera que los tutores deben disponer de esta información de forma sistemática para intentar mejorar su desempeño y el del PAT.

(3.5) Existencia de evidencias sobre el análisis y la mejora del proceso de enseñanza-aprendizaje y el apoyo a los estudiantes.

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

Tal y como se indica en el Manual de Calidad y se ha detallado en apartados anteriores, el SIGC de la FCEP dispone de procesos para el desarrollo adecuado del proceso de enseñanza-aprendizaje de sus titulaciones, incluyendo las prácticas externas, la movilidad, el TFM/TFG y la orientación académica y profesional a los estudiantes, cuyos objetivos se centran en favorecer su aprendizaje.

Tras la revisión de la documentación facilitada, se comprueba que el proceso de enseñanza-aprendizaje se analiza (informe anual de seguimiento del centro, que integra el de titulaciones, informes de acreditación, PAT, resultados de PR, cuadro de mando, ...) y, como resultado, se implementan acciones para su mejora como parte de su PM (o "cuadro de acciones de mejora") desarrolladas a nivel centro o titulación (véase tabla H del informe anual de seguimiento del centro, p. 75). El Plan de mejoras incorpora las recomendaciones internas y externas propuestas en los procesos de evaluación de títulos (Marco VSMA) y contempla el seguimiento sistemático de las acciones de cursos anteriores.

En cuanto a la estructura del Plan de mejoras, en general, puede considerarse completo y estructurado, si bien hay aún cierto ámbito para la mejora, con la introducción de valores objetivos a nivel de las titulaciones, tal y como se ha comentado en estándares de dimensiones anteriores (véase RE-1.6.1).

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 un proceso relacionado con la competencia y cualificación del personal académico que rige las actuaciones institucionales para garantizar la calidad del profesorado:

- PR-FCEP-21. Gestión de los recursos docentes

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

(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)

Los procesos relacionados con la selección, contratación y acogida, vida laboral, evaluación y promoción del PDI son procesos transversales de la URV gestionados por el Servicio de Recursos Humanos (SRH). Del mismo modo, la formación del PDI también es un proceso transversal, cuyo propietario gestor es el Instituto de Ciencias de la Educación (ICE).ve

La FCEP tiene competencias sobre la definición de las necesidades de personal académico según el perfil requerido en las titulaciones, la definición de criterios de asignación de la docencia a las titulaciones y la promoción de la formación del profesorado (si bien la gestión la realiza el ICE). También entra dentro de sus competencias el análisis de las encuestas de evaluación del PDI.

Aunque el margen de decisión de la FCEP en los procesos relacionados con la gestión del PDI es limitado, pues parte de la política viene definida por la URV y por la Normativa de Docencia vigente aprobada por el Consejo de Gobierno de la Universidad, el diseño y la aplicación de la cadena de responsabilidades es adecuada y se corresponde con lo definido en el proceso PR-FCEP-21. *Gestión de los recursos docentes*. Las responsabilidades de los procesos se detallan de forma concreta en el apartado 5 de sus fichas. En este caso, para este proceso se considera que los responsables establecidos, en general, son los adecuados para llevar a cabo estas funciones. El equipo de dirección de la FCEP es el responsable de definir las necesidades de PDI, su perfil, dependiendo de la titulación y tipología de

asignatura, las acciones para impulsar su formación, así como analizar y mejorar el proceso.

Por lo tanto, la gestión del PDI en su conjunto y la toma de decisiones para un desarrollo adecuado de las actividades relacionadas, requiere de la colaboración y coordinación de varios órganos y servicios a diferentes niveles. En esta gestión de PDI también intervienen los departamentos, a los que el centro solicita los recursos docentes que necesita, tras analizar los datos de planificación de la docencia de cada curso.

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

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

Las acciones relacionadas con la gestión del personal académico se realizan siguiendo el proceso establecido, en el que tienen una responsabilidad importante los departamentos y la Facultat. Una prueba de ello es la actualización reciente de varios procesos: el PR-FCEP-021 y PR-ICE-001 (diciembre y marzo de 2019) y, en menor medida, el proceso transversal estratégico PR-SRH-034 (octubre de 2017).

Los resultados obtenidos en los diferentes informes de evaluación externa, el establecimiento de actuaciones en los objetivos de calidad ligados al PDI y las mejoras implementadas evidencian el interés de la Facultat por mejorar y dar respuesta a las recomendaciones realizadas en el informe de seguimiento externo de 2018-19 sobre el estándar del PDI: estabilizar plantilla (aumentando el porcentaje PDI doctores y de PDI permanente), incrementar la investigación, reducción ratios estudiantes/PDI, etc.

Por otro lado, en los informes de evaluación externa (Acreditación de las titulaciones del centro de 2016 y de Seguimiento de 2018-19), se comprueba que todas las titulaciones del centro consiguen una valoración de “se alcanza con condiciones” en el estándar relacionado con el personal docente, lo que pone de manifiesto la necesidad e importancia de seguir impulsando las acciones de mejora, solicitando la implicación de los órganos responsables en cada ámbito para lograr una evolución positiva. Esto se aplica, fundamentalmente, al cumplimiento de la normativa vigente en cuanto a los requisitos de porcentajes de PDI doctor y PDI permanente para impartir titulaciones oficiales de grado o máster, como exige el RD 420/2015, artículo 7 (50% de profesorado doctor para titulaciones de grado, 70% para las titulaciones de Máster y 60% de profesorado que ejerza sus funciones en régimen de dedicación a tiempo completo).

La Institución afirma que revertir esta situación es objetivo estratégico y principal del actual equipo de gobierno, y por ello, en el Consejo de Gobierno del mes de junio de 2020 se presentó y aprobó el diseño de un nuevo Modelo de plantilla de Personal Docente e Investigador (PDI) y un nuevo método de asignación de plazas y capacidad docente a los departamentos, el cual tiene en cuenta la promoción, la estabilización y el relevo generacional para hacer frente a las necesidades estructurales en los diferentes ámbitos y áreas de conocimiento.

A su vez, la FCEP, en base al nuevo Modelo de plantilla de PDI, ha iniciado un conjunto de acciones consistentes en analizar su situación de partida, realizar un informe del estado del PDI en la Facultad y trasladar al Vicerectorado correspondiente y a los Departamentos las necesidades y posibles soluciones. Finalmente, el equipo de dirección de la FCEP se ha comprometido a realizar un seguimiento de la implantación de estas acciones, así como de la evolución de los indicadores correspondientes al profesorado para el cumplimiento de la normativa vigente, mediante la actualización periódica del informe sobre el estado del personal docente que imparte docencia en la Facultad.

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

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

Los procesos relacionados con la evaluación y la formación del personal académico son transversales y gestionados por la URV, a través de 12 procedimientos gestionados por el SRH fundamentalmente. No obstante, el centro, en su ámbito de actuación, revisa los resultados de las encuestas de evaluación del PDI para comprobar si hay resultados negativos que requieran una intervención y así trasladar los resultados de esta evaluación a los departamentos.

A este respecto, se identifica en el cuadro de mando de la Facultat el indicador sobre el PDI evaluado de forma favorable que, para el centro, supera el 96% en los dos últimos cursos con datos disponibles, con una satisfacción media de los estudiantes superior a 7,4 sobre 10.

En cuanto a la formación del profesorado, se constató en las audiencias la alta satisfacción del profesorado con el desarrollo del Programa PROFID de formación del PDI. Éste se ha evidenciado como un programa flexible que permite incorporar nueva formación y planes específicos para el centro o para cada departamento, solicitando determinados cursos de formación de interés para el profesorado. Abarca los ámbitos de formación para la docencia, la investigación y la transferencia, y es un medio que facilita dar visibilidad a los perfiles investigadores y colaborar con el resto del PDI. Ejemplo de ello han sido las acciones emprendidas para formar al profesorado a adaptar la tarea docente a las necesidades de la no presencialidad causadas por la pandemia del COVID-19.

En línea con lo indicado en las dimensiones 1 y 2 (véase RE-1.6.1), sería deseable que se incorporaran indicadores relativos a la formación y actualización del profesorado en el cuadro de mando del centro (no se incluyen por pertenecer a un proceso de los llamados transversales). Esta información permitiría al centro realizar un seguimiento y tomar las medidas que considere oportunas para mejorar la gestión del personal académico.

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

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

Los procesos relacionados con la selección, contratación, vida laboral, evaluación y formación son transversales y son gestionados por la URV.

Por su parte, la Facultat recoge indicadores en el cuadro de mando que permiten analizar la plantilla asignada a sus programas formativos, como el porcentaje de profesorado permanente y profesorado doctor a nivel centro (porcentaje de horas/créditos impartidos por PDI doctor). Estos indicadores permiten realizar una reflexión sobre el nivel de adecuación de la calidad del profesorado a las características de las titulaciones que se imparten. También se recogen indicadores sobre la ratio profesor/estudiante y la satisfacción de los estudiantes con el PDI.

Respecto a la formación del profesorado, en el informe de seguimiento anual de la FCEP se afirma que el PDI participa activamente, pero no indica el número de cursos que se llevan a cabo, haciendo referencia a una tabla que no está referenciada mediante hipervínculo como el resto. Sí se incluye el número de horas totales de formación anual (1.762h). Se entiende que tomando el total de PDI de la FCEP (334 en el curso 2018-19): $1.762/334 = 5,3$ horas de formación por PDI de media. También se aporta información sobre la participación en proyectos de innovación docente (22 PDI en 6 proyectos).

En cuanto a la información relativa a la evaluación del personal académico se recoge, como se ha comentado, resultados agregados sobre la satisfacción del estudiantado.

En línea con lo comentado en el estándar anterior y en las dimensiones 1 y 2 (véase RE-1.6.1), se recomienda valorar la incorporación de indicadores relacionados con la gestión del PDI con un nivel de desagregación adecuado (universidad, centro, título), que facilite su seguimiento y, fundamentalmente, permita comprobar de forma directa el cumplimiento de la normativa y criterios aplicables al personal docente (porcentaje de PDI doctor en cada titulación, por ejemplo).

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

La gestión, la formación y la evaluación del personal académico son en general eficientes y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Éste 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).

Siguiendo la sistemática establecida, el proceso analizado se revisa de manera periódica, tal y como se recoge en el PR-FCEP-008. Definición, revisión y mejora del SGIC. En el caso de los procesos que afectan la gestión del PDI esto incluye el análisis y mejora de las actividades que se desarrollan dentro del ámbito de actuación del centro: definición de necesidades de profesorado, establecimiento de perfiles adecuados, impulso a la formación del PDI y revisión de resultados de evaluación. El resto de las actuaciones relacionadas con el PDI están bajo la gestión de otros servicios de la universidad al tratarse de procesos transversales (SRH e ICE), por lo que el acceso a las evidencias que genera está más limitado.

En la revisión de la documentación facilitada, se constata que la gestión del PDI, en general, se analiza regularmente (cuadro de mando, informe anual de seguimiento del centro, que integra el de titulaciones, informes de acreditación, ...) y, como resultado, se implementan acciones para su mejora, que forman parte del cuadro de acciones de mejora desarrolladas a nivel centro y titulación. En él se incorporan las recomendaciones internas y externas propuestas como resultado de los procesos de evaluación de títulos (Marco VSMA) y contempla el seguimiento sistemático de las acciones de cursos anteriores. Sin embargo, como se ha comentado, los resultados no alcanzan los objetivos esperados en cuanto al perfil del profesorado establecido por la normativa legal.

C5. Recursos materiales y servicios

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

Implantación parcial Implantación suficiente Implantación avanzada

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

- PR-FCEP-017. Gestión de los recursos materiales y servicios (centro)
- PR-FCEP-018. Gestión de los recursos materiales y servicios (URV)

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

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

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

Parte de la gestión de recursos materiales y de los procesos relacionados se realiza a través de los servicios y unidades operativas de la universidad, cuyas actuaciones y responsables se encuentran definidos en los procesos transversales (PR-SRM-001, PR-SRITIC-001). En este caso, se considera que los responsables establecidos son en general los adecuados para llevar a cabo estas funciones. La gestión de las incidencias relacionadas con las infraestructuras, los recursos materiales y el ámbito informático son también actuaciones que se gestionan de forma transversal por la universidad.

El Equipo Directivo de la Facultat es el máximo responsable de que las actuaciones que se realizan en el ámbito de los recursos materiales y servicios den respuesta adecuada a las necesidades de los programas formativos. En este sentido, las responsabilidades y funciones relacionadas con la gestión de los recursos materiales y los servicios de apoyo a la docencia vienen descritos en el Manal de Calidad y se detallan de forma concreta en el apartado 5 de las fichas de los procesos implicados, fundamentalmente en el PR-FCEP-017 del propio del centro. Así, por ejemplo, se establece al equipo de dirección de la FCEP como el responsable de definir las necesidades de recursos materiales y servicios, proponer adquisiciones, definir procedimientos para responder a incidencias y garantizar la mejora continua para atender demandas y necesidades. Para ello cuenta con el apoyo de la USGCD, la Oficina de Logística del Campus (OLC) y el CRAI en determinadas tareas.

AM-5.1.1 Revisar la documentación de los procesos (en este caso el PR-FCEP-18) para asegurar que únicamente se trabaje con aquellos procesos que están vigentes.

La inclusión en el conjunto de evidencias presentadas de la información relacionada con el proceso PR-FCEP-018 lleva a la confusión dado que este proceso otorga algunas de las responsabilidades y funciones mencionadas a la Gerencia de la URV. En este sentido, tanto en las audiencias con el Equipo directivo y los responsables de los procesos como en la audiencia con el personal de la Oficina de calidad de la URV se informó al Comité del error de mantener la documentación del proceso en la carpeta de procesos de la intranet de la Facultat, dado que se trata de un proceso no vigente (y no publicado en la web) en este momento.

(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).

En general, el Comité constata que las actuaciones se llevan a cabo según lo que establecen los procesos definidos al efecto.

Como se comentaba, la Oficina de Logística del Campus es la responsable de recopilar la totalidad de las incidencias gestionadas tanto por el técnico/a multimedia de Campus en cuanto a las incidencias informáticas y audiovisuales, como las gestionadas por el técnico/a auxiliar de servicios para el resto. La USGCD es la responsable de recopilar todas las incidencias administrativas.

El estudiantado da su opinión sobre el funcionamiento y la adecuación de los recursos materiales y servicios a través de la encuesta de satisfacción. Periódicamente, el Equipo directivo analiza los resultados e incidencias del proceso, con el apoyo de la USGCD.

Los departamentos realizan las actuaciones relacionadas con el mantenimiento de los laboratorios y equipamientos técnicos de docencia y para ello dispone de un presupuesto propio.

Los resultados obtenidos en los diferentes informes de evaluación externa, el establecimiento de actuaciones para lograr los objetivos de calidad del centro ligados a los recursos (por ejemplo “Velar por la actualización del contenido docente y de las herramientas necesarias para llevar a cabo la docencia con la máxima calidad”) y las mejoras implementadas como resultado de los procesos de evaluación, fundamentalmente de aquellas relacionadas con los recursos materiales –realizar obras de reacondicionamiento de la FCEP, ampliar la remodelación del edificio central de la FCEP ...– dan muestra de cómo el centro apuesta por mejorar y dar respuesta a las necesidades de los estudiantes y resto de grupos de interés.

En el informe de evaluación externa de acreditación de las titulaciones del centro (2016) y en el informe de seguimiento de 2018-19, se puede comprobar que todas las titulaciones del centro alcanzan una valoración de “se alcanza” en el estándar relacionado con los recursos materiales y servicios (E5), logrando incluso mejorar la satisfacción de los estudiantes, que se sitúa por encima de 7 sobre 10 (véase cuadro de mando).

Asimismo, en el informe de seguimiento anual del centro, con respecto a la infraestructura TIC, en concreto la relacionada con los entornos de aprendizaje y recursos virtuales, se destaca el incremento en la utilización del campus virtual, tanto en la apertura de espacios como en estudiantes y usuarios activos.

Cabe destacar la respuesta dada por la Universidad y el Centro a la necesaria adaptación de las infraestructuras TIC a la docencia no presencial impuesta por la pandemia y, en concreto, sobre el funcionamiento del campus virtual y el proceso de incidencias TIC, a juzgar por las acciones realizadas y la satisfacción mostrada por todos los agentes de interés en las audiencias.

La gestión del cambio tecnológico se ha liderado desde la Universidad, que ha proporcionado sus servicios de recursos educativos y de comunicación a los centros (por ejemplo, con el uso de la plataforma Teams), así como la formación y gestión de incidencias.

Por su parte, la Facultat ha coordinado las acciones necesarias para adaptar la modalidad de docencia de manera homogénea y garantista para el estudiantado. Por ejemplo, ha coordinado a las personas responsables de titulación para que reportasen, en el Moodle de coordinación de la Facultat, las acciones de virtualización de cada una de las asignaturas (acción relevante si se tiene en cuenta que algunas titulaciones se imparten en distintos Campus de la Facultat).

RE-5.2.1 Potenciar el uso del buzón de quejas, que permita un registro y sistematización de las quejas y sugerencias de todos los agentes de interés.

Llama la atención que no conste que se haya utilizado el buzón de quejas en el periodo pandemia, como cabría esperar ante un cambio de la modalidad de docencia en un periodo tan corto de tiempo. Si bien se constata que la Facultad ha gestionado las incidencias técnicas acontecidas durante este período, se recomienda potenciar su uso por parte de todos los agentes, en aras de mejorar la transparencia.

(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).

Cada unidad es responsable de recopilar información sobre las incidencias detectadas. Por ejemplo, los departamentos recogen las relacionadas con los laboratorios docentes y la OLC las vinculadas al mantenimiento del campus, multimedia y administración de espacios.

Respecto a los procesos transversales, no se dispone de información sobre las incidencias relativas a los recursos y servicios. Realizando una revisión de los registros de las CQRSF (PR-FCEP-015), se identifica alguna sugerencia relacionada con las obras de mantenimiento y restauración del centro, que ha sido resuelta.

AM-5.3.1 Ampliar la información recabada sobre la gestión y mejora de los recursos materiales y servicios.

Como indicador del funcionamiento del PR-FECP-017, en el cuadro de mando sólo se incluye la satisfacción de estudiantes con las instalaciones, tal y como se establece en la ficha del proceso, pero no se tienen evidencias que demuestren que el centro recaba y utiliza el resultado de la satisfacción para el resto de colectivos sobre este aspecto (PDI y PAS) En línea con lo indicado en las dimensiones 1 y 2 (véase RE-1.6.1), sería deseable que se contara con mayor información sobre la gestión y mejora de los recursos materiales y servicios, máxime cuando se trata de un proceso cuya gestión y toma de decisiones requiere de la colaboración y coordinación entre varios órganos y servicios del centro y de la universidad.

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

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

La Facultat dispone de procesos para la gestión de los recursos materiales y servicios, que incluye el análisis y mejora de las actividades que desarrolla dentro de su ámbito de actuación: definición de necesidades, propuestas de adquisiciones, definición de procedimiento de respuesta a incidencias y garantía de la mejora continua para atender demandas y necesidades. El resto de las actuaciones relacionadas están bajo la gestión de otros servicios de la universidad al tratarse de procesos transversales (SRM, SRITIC y OLC, principalmente), por lo que el acceso a las evidencias que generan está limitado.

El Comité considera que, en general, la gestión de los recursos y servicios se analiza a través del Informe de Seguimiento del Centro, y se desarrollan acciones para su mejora como parte de su Cuadro de acciones de mejora implementadas a nivel centro y titulación. El Cuadro incorpora respuestas a las recomendaciones internas y externas propuestas como resultados de los procesos de evaluación de títulos (Marco VSMA) y contempla el seguimiento sistemático de las acciones de cursos anteriores.

Así, por ejemplo, en el informe de seguimiento anual del centro, se afirma que la Facultat sigue inmersa en un proceso de ampliación y remodelación total de sus instalaciones, que comenzará en agosto de 2020, lo que demuestra su compromiso por la mejora continua de sus instalaciones y recursos materiales.

En cuanto a la estructura del PM, en general puede considerarse completo y estructurado, tal y como se ha comentado en estándares de dimensiones anteriores.

No obstante, tal y como se indica en el estándar anterior (véase RE-5.3.1), se considera que se podría ampliar la información que se recaba sobre la gestión de los recursos materiales y servicios, lo que permitiría mejorar la visualización y poner en valor todas las acciones y medidas que el centro y la universidad lleva a cabo sobre este aspecto.

C6. Información pública y rendición de cuentas

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

Implantación parcial Implantación suficiente Implantación avanzada

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

- PR-FCEP-007. Publicación de información sobre titulaciones

Para la evaluación de la dimensión el CEE ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con este 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 la adecuada para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada, pero no siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos. (suficiente).

Las responsabilidades y funciones relacionadas con la gestión de la información pública y la rendición de cuentas vienen descritas el Manual de Calidad y se detallan de forma concreta en el apartado 5 de las fichas de los procesos implicados, fundamentalmente del PR-FCEP-007 “Publicación de información de titulaciones” del SIGC del centro, que se establece como estratégico dentro del conjunto de procesos que garantizan la calidad de los programas formativos.

En la gestión de la información pública de las titulaciones intervienen también servicios centrales de la universidad. El Servicio de Gestión Académica (SGA) es el responsable de publicar los planes de estudio y a través de Oficina de Orientación Universitaria (OOU) para Grados y la Oficina de Atención al Máster (OAM) respectivamente, se gestiona, publica y actualiza el resto de información sobre las titulaciones, tanto de grado como de máster.

En este caso, se considera que los responsables establecidos, en general, son los adecuados para llevar a cabo estas funciones. Así, aunque la TSQD es la gestora del proceso, se establecen diferentes niveles de responsabilidades dependiendo del ámbito de actuación de los implicados y de las actividades a desarrollar, lo que requiere mantener un alto grado de coordinación.

Por último, en la ficha de cada proceso se indica la persona responsable de la rendición de cuentas, detallando la información que ha de aportar y, en su caso, publicar.

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

Todas las acciones vinculadas con la información pública y la rendición de cuentas siempre se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos. (satisfactorio)

A partir de las audiencias celebradas, el CEE constata que las acciones relacionadas con la publicación de la información se realizan siguiendo el proceso establecido y que las personas implicadas conocen el procedimiento concreto. Estos procedimientos se describen en el apartado 5 de cada proceso, donde aparecen las actividades relacionadas con la información pública y la rendición de cuentas, incluyendo la información que se ha de aportar y, en su caso, publicar. Se considera que, en general, se desarrolla según se establece en cada proceso.

Respecto a la rendición de cuentas interna, tal y como se detalla en el Manual de Calidad, ésta se implementa mediante la elaboración y presentación de informes y resultados de los procesos, ante los correspondientes órganos y comisiones de la Facultat y de la universidad.

Para la rendición de cuentas externa se publica la documentación del SIGC, apartado “Garantía de calidad” (Política y Objetivos de Calidad -URV y FCEP-, MC, MP, seguimiento del PM, ...), los resultados obtenidos en los diferentes informes de evaluación externa (véase web FCEP o AQU), el PAT, etc. Asimismo, se evidencia el interés de la Facultat por mejorar la información pública y la rendición de cuentas a los grupos de interés, al establecer actuaciones ligadas a los objetivos de calidad del centro y relacionadas con este aspecto: “a. Diseñar y Desarrollar una estrategia de comunicación ligada a la web” y “c. Garantizar el análisis y visibilización de los resultados y progreso de las titulaciones”, entre otras.

En el informe de evaluación externa de acreditación de las titulaciones del centro (2016) y en el informe de seguimiento de 2018-19 se puede comprobar que todas las titulaciones del centro alcanzan una valoración de “se alcanza con calidad” (en progreso hacia la excelencia) en el estándar relacionado con la pertinencia de la información pública (E2), logrando que más de un 88% de los estudiantes se muestren satisfechos con la información web (ver cuadro de mando).

Asimismo, tal y como se afirma en el informe de seguimiento anual del centro y aparece reflejado en el Cuadro de mejoras, se han implementado multitud de acciones para mejorar la visibilidad y fomentar las visitas de los estudiantes a la web. En concreto se ha incorporado un buzón de sugerencias, nuevos apartados para el TFM/TFG, se ha promovido la utilización de RRSS, etc.

Por último, se constata que la web del centro contiene la información mínima que se detalla en el PR-FCEP-007: sobre los títulos (grados y máster) y sobre la garantía de calidad.

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

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

Tal y como se ha descrito en los apartados de estándares anteriores relacionados con la información recabada por los procesos del SIGC, se ha evidenciado que, en general, se obtiene la información necesaria para analizar y mejorar los procesos. En este caso, para las actividades de información pública y rendición de cuentas, se han establecido los mecanismos para revisar y actualizar la información y se ha definido un indicador de funcionamiento del proceso (satisfacción de estudiantes con la información web) que se incluye en el cuadro de mando.

RE-6.3.1 Obtener información sobre la satisfacción del profesorado y otros grupos de interés con la información pública.

En la ficha del PR-FCEP-007 (apartado 5.5) se afirma que se medirá la satisfacción del PDI con la información web, aunque no se establezca como indicador. Por este motivo, estos resultados no se incorporan al cuadro de mando del centro para análisis y mejora. Se recomienda alinear los procesos y los instrumentos utilizados, así como valorar la posibilidad de recabar la satisfacción de otros grupos de interés que se consideren relevantes.

(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)

Los procesos del SGIQ de la Facultat especifican cómo se publica la información y se rinde cuentas de forma que esté disponible para todos los agentes implicados, tanto internos como los externos.

En la revisión de la documentación facilitada, se evidencia que la información y la rendición de cuentas en general, es completa. Así, todos los grupos de interés pueden acceder a la información del SIGC desde la web del centro (apartado “calidad”). La información recabada se analiza, por ejemplo, en el informe anual de seguimiento del centro, informes de acreditación, cuadro de mando, ... y se establecen acciones para su mejora, que se incorporan al Cuadro de acciones de mejora implementadas a nivel centro y titulación. Así, por ejemplo, en el informe de seguimiento anual del centro, puede comprobarse que se implementan acciones relacionadas con la información y la rendición de cuentas, lo que demuestra el compromiso del centro por la mejora continua en la información que facilita a los grupos de interés.

Por otro lado, las diversas fuentes de información consultadas para el análisis del proceso de información pública muestran que es eficiente. Durante la audiencia mantenida con estudiantes y egresados se constata que el nivel de satisfacción en relación con la información pública es adecuado.

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 Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia de la URV, es en líneas generales positiva. A continuación, se detallan las valoraciones realizadas por el CEE para cada dimensión evaluada:

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

E. Acta de envío del informe externo

Centro evaluado: Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia

Universidad: Universitat Rovira i Virgili

Fechas de la visita: 14 y 21 de octubre y 6 de noviembre de 2020

Fecha del envío del informe a AQU Catalunya: 29 de enero de 2021

Fecha de la recepción de los comentarios de la Universidad: 6 de julio de 2021

Fecha del envío del informe definitivo a la Universidad y a AQU

Catalunya: 23 de julio de 2021

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

Dra. Marisol Morales Ladrón
Presidenta del CEE-SGIC

Madrid, a 23 julio de 2021

Anexo. Alcance de la evaluación – Procesos evaluados

PR-FCEP-001	Elaboración y revisión de la política y los objetivos de calidad
PR-FCEP-002	Planificación de titulaciones
PR-FCEP-003	Seguimiento y mejora de las titulaciones
PR-FCEP-004	Modificación de titulaciones
PR-FCEP-005	Suspensión de titulaciones
PR-FCEP-006	Acreditación de titulaciones
PR-FCEP-007	Publicación de información sobre titulaciones
PR-FCEP-008	Definición, revisión y mejora del SGIC
PR-FCEP-009	Desarrollo de la enseñanza
PR-FCEP-010	Gestión de las prácticas externas
PR-FCEP-011	Gestión de estudiantes entrantes
PR-FCEP-012	Gestión de estudiantes salientes
PR-FCEP-013	Orientación al estudiante
PR-FCEP-014	Acceso, admisión y matrícula de los estudiantes en másters universitarios
PR-FCEP-015	Consultas, quejas, reclamaciones, sugerencias y felicitaciones
PR-FCEP-016	Control documental y registros
PR-FCEP-017	Gestión de los recursos materiales y servicios (centro)
PR-FCEP-019	Gestión del TFG/TFM
PR-FCEP-020	Definición del perfil de ingreso, captación y matriculación de los estudiantes de grado
PR-FCEP-021	Gestión de los recursos docentes