

# CERTIFICACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTIA INTERNA DE LA CALIDAD

## Identificación del SGIC

Centro:	Facultat de Filosofia i Lletres
Código:	08033237
Universidad:	Universitat Autònoma de Barcelona
Alcance:	Titulaciones oficiales de grado y máster universitarios
Fecha de la visita externa:	3 de marzo de 2021 - 11 de marzo de 2021

## Introducción

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

Esta guía recoge los criterios y directrices que aplican a la evaluación para la certificación de los SGIC. Estos criterios y directrices están orientados a la mejora continua de la formación que se ofrece al estudiantado de acuerdo a las directrices para el aseguramiento de la calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior (ESG). Además dan respuesta a lo que establece el apartado 9 del anexo I del Real decreto 1393/2007, de 29 de octubre, y se han establecido de acuerdo con los criterios y se enmarcan dentro de las dimensiones que formaban parte del programa AUDIT.

La obtención de la certificación de la implantación del SGIC da cumplimiento a uno de los requisitos establecidos en el artículo 14.2 del RD 420/2015, de 29 de mayo, de creación, reconocimiento, autorización y acreditación de universidades y centros universitarios para la obtención de la acreditación institucional.

## Resultado

El resultado de la evaluación de la implantación del sistema de garantía interna de la calidad del Centro se recoge en el informe de visita externa elaborado por el comité de expertos. En base a este informe, la Comisión Específica de Certificación de la Implantación del SGIC (CEC) de la Comisión de Evaluación Institucional y de Programas ha acordado, el día 29 de abril de 2021, emitir el informe FAVORABLE siguiente.

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

#### **Dimensión**

1. Revisión y mejora del SGIC
2. Calidad del programa formativo
3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo a los estudiantes
4. Personal académico
5. Recursos materiales y servicios
6. Información pública y rendición de cuentas

#### **Resultado**

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

#### **Buenas prácticas**

- Las reuniones de los delegados de curso con los coordinadores de título es el primer eslabón de la cadena de relación del estudiantado con los responsables de la Facultad. Esta vía se completa con otros elementos, programa OPINA, asamblea de estudiantes, reuniones de los representantes con el Vicedecano de la Comunidad, etc. que da como resultado que los estudiantes estén muy satisfechos con los procesos de enseñanza-aprendizaje y con el apoyo que les presta la Facultad en su conjunto.

#### **Áreas de mejora**

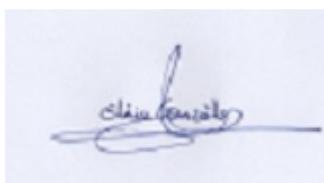
- AM 1.6.1 El sistema de recogida de información se debe ampliar a todos los resultados (indicadores de rendimiento y de satisfacción) que gestiona el SGIC del Centro.
- AM 1.6.2 Coordinar tiempos y actuaciones entre la obtención de datos e indicadores, la revisión e informes de los procesos del SGIC y el informe anual de la Facultad.
- AM 1.7.1 Reformular el instrumento empleado actualmente o utilizar alguna otra herramienta que garantice la correcta gestión del plan de mejoras del Centro.
- AM 2.3.1 El Centro debe incorporar y publicar los resultados de las encuestas de satisfacción, en especial las de la actuación docentes, prácticas y trabajos finales de titulación.
- AM 2.4.1 Incorporar al Plan de Mejoras del Centro las Acciones de Mejora identificadas en la revisión y análisis de los resultados de las titulaciones, estableciendo la temporalización y responsables de su ejecución y seguimiento.
- AM 4.4.1 Establecer valores objetivo en los indicadores definidos para la dimensión de profesorado.
- AM 4.4.2 Establecer un sistema anonimizado para la recogida de la satisfacción del PDI.
- AM 5.2.1 Incorporar en los informes anuales información completa sobre la interrelación entre la UAB y la Facultad.
- AM 5.3.1 Mejorar la recogida de información sobre los recursos materiales y el funcionamiento y satisfacción con los servicios centralizados y propios.
- AM 5.4.1 Revisión de los procesos de gestión de los recursos económicos y materiales y los servicios indicando la sistemática para su análisis y la toma de decisiones.
- A.M 6.1.1 Establecer los responsables y la periodicidad de la revisión para cada tipo de información e incluir las líneas maestras de las actuaciones a ejecutar.
- AM 6.3.1 Establecer claramente el mecanismo para realizar el control, revisión periódica y mejora continua de la información pública del Centro.

- AM 6.4.1 Se debe mejorar el mecanismo de análisis de la eficacia de la información de la página web y redes sociales en relación con cada grupo de interés.

## Recomendaciones

- RE 1.1.1 Actualizar la documentación del SGIC alineándolas con las responsabilidades de la Comisión de Calidad.
- RE 1.2.1 Potenciar la implicación de los grupos de interés externos.
- RE 1.2.2 Se recomienda que la Política de Calidad sea refrendada por la Junta de Facultad o algún órgano colegiado representativo de la misma.
- R.E 1.2.3 Publicar la Política de Calidad ligada a las líneas estratégicas, también en la página web destinada a informar sobre el SGIC.
- RE 1.3.1 Revisar en el mapa de procesos la representación gráfica de la implicación de los grupos de interés.
- RE 1.5.1 Analizar el uso y disponibilidad de diferentes herramientas para la gestión de la documentación, con el fin de evitar la duplicidad de información.
- RE 1.6.1 Completar los datos del Datawarehouse y Datadash de la UAB con los datos de encuestas de satisfacción de estudiantes, y avanzar en el despliegue de indicadores estratégicos UAB y establecer los hitos.
- RE 2.3.1 Se recomienda incorporar indicadores de proceso, en todos los procesos del SGIC.
- RE 4.2.1 Se recomienda que los departamentos dispongan de un documento con los criterios de asignación de la docencia que pueda suplir la falta de consenso del sistema actual.
- RE 4.3.1 Se recomienda que el Centro valore la incorporación de mecanismos para evaluar al personal no permanente.
- RE 4.3.2 Potenciar el Plan de Formación del PDI incluyendo actividades propias del ámbito de conocimiento del Centro.
- RE 5.3.2 Siendo el Servicio de Tratamiento del Habla y el Sonido (STPS) el único servicio docente gestionado por el Centro se debería aportar más información sobre su análisis y mejora.
- RE 5.4.1 Se recomienda incorporar o evidenciar como fuente de mejoras las sugerencias de los alumnos relacionadas con los servicios.
- RE 6.2.1 Incorporar al Informe de Seguimiento del proceso indicadores de calidad y eficacia de las redes sociales.

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



Glòria González Anadón

Barcelona, 29 de abril de 2021

Se hace constar que en la reunión de evaluación de esta propuesta se abstuvo la presidenta de la Comisión Específica de Certificación, en cumplimiento del reglamento de la Comisión y con el fin de mantener la imparcialidad en la evaluación.

## ANEXO. Valoración de las dimensiones analizadas

### 1. Revisión y mejora del SGIC

1.1. La cadena de responsabilidades y los grupos de interés para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos para el análisis y la mejora del SGIC son muy adecuados para asumir dichas funciones y presentan una alta implicación. La toma de decisiones es muy adecuada y siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos.

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

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

1.4. El SGIC implantado responde muy adecuadamente a las dimensiones del programa AUDIT y a las fases del Marco VSMA. El SGIC es maduro y se garantiza el perfecto desarrollo de los programas formativos.

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

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

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

### 2. Calidad del programa formativo

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

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

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

2.4. El análisis de los programas formativos da lugar, en su caso, a un plan de mejora 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.

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

3.1. La cadena de responsabilidades para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos de enseñanza-aprendizaje y los relacionados con el apoyo a los estudiantes, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos, es 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.

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

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

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

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

#### **4. Personal académico**

4.1. La cadena de responsabilidades para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos relacionados con el personal académico, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos, es 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

5.4. La gestión de los recursos materiales y de los servicios es, 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.

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

6.1. La cadena de responsabilidades para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos relacionados con la publicación de información y la rendición de cuentas, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos, es la adecuada para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada, pero no siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos.

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

6.3. Se recoge información bastante completa y generalmente fiable sobre la información pública.

6.4. La información pública es, en general, eficiente y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Este aborda únicamente los aspectos más relevantes, aunque de forma estructurada. Se lleva a cabo un seguimiento de los elementos más relevantes del plan de mejora.

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

## Informe de evaluación externa

**Centros:**

Facultad de Filosofía y Letras

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

**Fecha de la visita:** 3, 4, 10, 11 de marzo 2021

## ÍNDICE

A. Introducción .....	3
B. Desarrollo del proceso de evaluación .....	4
C. Valoración de los estándares y criterios de evaluación.....	8
C1. Revisión y mejora del SGIC.....	8
C2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos .....	12
C3. Sistemas de apoyo al aprendizaje y de orientación a los estudiantes .....	18
C4. Personal académico .....	21
C5. Recursos materiales y servicios.....	25
C6. Información pública y rendición de cuentas .....	28
D. Resultado de la evaluación.....	31
E. Acta de envío del informe externo .....	32
Anexo. Alcance de la evaluación – Procesos evaluados.....	33

# A. Introducción

## 1. Descripción del SGIC evaluado

<b>Centro:</b>	Facultad de Filosofía y Letras
<b>Sede:</b>	Cerdanyola del Vallès (Barcelona)
<b>Código:</b>	08033237
<b>Tipología:</b>	Propio
<b>Universidad:</b>	Universitat Autònoma de Barcelona
<b>Alcance del SGIC</b>	Titulaciones de grado y máster

## 2. Composición del Comité externo de certificación

<b>Rol</b>	<b>Nombre</b>	<b>Ámbito</b>	<b>Institución</b>
<b>Presidente</b>	Celso Rodríguez	Organización y Planificación de la Educación	Universidad de Santiago de Compostela
<b>Profesional</b>	Jacinto Fernández	Planificación y Evaluación Calidad	Universidad de Jaén
<b>Estudiante</b>	Francesc Domenech	Doctorando	Universitat de Valencia
<b>Secretaria</b>	Núria Comet	Metodología de Evaluación de la Calidad	AQU Catalunya

## 3. Objetivo del informe

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

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

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

## B. Desarrollo del proceso de evaluación

### 1. Breve descripción del proceso de evaluación

El Comité de Evaluación Externa-SGIC (CEE) realizó una visita previa al Centro el 20 de enero de 2021, después de revisar la documentación disponible asociada al SGIC. Como resultado de esta visita, el CEE solicitó un conjunto de evidencias adicionales que el Centro se comprometió a entregar y presentó en el plazo indicado.

La visita de certificación se realizó los días 3, 4, 10 y 11 de marzo de 2021.

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

El programa de la visita fue el siguiente:

#### Sesión 1 - miércoles 3 de marzo 2021

Horario	Actividad	Asistentes
09.00 – 09.10	Recepción del CEE por parte de la Universidad	
9.15 – 10.45	Presentación modelo SGIC de la Facultad Dimensión 1. Revisión y mejora del SGIC Procesos incluidos: <ul style="list-style-type: none"><li>• PE01. Definición de la política y objetivos de calidad</li><li>• PE02. Definición, despliegue y seguimiento del SGIC</li></ul>	Responsables de los procesos
10.45 – 11.00	Pausa	
11.00 – 11.45	Dimensión 1. Revisión y mejora del SGIC <ul style="list-style-type: none"><li>• PC09. Gestión documental</li><li>• PS05. Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones.</li><li>• Acceso a las plataformas de gestión de la información</li><li>• Acceso a las plataformas de gestión de las quejas, sugerencias y felicitaciones</li></ul>	Responsable del proceso Personas que gestionen plataformas (datawarehouse...)
11.45 – 12.00	Pausa	
12.00 – 13.15	Dimensión 2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos Procesos incluidos <ul style="list-style-type: none"><li>• PE03. Creación y diseño de nuevas titulaciones. Mapa de titulaciones.</li></ul>	Responsables de los procesos

Horario	Actividad	Asistentes
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PC07. Seguimiento, evaluación y mejora de las titulaciones.</li> <li>• PC08. Modificación y extinción de titulaciones.</li> <li>• PC10. Acreditación de titulaciones</li> <li>• PS06. Satisfacción de los grupos de interés.</li> </ul>	
13.15 - 13.45	Reunión interna CEE	
13.45	Fin trabajo primera sesión	

### Sesión 2 - jueves 4 de marzo 2021

Horario	Actividad	Asistentes
9.15 – 10.15	Dimensión 3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado Procesos incluidos <ul style="list-style-type: none"> <li>• PC01. Definición de perfiles de ingreso, graduación y acceso a los estudios</li> <li>• PC02a. Programación docente de las asignaturas</li> <li>• PC02b. gestión de las guías docentes</li> <li>• PS02. Organización y gestión académica.</li> </ul>	Responsables de los procesos
10.15 – 10.30	Pausa	
10.30 – 11.30	Dimensión 3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado Procesos incluidos <ul style="list-style-type: none"> <li>• PC05. Evaluación de los estudiantes</li> <li>• PC03.a Gestión de las Prácticas Externas.</li> <li>• PC03.b Gestión de los Trabajos de Fin de Estudios.</li> </ul>	Responsables de los procesos
11.30 – 11.45	Pausa	
11.45 – 12.45	Dimensión 3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado Procesos incluidos <ul style="list-style-type: none"> <li>• PC04. Orientación al alumnado.</li> <li>• PS05. Inserción laboral de las personas tituladas.</li> <li>• PC06. Gestión de la movilidad del alumnado, PAS, PDI</li> </ul>	Responsables de los procesos
12.45 – 13.00	Pausa	
13.00 – 14.00	Dimensión 4. Personal académico y PAS Procesos incluidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• PE04. Política, Gestión y Formación del Personal Docente e Investigador (PDI)</li> <li>• PE05. Política, Gestión y Formación del Personal de Administración y servicios (PAS)</li> </ul>	Responsables de los procesos
14.00	Fin trabajo segunda sesión	

### Sesión 3 - miércoles 11 de marzo 2021

Horario	Actividad	Asistentes
9.00 – 10.00	Dimensión 5. Recursos materiales y servicios Procesos incluidos <ul style="list-style-type: none"> <li>• PS01a. Gestión de recursos económicos y materiales</li> <li>• PS01b. Gestión de Servicios</li> </ul>	Responsables de los procesos
10.00 - 10.15	Pausa	
10.15 – 11.00	Dimensión 6. Información pública y rendición de cuentas <ul style="list-style-type: none"> <li>• PS06. Información pública y rendición de cuentas.</li> </ul>	Responsables de los procesos
11.00 – 11.30	Pausa	
11.30 – 12.15	Entrevista Comisión de Calidad	Comisión de Calidad
12.15 – 13.00	Entrevista con directores/as de departamento	Directores/as de departamento
13.00 - 13.30 13.30	Reunión interna CEE Fin trabajo tercera sesión	

#### Sesión 4 – jueves 12 de marzo 2021

9.00 – 10.00	Entrevista con el personal docente	
10.00 – 10.10	Pausa	
10.10 – 11.00	Entrevista con estudiantes y egresados	
11.00 – 11.20	Pausa	
11.20 – 12.15	Entrevista equipo técnico de calidad UAB	
12.15 – 13.15	Reunión interna CEE-SGIC	
13.15 – 13.30 13.30	Informe sobre las conclusiones preliminares y despedida Fin trabajo cuarta sesión	

En fecha 19 de mayo 2021, la Facultad de Filosofía y Letras comunica que no presentará alegaciones al Informe previo de la visita de Certificación del SGIQ.

## 2. Incidencias

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

## 3. Actitud de la comunidad

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

En este sentido, el 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

---

La Facultad de Filosofía y Letras de la UAB está formada por 11 departamentos y en el momento de la visita se ofrecen 35 estudios oficiales, 19 grados y 15 másteres, con casi 4.000 estudiantes. Al hablar de “Centro” en este informe nos referimos a la Facultad.

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

- PE01 -Definición de la política y objetivos de calidad
- PE02 -Definición, despliegue y seguimiento del SGIC
- PC09 - Gestión documental
- PS03 - Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones.

Para la evaluación de la dimensión, el CEE ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con 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 muy adecuados para asumir dichas funciones y presentan una alta implicación (satisfactorio).*

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

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

El Centro dispone de un Manual de Calidad que define la estructura organizativa del Centro donde se describen las diferentes comisiones.

Tal y como se describe en el Manual de Calidad, cada uno de los procesos del SGIC de la Facultad de Filosofía y Letras, se describe en un procedimiento con el mismo nombre, que tiene asignado un propietario y un gestor. El propietario tiene la responsabilidad de llevar a cabo el seguimiento del proceso, de la propuesta de mejoras y de garantizar su implementación. El gestor se encarga de la gestión del proceso, de la documentación, del mantenimiento de los indicadores, de la detección de puntos débiles y de hacer la revisión periódica del proceso. En el Manual se adjunta una tabla con dichos cargos.

De manera general en el Manual se citan los grupos de interés vinculados con el desarrollo de los programas formativos y sus resultados y su canal de participación. De manera concreta en cada procedimiento, se explica qué grupo de interés participa y el mecanismo para su participación.

En el último año el Centro ha desplegado la Comisión de Calidad del Centro, con reuniones periódicas. La composición de la Comisión de Calidad se regula en el reglamento.

Los diferentes comités y comisiones que el Centro dispone garantizan la participación de los principales grupos de interés en la gestión del Centro, destacando el equipo directivo, PDI, PAS y los estudiantes.

*RE-1.1.1. Actualizar la documentación del SGIC alineándolas con las responsabilidades de la Comisión de Calidad.*

Revisar y actualizar los procedimientos y el Manual del SGIC y el Reglamento de la Comisión de Calidad para armonizar las responsabilidades a las competencias establecidas en el artículo 5 del Reglamento de la Comisión de Calidad (por ejemplo, en el flujograma del PE02 o en la página 35 del manual de calidad).

(1.2) Política y objetivos de calidad (estrategia de calidad).

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

El Centro define como Política de Calidad el conjunto de seis líneas estratégicas para un periodo de tres años vinculado al mandato del Decano y alineadas con las del Plan Estratégico de la UAB. Las líneas estratégicas se definieron hace 6 años, con la primera elección del decanato actual y se revisaron hace tres años con la reelección. Se concretan en 13 objetivos estratégicos y 22 indicadores estratégicos. De este Plan deriva un Plan de mejoras con 19 acciones finalizadas, 39 acciones en proceso y una no iniciada. La Política de Calidad no ha sido aprobada por ningún órgano colegiado, aunque se considera asumida en base a la presentación de su evolución en las reuniones de la Junta Permanente y en el Informe Anual del Decano ante la Junta de Facultad.

El documento “Linies Estratègiques de la Facultat de Filosofia I Lletres (2018-2021)”:

- define la misión y la visión
- incluye un análisis del punto de partida de cada línea estratégica
- describe las 6 líneas estratégicas del Centro, cada una de ellas con las actuaciones a realizar y los objetivos a alcanzar.

En la página web, el Centro dispone de una página destinada a informar sobre el SGIC de la Facultad, en ella se incluye el mapa, los procedimientos, el Reglamento de la Comisión de Calidad, pero no se incluye la Política de Calidad. Al tratarse de un documento clave se recomienda publicarla también en esta página.

*RE-1.2.1. Potenciar la implicación de los grupos de interés externos. Así, por ejemplo, los egresados y ocupadores no forman parte de los órganos colegiados que son responsables del SGIC.*

*RE-1.2.2. Se recomienda que la Política de Calidad sea refrendada por la Junta de Facultad o algún órgano colegiado representativo de la misma.*

*RE-1.2.3. Publicar la Política de Calidad ligada a las líneas estratégicas también en la página web destinada a informar sobre el SGIC.*

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

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

El mapa de la Facultad muestra una estructura y procesos que difieren poco del mapa de procesos de la UAB.

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

El mapa muestra las interrelaciones entre proceso o agrupaciones de procesos más relevantes. Como grupos de interés que intervienen en las entradas y salidas del mapa de procesos aparecen el alumnado y los agentes sociales.

La descripción de procesos realizada coincide y es coherente con los procesos reflejados en el mapa de procesos. En el diagrama de flujo que describe cada proceso se indican las relaciones respecto los otros procesos.

*RE-1.3.1. Revisar en el mapa de procesos la representación gráfica de la implicación de los grupos de interés.*

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

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

El sistema de calidad tiene en cuenta las directrices AUDIT, todos los procesos y sus procedimientos se vinculan a cada una de las dimensiones del programa AUDIT. En el Manual de Calidad (v2020) se presenta una tabla que muestra el vínculo entre directrices del programa AUDIT, su objetivo y los procedimientos del SGIC.

El SGIC presentado garantiza el desarrollo de los programas, en este sentido el Centro ha superado seis visitas de acreditación desde el año 2015.

En las entrevistas se evidenció que el equipo decanal considera que el SGIC es una herramienta imprescindible, al ser un sistema de gestión estable, sólido, trazable y transparente.

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

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

La gestión documental del Centro está descrita en el procedimiento clave PC-09 Gestión documental. Este procedimiento describe la gestión de los documentos clave del SGIC en concreto:

- Manual
- Procedimientos
- Informes de revisión
- Plan de mejora
- Indicadores

Para realizar esta evaluación, el Centro ha presentado un sistema de documentación del SGIC en un repositorio denominado NEBULA donde se recoge la documentación que define el SGIC (procedimientos) y los documentos que genera el SGIC (evidencias). En concreto, las evidencias que se recogen en este repositorio son los procedimientos del SGIC, el informe de revisión de los procesos, indicadores y los planes de mejora. No se archivan en este repositorio los inputs y outputs definidos en cada procedimiento.

El Centro dispone de un repositorio OneDrive (archivo digital de la FiLL), bien estructurado, donde se incluyen registros de las comisiones, títulos, indicadores, mejoras... Se trata del archivo digital central de los inputs y outputs de cada procedimiento. El sistema permite gestionar los accesos, en función de la confidencialidad de los datos.*AM-1.5.1. Incorporar el Archivo Digital en el procedimiento de gestión documental.*

El CEE considera que el Archivo Digital es una buena herramienta. El Centro debe incorporar esta herramienta en el procedimiento de gestión documental, con el fin de definir las responsabilidades de archivo, revisión, actualización y conservación de documentos.

*RE-1.5.1. Analizar el uso y disponibilidad de diferentes herramientas para la gestión de la documentación, con el fin de evitar la duplicidad de información.*

En opinión del Comité, se recomienda que el Centro se plantee si es necesario mantener el repositorio NEBULA, puesto que gran parte de la documentación está en la página web, y solo mantener el archivo digital en el "OneDrive".

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

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

El Centro recoge datos e indicadores fiables de todos los procesos. Como se describirá a lo largo del informe, el Centro dispone de diferentes aplicaciones para su recogida.

Los indicadores del SGIC se recogen en una tabla de indicadores, que recopila indicadores relevantes de cada dimensión, con datos de los últimos años. Algunos de estos indicadores se consideran estratégicos, y permiten el seguimiento del Cuadro de mando de la Facultad.

El sistema de gestión de la información permite un acceso fácil y completo a los indicadores y resultados (académicos) relacionados con la ejecución de los títulos para los diferentes grupos de interés, al estar publicados en la página web, aunque no están incorporados los resultados de las encuestas de satisfacción del estudiantado con la docencia.

Los indicadores relacionados con la ejecución de los procesos están disponibles para las personas que tienen acceso a NEBULA, según criterios establecidos por la Dirección del Centro.

*AM-1.6.1. El sistema de recogida de información se debe ampliar a todos los resultados (indicadores de rendimiento y de satisfacción) que gestiona el SGIC del Centro.*

*AM-1.6.2. Coordinar tiempos y actuaciones entre la obtención de datos e indicadores, la revisión e informes de los procesos del SGIC y el informe anual de la Facultad.*

El calendario para la recopilación de datos e información para realizar los diferentes informes de rendición de cuentas presenta ciertas disfunciones temporales. Se deben coordinar tiempos y actuaciones entre la obtención de datos e indicadores, la revisión e informes de los procesos del SGIC y el informe anual de la Facultad, con el fin de incrementar la eficiencia.

*RE-1.6.1. Completar los datos del Datawarehouse y Datadash de la UAB con los datos de encuestas de satisfacción de estudiantes, y avanzar en el despliegue de indicadores estratégicos UAB y establecer los hitos.*

(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 la toma de decisiones para garantizar la calidad de las titulaciones.*

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

El sistema de garantía de calidad evaluado por AQU en el 2010, ha sido revisado de manera global en tres ocasiones: 2017, 2019 y 2020. En la última revisión, destaca la inclusión de diagramas de flujo en todos los procedimientos y la revisión de los indicadores, así como mejoras en la redacción.

Cada responsable de proceso realiza la revisión del proceso que tiene asignado. En los informes correspondientes, que se realizan cada dos años, destaca el análisis de los resultados de los indicadores, los puntos débiles y fuertes, así como la propuesta de Plan de mejoras.

Las acciones de mejora previstas están ligadas a cada procedimiento y al plan estratégico.

Para cada acción, se identifica:

- una codificación que permite referenciar la acción

- el responsable de su ejecución.

No se identifica:

- la financiación necesaria y el coste en horas

- aplicabilidad a nivel de Centro.

El Informe Anual de cada proceso incluye un análisis de su ejecución, resultados y propuestas de mejora. Estas propuestas de mejora no siempre pasan a formar parte del Plan de Mejoras general de la Facultad. La máxima dificultad que ha evidenciado el Comité es la dificultad del seguimiento, que no permite un seguimiento fiable o eficiente.

*AM-1.7.1. Reformular el instrumento empleado actualmente o utilizar alguna otra herramienta que garantice la correcta gestión del plan de mejoras del Centro.*

El sistema actual de recogida y gestión del Plan de Mejoras, mediante un documento Excel, resulta dificultoso y se ha mostrado ineficiente. No siempre se recogen todas las Acciones de Mejora que figuran en los Planes de Mejora de los informes anuales de los distintos procesos y no hay una priorización clara de las mismas. Asimismo, la gestión del Plan no permite tener un conocimiento claro de la situación y de las repercusiones de este sobre la mejora. Es necesario reformular el instrumento o utilizar un aplicativo para gestionar el Plan de Mejoras del Centro. Esta mejora, se vincula a todas las dimensiones evaluadas.

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

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

Implantación parcial       Implantación suficiente       Implantación avanzada

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

- PE03. Creación y diseño de nuevas titulaciones. Mapa de titulaciones.
- PC07. Seguimiento, evaluación y mejora de las titulaciones.
- PC08. Modificación y extinción de titulaciones.
- PC10. Acreditación de titulaciones

En esta dimensión se ha valorado también el siguiente procedimiento relacionado con la satisfacción de los grupos de interés.

- PS04. Satisfacción de los grupos de interés

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

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

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

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

En todos los procedimientos presentados quedan bien definidas las responsabilidades y las personas implicadas en las diferentes actividades.

Se definen de manera clara las responsabilidades de la UAB y las de la Facultad. La aprobación de la oferta educativa de la UAB es responsabilidad del Equipo de Gobierno de la UAB y se aprueba por la Comisión de Asuntos Académicos, en la que participa el Decano de la Facultad.

Dentro del Centro, cada propuesta es valorada por una comisión de Plan de estudios que valora su viabilidad.

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

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

Cada una de las actuaciones para el desarrollo de los programas formativos se llevan a cabo siguiendo el Marco VSMA y están definidas en un procedimiento interno donde se detallan las etapas y sus responsables.

La propuesta de un nuevo título puede partir de diferentes órganos: departamentos, Junta académica o coordinadores. Esta propuesta es validada internamente por el equipo del Decano antes de que la propuesta sea elevada al Consejo de Gobierno de la UAB.

Las propuestas de modificación de un programa formativo parten del coordinador del título.

La Vicedecana de Calidad, con la colaboración del Vicedecano de Estudios de Postgrado y con el apoyo de la técnica de calidad, elabora el Informe de Seguimiento de Centro (ISC). El Informe de seguimiento es anual, con una estructura previa establecida, y se elabora con la participación de las distintas áreas implicadas.

Hasta la fecha, la Facultad ha superado seis visitas de acreditación.

### (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).*

El Centro presenta un Cuadro de indicadores global. Cada uno de los procedimientos vinculados a esta dimensión dispone de un conjunto de indicadores y un plan de mejora.

En algunos procesos encontramos indicadores de resultados, y en otros se incluyen también indicadores sobre el proceso. Por ejemplo:

- Los indicadores del proceso: Proceso PC07. Seguimiento, evaluación y mejora de las titulaciones, están relacionados con los indicadores de resultados, pero no se observa ningún indicador que gestione este proceso, como número de mejoras por proceso, tiempo destinado, etc. A diferencia del proceso PC08. Modificación y extinción de titulaciones, que dispone de indicadores de proceso.

En este Cuadro se muestran los indicadores agrupados por grado y máster.

En relación con las encuestas de satisfacción de los grupos de interés:

El Centro recoge periódicamente la satisfacción de estudiantes y egresados. Se detecta que:

- No están en el repositorio los Informes de resultados sobre el grado de satisfacción de los grupos de interés (PS04\_Out02).

En la web hay una página destinada a la publicación de los resultados de las encuestas de evaluación y satisfacción. Al consultar esta página se observa:

- Encuesta de evaluación de la actuación docente: solo hay datos de participación por Centro y departamento.

- No hay resultados de las encuestas de prácticas y trabajos finales de titulación publicadas.

*AM-2.3.1. El Centro debe incorporar en el repositorio y publicar los resultados de las encuestas de satisfacción, en especial las de la actuación docente, prácticas y trabajos finales de titulación.*

Los resultados de todas las encuestas de satisfacción no están publicados en el repositorio.

*RE-2.3.1. Se recomienda incorporar indicadores de proceso, en todos los procesos del SGIC.*

#### (2.4) Análisis y mejora periódica 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).*

La Facultad analiza cada procedimiento en su informe de revisión. Además, relacionado con esta dimensión, el Centro realiza el informe de seguimiento de Centro (ISC).

El ISC analiza cada una de las dimensiones de la Guía de acreditación y, para cada título, se establecen un conjunto de mejoras.

Se destaca como elemento básico de reflexión y análisis las Comisiones de Revisión de los Estudios.

Para la modificación de los títulos se tienen en cuenta la opinión de egresados, empleadores y estudiantes. Se considera que la opinión de los estudiantes es especialmente relevante para la configuración de los grados que combinan dos títulos.

La opinión de los empleadores ha sido determinante en la inclusión de una asignatura de Prácticas Externas, de carácter optativo u obligatorio, en todas las titulaciones.

Al revisar el Plan de Mejoras, el CEE observa discrepancias que evidencian los déficits en el seguimiento, y que la herramienta utilizada no es eficiente (*ver AM 1.7.1*).

- Las mejoras del Grado de Antropología: (5 mejoras en el ISC) no están en el Excel global de mejoras, ni por Centro ni por grado.
- En el Grado de Estudios de Inglés y Francés. Estudio del abandono, acción del 2018-2019, en ISC2019-2020, sale como mejora: todavía no iniciada.
- Excel e informe de revisión; no coinciden ejemplo PE03-05 y PE03-06.
- Grado en Filosofía: propuestas de mejora numeradas, que no coinciden con las del Excel. En el Excel no están todos los grados.

*AM-2.4.1. Incorporar al Plan de Mejoras del Centro las Acciones de Mejora identificadas en la revisión y análisis de los resultados de las titulaciones, estableciendo la temporalización y responsables de su ejecución y seguimiento.*

Los informes anuales de cada proceso recogen acciones de mejora, algunas de ellas después no se incorporan al Plan de Mejora y pueden quedar relegadas. Se ha detectado que la falta de coordinación entre dos acciones de mejora concurrentes sobre un mismo objetivo conduzca a que no se ejecute ninguna de las dos. Hay un conjunto de mejoras, que se

detectan, pero no queda evidenciado su seguimiento tal y como el procedimiento del Centro establece.

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

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

Implantación parcial       Implantación suficiente       Implantación avanzada

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

- PC01. Definición de perfiles de ingreso, graduación y acceso a los estudios
- PC02a. Programación docente de las asignaturas
- PC02b. gestión de las guías docentes
- PS02. Organización y gestión académica
- PC05. Evaluación de los estudiantes
- PC03a. Gestión de las Prácticas Externas.
- PC03b. Gestión de los Trabajos de Fin de Estudios
- PC04. Orientación al alumnado.
- PS05. Inserción laboral de las personas tituladas.
- PC06. Gestión de la movilidad del alumnado, PAS, PDI

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).*

En todos los procedimientos presentados quedan bien definidas la cadena de responsabilidades y las personas implicadas en las diferentes actividades, para asegurar el funcionamiento adecuado de los procesos de enseñanza-aprendizaje y de los relacionados con el apoyo a los estudiantes, y para el análisis y la mejora de estos procesos.

Las reuniones de los delegados de curso con los coordinadores de título es el primer eslabón de la cadena de relación del estudiantado con los responsables de la Facultad. Esta vía se completa con otros elementos: programa OPINA, asamblea de estudiantes, reuniones de los representantes con el Vicedecano de la Comunidad, etc. que da como resultado que los estudiantes estén muy satisfechos con los procesos de enseñanza-aprendizaje y con el apoyo que les presta la Facultad en su conjunto.

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

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

Los procedimientos mencionados anteriormente recogen las actividades relacionadas con la enseñanza-aprendizaje y el desarrollo de los programas formativos.

La UAB establece los criterios para la elaboración de las guías docentes y el Centro los adapta a sus características. Los profesores elaboran la Guía Docente con la supervisión del Coordinador de la Asignatura y el Coordinador del Título es el responsable de su aprobación.

El análisis de la eficacia de los procesos ha conducido a algunos desdoblamientos de procesos para mejorar el circuito de ejecución.

Aunque el programa de Prácticas es reciente y está poco evolucionado, forma parte de la estrategia del Centro y está en pleno desarrollo. La gestión del programa de prácticas depende de un Vicedecano, en el caso de los grados, y del Coordinador del máster, en el caso de los másteres.

La asignación, seguimiento y evaluación de los trabajos Fin de Título tienen un procedimiento estandarizado.

La UAB tiene un reglamento propio para la evaluación de los estudiantes que establece al menos tres ítems de evaluación y ninguno puede alcanzar una ponderación del 50% de la cualificación final.

Se ha realizado en fechas recientes una auditoría del sistema de evaluación que condujo, entre otros extremos, a establecer instrucciones de cambio en las guías de las asignaturas.

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

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

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

El Centro tiene un Plan de Acción Tutorial (PAT) bien estructurado, aunque de escaso conocimiento entre los estudiantes. Aunque los procedimientos existentes, que tienen su elemento principal en el Coordinador de Título, son suficientes para el apoyo a los estudiantes, se deben mantener las acciones para dar mayor difusión del PAT, como la infografía realizada, con el fin de que los estudiantes puedan utilizar la vía establecida en el SGIC para la orientación académica y profesional.

En el Centro está implantada la figura del tutor individual del alumnado, aunque la situación sanitaria retrasó el proceso de asignación.

(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 completa, fiable y sistemática sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje y el apoyo a los estudiantes (satisfactorio).*

El Centro recoge en su matriz de indicadores del SGIC un conjunto de indicadores relacionados con los diferentes procesos listados al inicio de la sección, que proceden de diferentes fuentes gestionadas cada una de ellas por el responsable del proceso.

Además de las vías de recogida de información a través de los órganos colegiados, o las reuniones de los coordinadores de titulación con los delegados y representantes de estudiantes, el Centro realiza una reunión semestral con los estudiantes de primer y segundo curso y otra con los de tercer y cuarto curso.

El centro dispone de las reclamaciones o consultas del Portal Opina – portal centralizado de la UAB, para gestionar percepciones de los estudiantes, PAS, PDI (quejas-felicitaciones-sugerencias). LA UAB envía a cada centro las solicitudes que le afectan. Las respuestas son centralizadas por el administrador de Centro.

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

*El proceso de enseñanza-aprendizaje y el apoyo al alumnado son eficientes y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Dicho plan es completo y estructurado. Se lleva a cabo un seguimiento sistematizado del plan de mejora (satisfactorio).*

El Centro presenta evidencias de que se están analizando los procesos y se llevan a cabo mejoras. Por ejemplo:

- Se está trabajando en la línea de refuerzo de la enseñanza de primer curso, con sesiones de acogida, indicaciones claras sobre la conveniencia de que participen en la docencia profesores permanentes, asignación de tutor individual, reuniones del coordinador con los estudiantes de primero.
- También se organizan reuniones del servicio de “ocupacionalidad” con los estudiantes de los últimos cursos, aunque los estudiantes no muestran una satisfacción clara con estas reuniones.

Tal y como se ha detectado en las otras dimensiones, los análisis y las acciones de mejora resultantes de los procesos asociados a la enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado: PC01, PC02A, PC02B, PS02, PC05, PC03A, PC03B, PC04, PS05, PC06 deberían ser más sistemáticos (ver acción AM .1.7.1).

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

- PE04. Política, Gestión y Formación del Personal Docente e Investigador (PDI)

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

- PE05. Política, Gestión y Formación del Personal de Administración y servicios (PAS)

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).*

La cadena de responsabilidades asociada a los procesos listados anteriormente está bien definida, garantiza la recogida de información y es adecuada para asegurar la competencia y la cualificación del personal académico.

En todos los procedimientos presentados quedan bien definidas las responsabilidades y las personas implicadas en las diferentes actividades.

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

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

Los procesos del SGIC contemplan las acciones necesarias para la gestión del personal académico y el desarrollo de los programas formativos.

Para la asignación de la docencia se tienen en cuenta las directrices del Vicerrectorado, las indicaciones del Decanato, criterio de competencia y especialidad del profesor, los condicionantes de profesorado permanente/no permanente (como criterio general el profesorado de primer curso debe ser permanente) y las propias preferencias del profesorado.

*RE-4.2.1. Se recomienda que los departamentos dispongan de un documento con los criterios de asignación de la docencia que pueda suplir la falta de consenso del sistema actual.*

(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).*

En relación con las actividades de formación:

La Facultad sigue el plan de formación general ofrecido por la UAB- ICE. En este plan se incorporan propuestas que pueden surgir de la Facultad. Para ello el Secretario Académico y Vicedecano de Economía, Infraestructuras y Promoción hace una valoración de las necesidades de formación docente del PDI de la Facultad, de acuerdo con los objetivos estratégicos del Centro y las necesidades planteadas por las comisiones de docencia o el propio PDI, y elabora una propuesta de formación a medida para el PDI de la Facultad. Esta propuesta se eleva a UAB.

No se presenta un plan propio o especializado para la Facultad. Si bien en el procedimiento se indica que existe un “Programa de Ayudas para la organización de actividades” en forma de jornadas, simposios, etc. que tengan relación con la docencia de grado y de máster, no se han observado evidencias de estas actividades.

Como evidencias, el Centro presenta una recopilación de las acciones de formación realizadas, las actividades se organizan en diferentes ejes para potenciar competencias transversales como: habilidades TIC, información estratégica, mejoras docentes, etc. En este registro no se recogen las actividades como seminarios, congresos o actividades de carácter más técnico o científico.

En relación con las actividades de evaluación:

Los estudiantes realizan encuestas de evaluación del profesorado de cada asignatura, con ítems sobre la asignatura y sobre el profesor. Cada profesor recibe los resultados de la suya, el director de departamento, coordinador de cada titulación y Decano las de los profesores del departamento, titulación y Facultad, respectivamente.

No se realizan encuestas de satisfacción a los docentes, aunque la UAB tiene en proyecto establecer este procedimiento.

El Centro dispone del Manual de Evaluación Docente, al que pueden acogerse los docentes permanentes. Para la evaluación del personal no permanente no existe una sistemática establecida. El Centro dispone del Premio de Excelencia docente como mecanismo de promoción y reconocimiento. Se realiza una convocatoria general de la UAB y cada Facultad la adapta y hace una propuesta de candidatos. La Junta Permanente es la encargada de

realizar la propuesta de candidatos. La Facultad hace un reconocimiento propio a los profesores, propuestas con un incentivo económico que deben dedicar a actividades de innovación docente.

*RE-4.3.1. Se recomienda que el Centro valore la incorporación de mecanismos para evaluar al personal no permanente.*

*RE-4.3.2. Potenciar el Plan de Formación del PDI incluyendo actividades propias del ámbito de conocimiento del Centro.*

Las acciones del plan de formación tienen una orientación general al conjunto del PDI de la UAB. Se recomienda potenciar el plan de formación del Centro, con actividades más vinculadas al ámbito de conocimiento del centro.

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

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

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

El procedimiento no incluye la recogida de información de la satisfacción de docentes a través de encuestas, esta se realiza a través de los comentarios en reuniones o el canal Opina de la UAB.

En el cuadro de indicadores se presentan 6 indicadores: 3 de ellos sin datos.

*AM-4.4.1. Establecer valores objetivo en los indicadores definidos para la dimensión de profesorado.*

Con el fin de conocer si la evolución de un indicador es la prevista, los indicadores deberían referenciarse respecto a un valor objetivo o un valor de referencia. Por ejemplo: Horas HIDA del profesorado con grado de titulación doctor, es difícil saber cuan cerca o lejos el Centro está del valor óptimo o deseado.

*AM-4.4.2. Establecer un sistema anonimizado para la recogida de la satisfacción del PDI.*

Es necesario que el Centro, o la UAB de forma centralizada, establezca un procedimiento para recoger la satisfacción del profesorado. Además de los sistemas usuales de análisis de la satisfacción mediante reuniones informales o de los órganos de representación, un sistema anónimo de análisis de la satisfacción puede facilitar que salgan a la luz aspectos no detectados. También se deben incorporar mecanismos para obtener el grado de satisfacción de tutores de prácticas y de empleadores.

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

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

Existe un procedimiento para la evaluación de la docencia del profesorado en el que el informe positivo del Decano y las encuestas de los estudiantes son determinantes para la valoración positiva y la adjudicación de complementos docentes.

El Centro revisa anualmente este proceso, que deriva en un Plan de Mejora. Asimismo, a partir de los Informes de Seguimiento anuales, también surgen mejoras relacionadas con la gestión del procedimiento para la evaluación de la docencia del profesorado. Se observa que las propuestas de mejora del procedimiento PE-04 no están en el Excel global del Centro, pero sí en el parcial del procedimiento (vincular con *AM-1.7.1*).

## 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:

- PS01a. Gestión de recursos económicos y materiales
- PS01b. Gestión de Servicios

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

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

*La cadena de responsabilidades para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos relacionados con los recursos materiales y los servicios, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos, es 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 (satisfactorio).*

La cadena de responsabilidades asociada a los procesos listados anteriormente está bien definida, garantiza la recogida de información y es adecuada para asegurar la gestión de los recursos materiales y los servicios.

La gestión de la mayoría de los recursos materiales y los servicios se realiza de manera centralizada por parte de la UAB. La Facultad participa en su gestión a través de su participación en las diferentes comisiones. La intervención de la Facultad es diferente en cada servicio, por ejemplo, la Biblioteca dispone de una gestión independiente con un sistema de calidad certificado por ISO 9001, en el Servicio de Informática Distribuida las decisiones tecnológicas se toman de manera global tras las peticiones de las Facultades, pero parte del personal está localizado en el Centro para atender las necesidades habituales.

Dentro de los servicios centralizados, la participan del Centro es estable en el Servicio "Cultura en Viu", donde la Facultad tienen un papel relevante dentro de la UAB, y la Cartoteca es un servicio centralizado, pero se gestiona desde el Departamento de Geografía y con una comisión de usuarios propia.

La Facultad únicamente gestiona de manera propia el servicio de soporte docente: Servicio de Tratamiento del Habla y el Sonido (STPS).

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

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

La casuística de gestión de los servicios es muy variada. La mayoría se prestan de manera centralizada y se considera que caen fuera del alcance del SGIC del Centro.

La gestión de los diferentes recursos se lleva a cabo de manera clara. A partir de un estudio de necesidades por parte de la Facultad se transmite a los gestores UAB. En general, todas las peticiones son realizadas a través de los coordinadores de servicio del Centro, y validados por el servicio central. Si bien, actuaciones de carácter puntual, como el soporte informático, son gestionadas por la Facultad.

*AM-5.2.1. Incorporar en los informes anuales información completa sobre la interrelación entre la UAB y la Facultad.*

El Centro presenta un único procedimiento que engloba las actividades principales. Este procedimiento, junto con el flujograma, es suficiente para establecer las líneas generales. El Comité considera que el Centro debe incorporar en los informes anuales información completa sobre la interrelación entre UAB y Facultad, que facilite un mejor análisis de la situación de cada servicio centralizado en el Centro con el fin de proponer acciones de mejora.

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

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

En la matriz de indicadores del SGIC, el Centro recoge información:

- Los resultados de la encuesta de satisfacción de los servicios realizada a los titulados.
- Datos sobre la participación de los alumnos en actividades formativas.
- El número y presupuesto de las actuaciones en mantenimiento y mejora de los espacios y equipamiento docente.

Las encuestas de satisfacción periódicas sobre la opinión de los alumnos de los diferentes servicios y recursos (biblioteca, aulas, infraestructuras) son realizadas de manera centralizada.

*AM-5.3.1. Mejorar la recogida de información sobre los recursos materiales y el funcionamiento y satisfacción con los servicios centralizados y propios.*

Si bien la prestación de los servicios está centralizada, el Centro debería mejorar la recogida de información sobre los recursos materiales y el funcionamiento y satisfacción con los servicios centralizados y propios (aulas, laboratorios, biblioteca, administración y secretaría, etc. El Centro puede incorporar en la matriz de indicadores del SGIC los indicadores relacionados con los diferentes servicios y recursos materiales, para evidenciar su seguimiento y su impacto en el Centro. Por ejemplo: un indicador ligado a las aulas, un indicador de los servicios TIC.

*RE-5.3.2. Siendo el Servicio de Tratamiento del Habla y el Sonido (STPS) el único servicio docente gestionado por el Centro, se debería aportar más información sobre su análisis y mejora.*

(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).*

El Centro revisa anualmente este proceso, que deriva en un Plan de Mejora. Asimismo, a partir de los Informes de Seguimiento anuales también surgen mejoras relacionadas con la gestión de los recursos y servicios.

En concreto, para esta dimensión el Plan de mejoras presenta un conjunto de 11 mejoras en proceso relacionadas con las aulas, recursos físicos, actividades de formación, etc.

El CEE observa que los periodos de resolución de las acciones son, en algunos casos, prolongados (acciones con origen al curso 2017/2018). No se observa ninguna acción finalizada.

No se observan mejoras que provengan de los resultados de las quejas, sugerencias y felicitaciones (PS03) y de la satisfacción de los grupos de interés (PS04).

*AM-5.4.1. Revisión de los procesos de gestión de los recursos económicos y materiales y los servicios indicando la sistemática para su análisis y la toma de decisiones.*

Los procesos (PS01a Gestión de recursos económicos y materiales y PS01b Gestión de servicios) no establecen de forma clara la sistemática para el análisis y la toma de decisiones con respecto a los recursos materiales y la prestación de servicios. Aunque la variedad de dependencia de los servicios (centralizados, dependientes del centro, pero orientados a toda la UAB, propios del centro, etc.) no permita establecer un procedimiento general, es necesario establecer unas líneas generales de análisis de la satisfacción y respuesta a las necesidades de mejora detectadas, así como potenciar el seguimiento de las acciones de mejora.

*RE-5.4.1 Se recomienda incorporar o evidenciar como fuente de mejoras las sugerencias de los alumnos relacionadas con los servicios.*

## C6. Información pública y rendición de cuentas

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

Implantación parcial       Implantación suficiente       Implantación avanzada

El Centro dispone del proceso asociado formalmente a esta dimensión:

- PS06 Información pública y rendición de cuentas

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

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

*La cadena de responsabilidades para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos relacionados con la publicación de información y la rendición de cuentas, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos, es la adecuada para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada, pero no siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos (suficiente).*

El procedimiento establece como responsable al Secretario y Vicedecano de Economía, Infraestructuras y Promoción del Centro, y la responsabilidad de la gestión se asigna al Administrador del Centro. El proceso incluye una tabla con los gestores de los outputs del proceso (Secretaría del Decanato, Gestión académica y Área de Comunicación y Promoción) y una tabla con los indicadores del proceso.

No se ha definido la periodicidad para la revisión de la página web. Al contener mucha información, sería conveniente conocer qué información y con qué periodicidad se revisa, dado que hay información que caduca con más rapidez que otra.

*A.M-6.1.1. Establecer los responsables y la periodicidad de la revisión para cada tipo de información e incluir las líneas maestras de las actuaciones a ejecutar.*

La página web incluye información de diferente tipo (académica, noticias, actas) la revisión se realiza de manera "sectorializada". Durante la visita se detallaron las diferentes responsabilidades y periodos de revisión en función del tipo de información pública o informes de rendición de cuentas, o actividades como la revisión periódica de enlaces web, que deben incorporarse en el procedimiento.

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

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

La página web y las redes sociales se consideran las herramientas establecidas para la información pública. Las actas e informes de la Junta de Facultad, Junta Permanente y otras comisiones se consideran los elementos clave para la rendición de cuentas a todos los grupos de interés.

En el procedimiento se citan como documentos de la información pública y rendición de cuentas:

- Las actas de las comisiones
- La información académica
- Fichas de títulos
- Información general y noticias.

El CEE observa que el Centro dispone de más elementos de rendición de cuentas que no se citan en el procedimiento, como los informes de seguimiento de Centros, los resultados de las evaluaciones externas, el seguimiento del Plan Estratégico, resultados de las encuestas, resultados del Portal Opina.

El informe de seguimiento del proceso pone de manifiesto el interés de la Facultad en el uso de las redes sociales. Este informe aporta resultados numéricos sobre su uso y objetivos de futuro.

*RE-6.2.1. Incorporar al Informe de Seguimiento del proceso indicadores de calidad y eficacia de las redes sociales.*

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

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

El procedimiento PS. 06 Información pública y rendición de cuentas indica que se revisa periódicamente la información actualizada a través del web de la Facultad y de las redes sociales

El Centro presenta varios indicadores ligados a este procedimiento, pero la mayoría de ellos miden el número y características de los usuarios en la página web, no se presentan indicadores relacionados con la calidad y la actualización de la información pública y la rendición de cuentas, es decir no se mide de manera directa la gestión de este proceso.

El informe de revisión del proceso aporta los datos relativos a la página web por cursos académicos, grados y másteres y se plantea las metas a conseguir. Se incluyen una serie de metas a alcanzar en relación con la información pública y la rendición de cuentas. Se analizan los resultados de la Facultad y se comparan con los de la UAB. Incluye un análisis de los resultados de Twitter, Facebook, Instagram y YouTube de los cursos 2018-19 y 2019-20 y marca objetivos para el curso 2020-21. El informe de revisión del proceso finaliza con el Plan de Mejora.

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

Aunque el Informe Anual del proceso recoge datos numéricos sobre la información en redes sociales y página web, el procedimiento PS06 Información pública y rendición de cuentas

no establece claramente el mecanismo seguido por el Centro para realizar el control, revisión periódica y mejora continua de la información pública que se facilita a cada uno de los grupos de interés. Es necesario introducir indicadores relacionados con la gestión del proceso.

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

*La información pública es, en general, eficiente y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Este 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).*

Las mejoras surgidas de la revisión de este proceso están relacionadas con la mejora de la información pública. Asimismo, en la visita quedó clara la apuesta del Centro por la mejora de la información pública y la rendición de cuenta a través de infografías y el uso de vídeos.

*AM-6.4.1. Se debe mejorar el mecanismo de análisis de la eficacia de la información de la página web y redes sociales en relación con cada grupo de interés.*

El procedimiento PS06 Información pública y rendición de cuentas no establece claramente el mecanismo seguido por el Centro para la toma de decisiones con respecto a la publicación de información y su relación con los diferentes grupos de interés.

## D. Resultado de la evaluación

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

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

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

El CEE propone la **certificación favorable** de la implantación del SGIC de la Facultad de Filosofía y Letras de la UAB a la Comisión Específica de Certificación.

## E. Acta de envío del informe externo

---

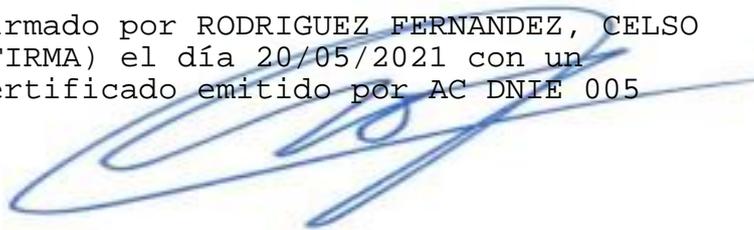
**Centro evaluados:** Facultad de Filosofía y Letras

**Universidad:** Universitat Autònoma de Barcelona

**Fechas de la visita:** 3, 4, 10 y 11 de marzo 2011

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

Firmado por RODRIGUEZ FERNANDEZ, CELSO  
(FIRMA) el día 20/05/2021 con un  
certificado emitido por AC DNIE 005



**Dr. Celso Rodríguez**  
**Presidente del CEE-SGIC**  
**Santiago de Compostela, 20 de mayo de 2021.**

## Anexo. Alcance de la evaluación – Procesos evaluados

### Procesos

PE01. Definición de la política y objetivos de calidad

PE02. Definición, despliegue y seguimiento del SGIC

PE03. Creación y diseño de nuevas titulaciones

PE04. Política, Gestión y Formación del Personal Docente e Investigador (PDI)

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

PC02a. Programación docente de las asignaturas

PC02b. Gestión de las guías docentes

PC03.a Gestión de las Prácticas Externas.

PC03.b Gestión de los Trabajos de Fin de Estudios.

PC04. Orientación al alumnado PC05. Evaluación de los estudiantes

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

PC07. Seguimiento, evaluación y mejora de las titulaciones.

PC08. Modificación y extinción de titulaciones.

PC09. Gestión documental

PC10. Acreditación de titulaciones

PS01a. Gestión de recursos económicos y materiales

PS01b. Gestión de Servicios

PS02. Organización y gestión académica

PS03. Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones.

PS04. Satisfacción de los grupos de interés

PS05. Inserción laboral de las personas tituladas

PS06. Información pública y rendición de cuentas.

Fuera del alcance: PE05. Política, Gestión y Formación del Personal de Administración y Servicios (PAS)