

Informe de Certificación Definitivo

SISCAL madri+d

CENTRO UNIVERSITARIO CARDENAL CISNEROS
UNIVERSIDAD DE ALCALÁ

FUNDACIÓN PARA EL CONOCIMIENTO MADRI+D

Informe de Certificación Definitivo

SISCAL madri+d

Datos de la evaluación

Universidad:	Universidad de Alcalá		
Centro/s a evaluar:	Centro Universitario Cardenal Cisneros - Código del centro: 28026663		
Fechas/s de la visita:	1 y 2 de abril de 2025		
Composición del panel evaluador.			
Presidente:	Gloria Zaballa Pérez	Institución	Universidad de Deusto
Secretario:	Pedro Iglesias Vázquez	Institución	Fundación para el Conocimiento Madri+d
Vocal:	Esther Sans Gaya	Institución	Universidad Politécnica de Catalunya
Vocal:	Eva Garcés de Los Fayos López	Institución	Universidad de Murcia

Composición del Comité de Certificación:			
Presidente:	Federico Morán Abad	Institución	Director. Fundación para el Conocimiento madri+d
Secretario:	Raúl de Andrés Pérez	Institución	Jefe de Área de Calidad Interna. Fundación para el Conocimiento madri+d
Vocal:	Belén Floriano	Institución	Profesora titular de la Universidad Pablo de Olavide
Vocal:	Alberto Peinado	Institución	Profesor Titular de la Universidad de Málaga
Vocal:	Alicia Presencio Herrero	Institución	Estudiante de Doctorado. Universidad Complutense de Madrid

CRITERIOS GENERALES

Este informe recoge la valoración del Sistema Interno de Garantía de la Calidad del centro evaluado de acuerdo a los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d realizada por el panel evaluador en base a la documentación y registros facilitados por el centro evaluado y a las entrevistas realizadas con los grupos de interés.

Para cada directriz el panel evaluador indica el grado de cumplimiento de la misma de acuerdo a la escala establecida por el modelo SISCAL madri+d:

- A. Cumplimiento excelente.
- B. Cumplimiento suficiente.
- C. Cumplimiento suficiente con necesidad de mejora.
- D. Cumplimiento insuficiente.

Criterio 1.- Política de aseguramiento de la calidad.

ESTRATEGIA Y DESPLIEGUE DEL SISTEMA DE CALIDAD.

El centro establece una política de aseguramiento de la calidad, que tiene en cuenta la estructura y el contexto de la organización, los requisitos de los grupos de interés, tanto internos y externos, y que se alinee con su gestión estratégica.

Descripción de procedimientos SIGC

Descripción global de los procedimientos y normativa del SIGC que establecen los mecanismos establecidos para dar respuesta al criterio y las directrices en que se desarrolla.

El Centro Universitario Cardenal Cisneros (CUCC) cuenta con un Sistema Interno de Garantía de Calidad (SIGC) documentado, basado en el modelo de la Universidad de Alcalá y adaptado a sus propias particularidades. La Universidad de Alcalá dispone de un Sistema Interno de Garantía de Calidad, cuya estructura es la siguiente:

- Política de Calidad UAH y Plan estratégico UAH (hasta 2036)
- Política de Calidad de la Facultad de Educación (19/07/2024)
- Manual del Sistema Interno Garantía de Calidad UAH
- PE_01 Definición, aprobación, revisión y difusión de la política y los objetivos de calidad
- PE_05 Certificación del Sistema Interno de Garantía de Calidad y Acreditación Institucional
- IT_00 Revisión, actualización y aprobación de la política y objetivos de calidad del centro (Las IT son específicas de Centro)

La Universidad de Alcalá tiene definido el Manual del Sistema de Garantía Interna de Calidad (MSIGC Rev. 02 aprobado el 12/12/2024), que se estructura en tres bloques en función del tipo de estudio:

- a) El SIGC de Centros con estudios de Grado y Máster Universitario: facultades, escuelas y Escuela de Posgrado y Enseñanzas Propias (sección Estudios Oficiales);
- b) El SIGC de la Escuela de Doctorado, actualmente en revisión, según consta en las evidencias aportadas por UAH.
- c) El SIGC de la Escuela de Posgrado y Enseñanzas Propias (sección Formación Permanente). actualmente en elaboración, según consta en las evidencias aportadas por UAH.

El Centro Cardenal Cisneros (centro adscrito, en adelante CUCC) cuenta con:

Su propio Manual del Sistema Interno Garantía de Calidad. CUCC.(rev. 02 aprobado el 30/11/2024).

Los siguientes procedimientos y documentos:

- o "PE01 Definición, aprobación, revisión y difusión de la Política y Objetivos de Calidad (v2, 21/1/25) (Responsable: Equipo directivo y Comisión de Calidad)
 - IT14 Establecimiento de objetivos anuales del centro (v3, 30/11/24)

- o PM01 Generación y Elaboración de indicadores y Gestión de los documentos del SIGC (v2, 21/1/25) (Responsable: Equipo directivo y Vicerrectorado de Gestión de la de Calidad de la UAH)

En el apartado 3. Estructura del SIGC, se describen las responsabilidades del SIGC. Ver apartado 1.5.

En cuanto a los procesos definidos para dar respuesta a ese criterio:

PE_01 DEFINICIÓN, APROBACIÓN, REVISIÓN Y DIFUSIÓN DE LA POLÍTICA Y LOS OBJETIVOS DE CALIDAD Rev.02 del 21/01/2025:

- Tiene por objeto establecer cómo la Universidad de Alcalá realiza las actuaciones dirigidas a garantizar la definición, revisión y difusión de su política y objetivos de calidad, a la que se acogerán todos sus centros. En el objeto no hace referencia a la aprobación (sí en el título). Se debe incluir en el alcance del proceso todas las actividades que se describen en el mismo.
- No se cumple lo especificado en la página 9 del Manual, 2.3.4. Gestión de los documentos y actualización del SIGC dice *“Cuando se produzca algún cambio se dejará constancia en el número de revisión del encabezado de página y en la tabla de “Control de Cambios” que se encuentra al principio del documento”*. Se recomienda incluir la tabla de control de cambios en todos los procesos del SGIC.
- Según el proceso, los órganos que intervienen son el equipo directivo de la CUCC y la Comisión de Calidad de la CUCC, quienes redactan la propuesta de la política y definen los objetivos. La Comisión de calidad de la CUCC lo eleva a la Junta de Centro quien lo aprueba. El equipo directivo difunde la política y objetivos de calidad de la UAH.
- En el apartado 6. EVIDENCIAS E INDICADORES, se dice Política y Objetivos de Calidad del CUCC. Esto no permite evaluar si las actividades se están llevando a cabo según lo planificado, para poder establecer acciones y garantizar la mejora continua. Se recomienda definir un indicador que permita medir la eficacia del proceso definido, por ejemplo % de objetivos cumplidos.
- En el apartado 7. ANEXOS: consta el Anexo I Flujograma y la relación con la IT_14. En unos procesos aparece Flujograma y en otros, como las IT en el apartado anexos se incluye la relación con los procesos.
- Ni en las actividades ni en el diagrama se hace referencia al seguimiento de los resultados de los objetivos.

En el flujograma:

- El proceso PC_02 Comunicación e información pública y transparencia es entrada en lugar de salida.
- No se hace referencia al Protocolo de Despliegue, Seguimiento y Evaluación de diciembre de 2023 de la UAH, que establece las bases para el despliegue, seguimiento y evaluación de los planes directores y su impacto en el Plan estratégico de la UAH. Para garantizar la trazabilidad de la documentación del SIGC, se deben incluir tanto las relaciones entre los procesos como los documentos relacionados.

Actualmente la Universidad tiene definido el proceso PM_04. Seguimiento de Centros: análisis, mejora y rendición de cuentas, pero no está implantado en este centro. No hay salida de los procesos existentes hacia dicho proceso o un proceso que se defina para asegurar la sistematización de la mejora continua del centro, así como garantizar la trazabilidad de los procesos.

Para el despliegue de los objetivos operativos de calidad, Centro cuenta con la IT_14 *Establecimiento de objetivos anuales del centro* (rev.03, 30/11/2024).

- El objetivo es describir cómo se establece anualmente los objetivos operativos de calidad, así como los indicadores de su consecución. Aunque no se hace referencia a la aprobación y el seguimiento de los mismos, en las actividades sí se describe. Se debe incluir en el alcance todas las actividades que se describen en el mismo.
- . Se articulan objetivos de calidad y objetivos operativos de calidad. Se debe unificar o dejar clara la diferencia entre unos y otros.

En unos casos se hace referencia a objetivos estratégicos, en otros a objetivos de calidad y en otros a objetivos estratégicos de calidad.

Análisis de las evidencias disponibles, por directriz

Directriz 1.1

La institución debe establecer formalmente una política de calidad que dé soporte a la cultura de calidad.

En el caso del SIGC en cuyo alcance se incluyan las enseñanzas propias la política de calidad debe considerarlas específicamente.

En el caso de centros que imparten programas de doctorado la estrategia de investigación debe estar reflejada en la política de calidad específicamente.

Según el Manual del Sistema Interno de Garantía de Calidad de la Universidad de Alcalá, los centros deben establecer su propia política y objetivos de calidad en consonancia con lo establecido por la Universidad.

El centro cuenta con un Sistema Interno de Garantía de Calidad propio basado en el de la Universidad de Alcalá.

El Manual de Calidad de este centro se ha elaborado a partir del SGIC de la Universidad adaptado a las particularidades de centro adscrito.

Dispone de una política de calidad publicada con 9 objetivos (versión 5 de fecha 11/6/2024) y un proceso específico de centro “PE01 Definición, aprobación, revisión y difusión de la Política y Objetivos de Calidad” (versión 2, de 12/12/24) donde se explica cómo se lleva a cabo. En la instrucción de trabajo “IT14 Establecimiento de objetivos anuales del centro” se establece cómo se lleva a cabo su monitorización.

Además de los objetivos de calidad, se establecen 5 líneas estratégicas que se despliegan en el Plan Estratégico del centro. La política de calidad está alineada con el Plan estratégico del Centro y éste a su vez con el Plan estratégico de la Universidad de Alcalá.

Los objetivos de calidad se publican y se trazan cada curso académico. No obstante, estos objetivos de calidad no coinciden con los que están establecidos en la Política de Calidad del centro.

Las evidencias presentadas por el centro y las reuniones celebradas en la visita ponen de manifiesto el establecimiento formal de una política de calidad.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 1.2

En la definición y revisión de la política de calidad se debe tener en cuenta la opinión de diferentes grupos de interés relacionados con el centro y los programas formativos impartidos: estudiantado, profesorado, personal de apoyo, personas egresadas y empleadores.

En el Manual se presentan los órganos responsables en materia de calidad del centro: Junta del centro, equipo directivo, Comisión de calidad del CUCC, unidad de calidad, coordinador de calidad, responsables de calidad de titulación, comisión de docencia, comisión de posgrado, comisión de calidad del máster, coordinador de calidad del máster.

Además, el centro cuenta con el proceso “PE01 Definición, aprobación, revisión y difusión de la Política y Objetivos de Calidad” donde se indica que los órganos responsables en la definición y revisión de la Política de calidad son: el equipo directivo, la Comisión de calidad y la Junta del centro.

Se presentan las correspondientes evidencias (actas, acuerdos e informes) que muestran la participación de los diferentes grupos de interés: actas del Equipo Directivo CUCC, un resumen de los acuerdos de la Junta de Centro 2022-23 y 2023-24 y de la Comisión de Calidad, así como actas de la Junta de Centro, Comisión de Calidad del Centro y Comisión de Calidad de Máster de 2022-23 y 2023-24. En las actas de la comisión de calidad de CUCC revisadas se constata la participación de los estudiantes.

Se constata que la comisión de calidad de CUCC cuenta en su composición con miembros de los distintos grupos de interés internos, como estudiantes y PTGAS, si bien no participan de dicha comisión representantes de los grupos de interés externos como las personas egresadas y el colectivo empleador.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 1.3

El centro debe desplegar adecuadamente la política de calidad, mediante un sistema interno de garantía de calidad documentado, estableciendo objetivos de calidad y dotándose de mecanismos de medición y de realimentación.

El SIGC de la Universidad de Alcalá fue aprobado en Comisión de Calidad el 20 de abril de 2023 y en Consejo de Gobierno el 27 de abril de 2023.

El Sistema cuenta con un proceso de centro relacionado con la Política y objetivos de calidad “PE01 Definición, aprobación, revisión y difusión de la política y objetivos de calidad” y la instrucción de trabajo del centro “IT14 Establecimiento de objetivos anuales del centro” para su seguimiento

El Centro Universitario Cardenal Cisneros, cuenta con su propio Manual del Sistema Interno Garantía de Calidad CUCC.(rev. 02 aprobado el 30/11/2024), en el que se describe la presentación del centro adscrito, su estructura y comisiones, la política de calidad, así como los procesos y las instrucciones definidas. Además, se incluye el anexo II, que muestra la diferencia en los procesos de la UAH y los del centro adscrito.

En la revisión de las fichas de proceso se han detectado algunas incoherencias. Se debe llevar a cabo una revisión de la documentación del SGIC para solventar los aspectos detectados.

La UAH hace seguimientos anuales, por curso académico, a nivel de Universidad (Informe global de seguimiento interno de Centros (Grados, MU habilitantes y Centros adscritos). Por su parte, el CUCC hace seguimientos anuales de centro y de sus títulos, así como planes de mejora tanto de centro como de todos sus títulos.

Respecto a los mecanismos de medición, se establecen indicadores de seguimiento en casi todos los procesos. El centro dispone de un portal estadístico en Power BI. No todos los indicadores disponen de valores de referencia o metas de todos los procesos para que se puedan evaluar sus resultados en base a dichos valores y tomar así decisiones para la mejora del SIGC (ver directriz 6).

En el momento de la evaluación el centro no dispone de un cuadro de mando integral de centro, con los indicadores de todos los procedimientos donde se analicen los resultados del centro en función de sus metas y se tomen acciones de mejora de manera sistemática si fuera necesario, más allá de los resultados de los títulos (ver directriz 9), así como llevar a cabo la revisión de los objetivos de calidad.

Toda la documentación del Sistema se publica en un apartado específico de la web_del centro adscrito.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 1.4

El estudiantado es uno de los grupos de interés clave para los centros universitarios, por lo que debe ser considerado de forma singular en el despliegue de la política de calidad.

En el Manual del SIGC explica cuáles son los principales órganos de decisión del SIGC.

Los estudiantes forman parte de la Comisión de Calidad CUCC, que tiene entre sus funciones aprobar y desarrollar el SIGC, proponer la política y objetivos de calidad del centro. Se ha podido comprobar en las evidencias que el estudiantado participa en las reuniones de la comisión de Calidad de CUCC (acta de 11/07/2024).

Además, forman parte de la Junta de Centro, que se encarga de aprobar la Política de Calidad del CUCC. Se ha podido comprobar en las evidencias que el estudiantado participa en las reuniones de la Junta de Centro, (acta de 03/09/2024).

En el CUCC existe una delegación de Estudiantes es un órgano de representación y coordinación estudiantil en el ámbito del Centro Universitario Cardenal Cisneros. La delegación se reúne en las Juntas de Representantes (compuesta por delegados, subdelegados, plenarios y claustrales). De esta junta sale la Comisión Permanente de la delegación y los representantes en la Junta de Centro.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 1.5

Se deben establecer claramente los órganos de análisis y toma de decisiones del Sistema Interno de Garantía de Calidad y la participación de representantes de los grupos de interés en los mismos.

En el Manual del SGIC se explica que, el SIGC está basado en el de la Universidad de Alcalá, adaptando los capítulos y procesos al CUCC. Se presentan los órganos responsables, su composición y sus funciones en materia de calidad. A su vez, como centro adscrito, participa del SGIQ de la Universidad de Alcalá en cuyo Manual del Sistema (V2) se explica su estructura orgánica en relación a la calidad en función de la tipología de titulación. El centro remite a distintas páginas web en relación a la Junta de Centro, la Comisión de Calidad, la Comisión de Docencia y la Comisión Intercentros. En distintos apartados de este criterio, se presentan actas con la participación de los distintos grupos de interés (comunidad universitaria y empleadores).

Respecto a los órganos de análisis y toma de decisiones del Sistema Interno de Garantía de Calidad, en el apartado 3. SIGC de los centros con estudios de grado y máster universitario habilitante, se describen las responsabilidades del SIGC en el centro. Recae en:

Equipo Directivo del CUCC: Asume las responsabilidades que en los diferentes documentos del SIGC se indican, establece la propuesta de Política y Objetivos del CUCC, nombra un Coordinador de Calidad para que lo represente en todo lo relativo al seguimiento del SIGC, propone a la Junta de Centro del CUCC la revisión de la composición y funciones de la Comisión de Calidad, promueve la creación de equipos de mejora para atender a los resultados de las revisiones y evaluaciones realizadas, liderando en todo momento las actuaciones correspondientes al SIGC.

Junta de Centro: En el manual no consta la composición de la Junta, aunque sí en la página web. Se recomienda incluir la composición de la Junta de Centro, o poner la relación con el documento de la página web.

Entre sus funciones está:

- Aprobar el Sistema Interno de Garantía, aprobar la Política de Calidad del CUCC, aprobar los informes de seguimiento, tanto interno como externo, y los informes de renovación de acreditación de las titulaciones.
- Aprobar el Plan de Mejoras de las titulaciones que se imparten en él.
- La elaboración y modificación de las propuestas de planes de estudio, así como la promoción del perfeccionamiento de las titulaciones que imparte mediante la revisión curricular continua, de forma que se actualicen los objetivos docentes y se introduzcan nuevas metodologías docentes acordes con los mismos.
- Propuesta de creación de nuevas titulaciones, tanto oficiales como propias.
- Propuesta de extinción de cualquiera de las titulaciones impartidas en el centro.

En las actas revisadas no aparecen los cargos de los asistentes a las reuniones de la Junta del Centro, con lo que no se puede evidenciar que todos los miembros de la Junta asisten regularmente a las reuniones que se realizan a lo largo de cada curso. Se recomienda incluir los cargos de los asistentes a las reuniones de la Junta del Centro en las Actas de cada reunión.

Comisión de Calidad del CUCC

Entre sus funciones está:

- Aprobar y desarrollar el SIGC, proponer la política y objetivos de calidad del centro, asegurar, evaluar y mejorar la calidad de todas las actividades relacionadas con el desarrollo de las titulaciones.
- Aprobar el Informe de Seguimiento de la Calidad de cada una de las titulaciones oficiales que se imparten en el Centro.
- Aprobar los informes de renovación de la acreditación de las titulaciones del centro.
- Elaborar el Plan de Mejorar de las titulaciones del centro y efectuar el seguimiento y los resultados de las acciones de mejora emprendidas.

Respecto a la composición de dicha comisión, se ha podido evidenciar en las actas, la participación del estudiantado, excepto en la del día 10/09/2024. Por otro lado, en la web aparecen los cargos y personas componentes de la Comisión de Calidad del Centro, pero en el caso del representante de estudiantes está sin actualizar. Se recomienda actualizar en la página web los miembros de la Comisión de Calidad del Centro.

Asimismo, se recomienda incluir en la Comisión de Calidad del Centro un representante del colectivo de personas egresadas para enriquecer el análisis de resultados del SIGC desde su perspectiva; y se recomienda incluir también a expertos de empresas externas vinculadas a los ámbitos de conocimiento de la facultad, que puedan aportar la visión del mercado laboral para la mejora continua de la gestión del Centro.

Comisión de Docencia del Centro: es el órgano colegiado que informa sobre los temas relacionados con cuestiones académicas. En las actas revisadas no aparecen los cargos de los asistentes a las reuniones de la Comisión de Docencia del Centro, con lo que no se puede evidenciar que todos los miembros de la Comisión asisten regularmente a las reuniones que se realizan a lo largo de cada curso. Se recomienda incluir los cargos de los asistentes a las reuniones de la Comisión de Docencia del Centro en las Actas de cada reunión.

Coordinador/a de Calidad del Centro: Para ayudar en las tareas correspondientes al diseño, implantación, mantenimiento y mejora del SIGC.

Además del Manual de Calidad, hay un apartado de la web del centro dedicado a los órganos de calidad, a sus funciones y su actual composición.

Revisadas las evidencias se constata la participación de los grupos de interés en los órganos de análisis y toma de decisiones.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 1.6

Se deben establecer mecanismos eficaces para que los grupos de interés conozcan la política y el Sistema Interno de Garantía de Calidad.

El SIGC es público en la web, se valora positivamente la transparencia del centro a la hora de publicar toda la documentación del Sistema.

Además de publicar la Política de Calidad y el SIGC en la web del centro, se presenta como evidencia, una muestra de correo dirigido a la Comunidad Universitaria, así como evidencias de las Actas de Evolución de la Política del Centro.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 1.7

La política y los objetivos de calidad deben ser revisados de forma periódica para asegurar su vigencia, analizando resultados obtenidos en los procesos de mejora continua.

No se han encontrado evidencias de la trazabilidad con el Plan Estratégico de la UAH, aunque en el PE_01 se dice “El Centro Universitario Cardenal Cisneros (CUCC) establecerá su política y objetivos de calidad que deberán estar en consonancia con los establecidos por la Universidad en el marco del SIGC.

Tampoco se ha encontrado relación con el protocolo de despliegue, seguimiento y evaluación del plan estratégico de la Universidad de Alcalá.

Según el PE_01, la política y los objetivos del CUCC se revisarán y actualizarán, al menos, cada tres años y siempre que se produzcan cambios en la normativa, plan estratégico y modelo pedagógico que le afecten. El historial de revisiones de la Política y objetivos de calidad es 2009, 2012, 2014, 2021, 2024. En relación a los objetivos de calidad, se lleva a cabo un seguimiento por curso académico desde 2011-2012 hasta la actualidad.

Para el despliegue, cuentan con la IT_14, cuyo objetivo es describir como el Centro Universitario Cardenal Cisneros establece anualmente los objetivos operativos de calidad, así como los indicadores y/o evidencias de su consecución.

Si el PE_01 es de aplicación al centro adscrito no a la UAH, no queda claro, la necesidad de contar con la IT_14 ni la diferencia entre objetivos de calidad y objetivos operativos de calidad.

Se presenta como evidencia:

- El documento del Plan Estratégico de CUCC. Es la primera vez que se hace referencia a Plan estratégico, en el proceso se utiliza el término objetivos de calidad. Consta la misión, visión y valores, así como las líneas estratégicas definidas. Para cada línea se definen los indicadores y las acciones a llevar a cabo.
- El Plan Director. Seguimiento Plan Estratégico CUCC. Es la primera vez que se hace referencia al Plan director, dado que en el PM_01 no hace referencia.

Revisada la evidencia (libro Excel):

- Existe una correcta trazabilidad entre el documento de Plan Estratégico y el Excel.
- Unos objetivos tienen indicador y meta y son cuantificables (80% de PDI plena tiene DOCENTIA) y otros no, como por ejemplo: "Estudiantes matriculados en títulos online" o "se ha creado un modelo CUCC de reconocimiento de la investigación". Se recomienda establecer metas (además de indicadores) a todos los objetivos, para que se facilite comprobar el grado de consecución de dichos objetivos.
- Para cada uno de los objetivos, se añaden las columnas correspondientes para incluir el avance de las acciones realizadas. En algunos casos, la descripción del avance es muy escueta, por ejemplo "Acciones". Se recomienda ampliar la información sobre el seguimiento de las acciones realizadas.
- No hay seguimiento de los indicadores establecidos. En todos se especifica que en 2026 "evaluación". Se recomienda analizar el avance de los indicadores definidos.
- No consta el estado del objetivo, por lo que no se puede saber cuántos están terminados y cuantos en proceso.
- Se recomienda revisar los objetivos para que guarden coherencia con sus acciones y seguimiento. Por ejemplo, el objetivo "Estudiar posibilidad de nueva oferta académica", tiene como acciones "1. Estudiar la posibilidad de nuevos títulos de grado y máster " y "2. Mejorar el conocimiento de la demanda de formación a lo largo de la vida" y como indicadores "1.Lanzamiento de un nuevo título de grado o máster " y "2. Estudiantes matriculados". Sin embargo, en el seguimiento de la acción 2 se incluye que se ha llevado a cabo un estudio y análisis de mercado sobre Microcredenciales en el primer semestre de 2024 y luego se especifica "Generar sistema de Calidad de este tipo de formaciones y puesta en marcha de varias Microcredenciales como prueba piloto". La acción no parece guardar coherencia con el objetivo definido.

Respecto al seguimiento, revisadas las actas de la Comisión de calidad de CUCC, se comprueba que en la del 11-07-2024, se lleva a cabo la aprobación de la consecución de los objetivos de calidad del curso 2023-24 y se hace un breve análisis.

Anualmente la Unidad de calidad elabora un seguimiento de los objetivos marcados que es revisado en la reunión anual de la Comisión de Calidad. Respecto a esta evidencia, el documento Objetivos e indicadores 2023/24:

- No se ha encontrado trazabilidad entre los objetivos incluidos en este seguimiento y el Plan Director.

- El documento incluye el responsable, el objetivo, los indicadores asociados y el grado de cumplimiento. Pero no constan las actividades a desarrollar, ni las metas a conseguir.
- No queda clara la relación entre este documento y el Plan Estratégico de CUCC.

Según estas evidencias sí parece aplicarles el protocolo de despliegue, seguimiento y evaluación del plan estratégico de la Universidad de Alcalá.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Valoración global del criterio (A, B, C, D)

B

Oportunidades de Mejora

Aspectos que SIN COMPROMETER de forma sustantiva el cumplimiento alguna directriz del criterio y que pueden ser objeto mejora en cuanto a eficiencia o eficacia del sistema

Se recomienda incorporar al SIGC mecanismos formales que garanticen la implicación de los grupos de interés externos de egresados y empleadores en la definición y revisión de la Política de Calidad.

Se recomienda mejorar la coherencia entre los objetivos de calidad publicados y los establecidos en la Política de Calidad del centro.

Se recomienda llevar a cabo una revisión integral y actualizada del Manual del SIGC del CUCC, incorporando de forma sistemática las relaciones entre los procesos propios y los de la UAH, solventando las incoherencias detectadas en las fichas de proceso y asegurando la interrelación necesaria para garantizar el cierre efectivo del ciclo de mejora continua.

Se recomienda revisar la alineación de los documentos estratégicos del CUCC y los de la Universidad de Alcalá, para optimizar la planificación estratégica de ambas instituciones.

Se recomienda mejorar la trazabilidad y transparencia incluyendo en el Manual del SIGC la composición actualizada de la Junta de Centro, así como reflejar en las actas los cargos de los asistentes para evidenciar la participación efectiva y regular de todos sus miembros.

Se recomienda garantizar la actualización permanente de la información publicada sobre la Comisión de Calidad del Centro, incorporando en la web institucional la relación completa y vigente de sus miembros, incluyendo al representante del estudiantado, para asegurar la transparencia y la representatividad de los grupos de interés.

Se recomienda incluir en las actas de la Comisión de Docencia del Centro los cargos de los asistentes a cada reunión, con el fin de evidenciar la participación efectiva de todos sus miembros y garantizar el seguimiento adecuado del funcionamiento de este órgano colegiado.

Se identifica como oportunidad de mejora la necesidad de clarificar en la documentación del SIGC la relación entre el proceso PE_01 y la IT_14, así como la distinción conceptual y funcional entre los objetivos de calidad y los objetivos operativos de calidad, para facilitar la comprensión y aplicación coherente del sistema.

Se recomienda reforzar el uso de los indicadores del SIGC para medir la eficacia real de los procesos, orientándolos a la mejora continua.

Se recomienda establecer un cuadro de mando integral con todos los indicadores y sus valores de referencia, para apoyar la toma de decisiones estratégicas sobre el conjunto del SIGC, más allá de los títulos.

Necesidades de Mejora

Detalle de los aspectos que COMPROMETEN el cumplimiento alguna directriz del criterio y que deben ser objeto mejora para poder asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas “C”.

No cumplimientos

Detalle de los aspectos implican el no cumplimiento de los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d, e IMPIDEN asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas “D”.

Criterio 2.- Gestión de la oferta formativa.

GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS TÍTULOS.

El centro establece mecanismos para establecer su oferta formativa, revisándola de forma periódica.

Descripción de procedimientos SIGC

Descripción global de los procedimientos y normativa del SIGC que establecen los mecanismos establecidos para dar respuesta al criterio y las directrices en que se desarrolla.

El sistema interno de garantía de calidad del centro contempla procesos y procedimientos específicos para gestionar el diseño, modificación, seguimiento y extinción de titulaciones. Estos incluyen:

- PC_01 Gestión de la oferta docente de Títulos de Grado y de Máster Universitario
- IT02 Gestión de la oferta docente, revisión y actualización de las guías docentes (v2, 19/7/24)
- PE_02 Diseño y verificación de titulaciones
- PE_03 Modificación de titulaciones
- PE_04 Extinción de titulaciones
- PM_02 Seguimiento de titulaciones: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PM_03 Renovación de la acreditación de titulaciones
- PM_04 Seguimiento de Centros: análisis, mejora y rendición de cuentas
- IT_10 Gestión de verificación, modificación y extinción de las titulaciones
- IT_12 Gestión del proceso de elaboración del informe de seguimiento y planes de mejora

En cuanto al PM_03 Renovación de la acreditación de titulaciones Versión 02 del 21/01/2025, el objeto es establecer cómo el CUCC gestiona la oferta formativa de sus titulaciones de grado y máster universitario. En la primera página del proceso aparece “Versión 01/2023”, cuando es la versión 02/2025. Corregir errata.

Análisis de las evidencias disponibles, por directriz

Directriz 2.1

El centro define su oferta formativa en el marco de la estrategia de la institución y cumpliendo con los requisitos establecidos en la legislación vigente.

En el caso del SIGC en cuyo alcance se incluyan las enseñanzas propias, los órganos de gobierno de la universidad regularán mediante una normativa específica como mínimo las condiciones de impartición, las plazas disponibles, el plan de estudios, la participación de profesorado propio de la universidad y del externo, y los precios de dichos títulos que, en las universidades públicas, serán aprobados por el Consejo Social.

En el caso de centros que imparten programas de doctorado se debe establecer la reglamentación requerida por la normativa vigente sobre los estudios de doctorado: duración, prórrogas, defensa de tesis, supervisión, directores y tutores de tesis, perfiles de estudiantes de doctorado, etc.

El Centro dispone de los procedimientos que permiten definir la oferta formativa.

Uno de los objetivos de calidad del centro según su Política es “garantizar una oferta formativa de títulos universitarios de calidad atendiendo a la demanda de la sociedad”. Para ello, el centro dispone del proceso PC01 Gestión de la oferta docente” (Versión 02, de 2025) y de la “IT02 Gestión de la oferta docente, revisión y actualización de las guías docentes” para definir y gestionar su oferta formativa. En él se describe cómo se gestiona la oferta formativa de sus titulaciones de grado y máster universitario. En el apartado 4 de dicho proceso se relaciona la normativa de referencia que se aplica. Además el centro publica la normativa, tanto de Universidad como específica de centro en su página web.

En la actividad, de publicar las guías docentes en la web del CUCC antes del periodo de matrícula, no hay relación con el PC_02 Comunicación e información pública y transparencia.

Según lo descrito, el Equipo Directivo del CUCC es el órgano encargado de enviar la oferta docente para su aprobación por el Consejo de Gobierno de la UAH.

Se han encontrado evidencias de Actas de aprobación de la oferta formativa de los diferentes órganos, tal como se describe en el PC_01. Acta de la Junta de Facultad de fecha 23/04/2024.

La información de la oferta formativa está incluida en el apartado “Estudios” de la página web. Además, cada titulación dispone de su propia página web donde se publica el plan de estudios, y el resto de información.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 2.2

Se deben establecer los procedimientos necesarios para diseñar, aprobar, revisar, modificar y extinguir las titulaciones que se imparten, asegurando en todos los casos los derechos de los estudiantes.

En el caso del SIGC en cuyo alcance se incluyan las enseñanzas propias se deben implementar procedimientos para la emisión de los informes del Sistema Interno de Garantía de Calidad para los Másteres de Formación Permanente.

El SGIC del centro dispone de los procesos de centro y la instrucción de trabajo (IT) siguientes:

- PE02 Diseño y verificación de titulaciones
- PE03 Modificación de titulaciones
- PE04 Extinción de titulaciones
- PM02 Seguimiento de títulos: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PM03 Renovación de la acreditación de titulaciones
- IT10 Gestión de verificación, modificación y extinción de titulaciones

El Centro dispone de los procedimientos que permiten diseñar, revisar, modificar las titulaciones que se imparten, según la *IT_10 Gestión de verificación y modificación* relacionada con los procesos estratégicos: PE_02 Diseño y verificación de titulaciones y PE_03 Modificación de titulaciones.

En este caso la IT no contempla la extinción. Asumen lo que indica el PE_04 de la UAH, aunque según el centro difieren los responsables en algún caso. Se recomienda incluir en la IT_10 las actividades de extinción de titulaciones del centro.

Por otro lado, el alcance del PE_04 Extinción de titulaciones aplicable a todos los títulos oficiales de la Universidad de Alcalá y cualquiera de sus Centros adscritos como el CUCC. Si el CUCC ha adaptado los procesos, se podría adaptar también este proceso.

Respecto al PE_03, en el diagrama no se especifican los pasos cuando un informe de modificación no es favorable.

Existen actas de ejemplos de modificación de títulos como por ejemplo el acta de la Junta de Facultad del 23/04/2024. Se han encontrado también evidencias de actas del Consejo de Gobierno (Acta del 22/02/2024), donde se aprueba la extinción de títulos.

En la actividad, de publicar y difundir los informes globales de seguimiento no hay relación con el PC_02 Comunicación e información pública y transparencia.

En el PM-02 se dice que es la Comisión de Calidad de CUCC junto a los responsables de calidad de las titulaciones, elaborarán anualmente para cada una de sus titulaciones un Informe de Seguimiento que siempre irá acompañado de un plan de mejora.

Se han revisado las evidencias aportadas y ha podido constatar que en el período evaluado todos los grados, másteres y PCEOs disponen de informe de seguimiento interno/externos. En cuanto a los informes revisados:

- Se analizan los diferentes criterios a través de un checklist, y se comentan las conclusiones, derivando en acciones de mejora en caso necesario.
- Se evidencia una correcta trazabilidad de las acciones del plan de mejoras del curso 2021-2022 con las acciones del Plan de mejoras del 2022-23. En Educación Social la acción 7-2022 está finalizada en el Plan de Mejoras del 2022-23 cuando la fecha de inicio es "Curso 2023-2024". Puede que en el momento de elaboración del informe estuviera finalizada, pero la fecha de inicio está fuera del periodo analizado.
- Revisada la evidencia (libro Excel) de evolución de acciones de mejora (Grado en Educación Social), se han encontrado algunas acciones iniciadas en el 2019 y/o 2020 y que no se ha registrado su estado de ejecución, ni aparece su evolución a partir del curso 2020-21. Se recomienda actualizar libro Excel de evolución de acciones de mejora durante todos los años, hasta que estén finalizadas.

En los Grados de Educación Social, Educación Primaria y Educación Infantil, no hay informe de seguimiento del correspondiente al curso 2020/2021 (en web 2021/2022) porque se llevó a cabo el informe de acreditación. Se comprueba que a partir de los informes del 2020/21 ha cambiado el formato de los informes de seguimiento (antes no había checklist).

Se documentan también los informes de seguimiento aprobados por la CCC en acta de fecha 11/07/2024.

En resumen, se han implantado todos los procesos necesarios para dar respuesta a la directriz. Se evidencia la realización de los procesos de verificación, seguimiento, modificación, acreditación y extinción de las titulaciones.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 2.3

Los procedimientos de gestión de la oferta formativa deben considerar, al menos, los siguientes elementos:

- Incorporación de expectativas y necesidades de los grupos de interés internos y externos en el diseño y modificación de los programas formativos.
- Establecimiento de los órganos relacionados con el diseño, aprobación, revisión, modificación y extinción de los programas formativos.

- Identificación del tipo de información que se debe analizar en los procesos de diseño, aprobación, revisión, modificación y extinción de los programas formativos.
- El seguimiento de los compromisos establecidos en la memoria de verificación de los títulos oficiales impartidos.

Se analizan los siguientes procesos de centro e instrucciones técnicas:

- PE02 Diseño y verificación de titulaciones
- PE03 Modificación de titulaciones
- PE04 Extinción de titulaciones
- PM02 Seguimiento de títulos: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PM03 Renovación de la acreditación de titulaciones
- IT10 Gestión de verificación, modificación y extinción de titulaciones

En los procesos de centro se hace referencia al marco legal vigente y se definen los órganos implicados en los diferentes procesos.

Se aportan registros de los órganos de toma de decisión como actas del Equipo Directivo, Junta, Comisión de Calidad, Comisión de Docencia, Comisión Intercentros, Comisión de Planes de Estudio, etc. que certifican estas fases, así como registro de los procesos de evaluación externa llevados a cabo por las agencias nacionales ya que se presentan como evidencias expedientes de aprobación de títulos, de modificación, de seguimiento, de acreditación y de extinción. La información incluida es completa y la necesaria para el análisis de cada criterio.

Los procesos e IT mencionados en el apartado 2.1 detallan los órganos y grupos de interés relacionados con las diferentes fases del título (diseño, aprobación, modificación y extinción).

En los procesos a nivel de universidad se hace referencia al marco legal vigente y se definen los órganos implicados en los diferentes procesos.

En el “PE04” se definen los criterios que conducen a la extinción de un programa y los pasos a seguir con los responsables correspondientes. En relación al seguimiento de los compromisos establecidos en la memoria de verificación de los títulos oficiales impartidos, se presentan evidencias que se localizan en la página web.

Se aportan registros de los órganos de toma de decisión (Junta de Centro, Comisión de calidad de Centro y el Consejo de Gobierno) que certifican estas fases, así como registro de los procesos de evaluación externa llevados a cabo por las agencias. Se aportan también registros de seguimiento y modificación que demuestran el cumplimiento de los compromisos adquiridos en la memoria de verificación de los títulos impartidos.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Valoración global del criterio (A, B, C, D)

B

Oportunidades de Mejora

Aspectos que SIN COMPROMETER de forma sustantiva el cumplimiento alguna directriz del criterio y que pueden ser objeto mejora en cuanto a eficiencia o eficacia del sistema

Se identifica como oportunidad de mejora la necesidad de revisar y corregir las inconsistencias formales en la documentación del SIGC, como la errata detectada en el encabezado del proceso PM_03 sobre Renovación de la Acreditación, donde figura una versión incorrecta, para asegurar la coherencia interna y la fiabilidad del sistema documental.

Se considera una oportunidad de mejora adaptar al contexto específico del CUCC los contenidos del proceso PE_04 de Extinción de titulaciones, alineando su alcance y desarrollo con el resto de procesos, como ya ha personalizado el centro.

Se recomienda actualizar de forma continua el libro Excel de evolución de acciones de mejora, asegurando el seguimiento anual completo de todas las acciones iniciadas, incluidas aquellas anteriores al curso 2020-21, hasta su cierre definitivo, para garantizar la trazabilidad del ciclo de mejora.

Se detecta una deficiencia en la definición documental del proceso de diseño de nuevas titulaciones, al no especificarse en el PE_02 ni en la IT_10 la información que debe analizarse en dicho procedimiento, ni las aportaciones de los grupos de interés; además, la falta de imbricación entre el PM_02 y el PM_01 genera incoherencias en la trazabilidad del sistema, lo que compromete la claridad y eficacia del SIGC.

Necesidades de Mejora

Detalle de los aspectos que COMPROMETEN el cumplimiento alguna directriz del criterio y que deben ser objeto mejora para poder asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas “C”.

No cumplimientos

Detalle de los aspectos implican el no cumplimiento de los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d, e IMPIDEN asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas “D”.

Criterio 3.- Gestión de los programas formativos.

ORIENTACIÓN DE LAS ENSEÑANZAS A LOS ESTUDIANTES.

El centro promueve el aprendizaje centrado en el estudiante y la mejora continua de sus programas formativos.

Descripción de procedimientos SIGC

Descripción global de los procedimientos y normativa del SIGC que establecen los mecanismos establecidos para dar respuesta al criterio y las directrices en que se desarrolla.

El centro cuenta con un sistema documentado para la gestión de los programas formativos, orientado a fomentar el aprendizaje centrado en el estudiante y la mejora continua. Los procesos y procedimientos incluyen:

- PC_01 Gestión de la oferta docente
- PC_03 Acceso, admisión y matrícula
- PC_04 Apoyo y orientación integral al estudiantado
- PC_05 Docencia y evaluación del aprendizaje
- PC_06 Prácticas académicas externas
- PC_07 Movilidad de estudiantes
- PC_08 Empleabilidad
- IT_02 Gestión de la oferta docente, revisión y actualización de guías docentes
- IT_03 Gestión de la movilidad nacional e internacional
- IT_04 Gestión de las prácticas académicas externas
- IT_05 Gestión de los Trabajos Fin de Grado-Máster
- IT_06 Gestión de espacios e incidencias
- IT_07 Tramitación de las renunciaciones a la evaluación continua
- IT_08 Solicitud y reconocimiento de ECTS
- IT_09 Gestión de los grupos de estudiantes
- IT_11 Acciones de acogida para alumnos de nuevo ingreso.
- IT_12 Jornada de Puertas Abiertas para potenciales estudiantes y centros educativos.
- IT13 Programa de Acción Tutorial y Plan de Convivencia (v5, 30/11/24)

Análisis de las evidencias disponibles, por directriz

Directriz 3.1

El centro debe implementar procedimientos que regulen los procesos de admisión, matriculación y reconocimiento de la formación y experiencia previa, coherentes con los perfiles de ingreso y las titulaciones impartidas, y conformes a la legislación vigente.

Se analizan los siguientes procesos e instrucciones técnicas:

- PC03 Acceso, admisión y matrícula en estudios de Grado y en Máster Universitario
- IT07 Tramitación de renuncias a la evaluación continua
- IT08 Solicitud y reconocimiento de ECTS
- IT09 Gestión de los grupos de estudiantes

El SIGC cuenta con procesos que regulan los procesos de admisión, matriculación y reconocimiento, tiene implantado el *PC_03 Acceso, admisión y matrícula*. Además, a nivel de centro han definido la *IT_08* solicitud y reconocimiento de ECTS, que tiene como objetivo la gestión del procedimiento de reconocimiento de créditos en CUCC.

Respecto al PC_03:

- Se incluyen en el apartado 5. Descripción del proceso, responsables y evidencias, actividades que no se encuentran dentro del objeto y alcance del proceso, como son la actividad 8. Elaborar estadísticas de matrícula y nuevo ingreso por titulación y 9. Analizar los datos de nuevo ingreso en los informes de seguimiento y de renovación de la acreditación.
- En el diagrama existen las referencias a estos procesos, pero como entradas en lugar de salidas: PM_01 Generación y Elaboración de Indicadores, al PM_02 Seguimiento de Titulaciones: Análisis, Mejora y Rendición de Cuentas y PM_03 Renovación de la Acreditación de Titulaciones. Se recomienda revisar el proceso para corregir estos aspectos.

La Universidad cuenta con una normativa de permanencia en estudios de grado, vigente a partir del curso académico 2024-25 y la normativa reguladora de Reconocimiento ECTS de grado.

Se evidencia la implementación de procedimientos para los procesos de admisión, matriculación y reconocimiento en las evidencias presentadas.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 3.2

El centro debe disponer de sistemas adecuados de información, apoyo y orientación al estudiantado, desde el proceso de admisión, hasta la finalización de los estudios y la graduación.

Se analizan los siguientes procesos e instrucciones técnicas:

- PC01 Gestión de la oferta docente
- PC03 Acceso, admisión y matrícula
- PC04 Apoyo y orientación integral al estudiantado
- PC06 Prácticas académicas externas
- PC07 Movilidad de estudiantes
- IT02 Gestión de la oferta docente, revisión y actualización de guías docentes
- IT03 Gestión de la movilidad nacional e internacional
- IT04 Gestión de las prácticas académicas externas
- IT05 Gestión de los trabajos fin de grado/máster
- IT07 Tramitación de renuncias a la evaluación continua
- IT08 Solicitud y reconocimiento de ECTS
- IT09 Gestión de los grupos de estudiantes
- IT11 Acciones de acogida para alumnos de nuevo ingreso
- IT12 Jornada de Puertas Abiertas para potenciales estudiantes y centros educativos
- IT13 Programa de Acción Tutorial y Plan de Convivencia

El SIGC tiene implantado el PC_04 Apoyo y orientación integral al estudiantado. Además, a nivel de Centro han definido la IT_11 Acciones de acogida para alumnos de nuevo ingreso (30/11/2024), que tiene como objetivo el centro organiza la jornada de acogida ajustándose a lo indicado en el PC_04. Y la IT_13 Programa de Acción Tutorial y Plan de Convivencia, en la que se establece cómo el Centro desarrolla su Programa de Acción Tutorial y el Plan de Convivencia.

Respecto al PC_04:

- El objeto es establecer cómo el centro revisa, actualiza y mejora los programas y actividades relacionados con las acciones de acogida, tutoría y apoyo a la orientación y formación de sus estudiantes. Sin embargo, en la descripción de las actividades, tan sólo se contempla el Procedimiento I: Acciones de acogida a estudiantes de nuevo ingreso y el Procedimiento II: Plan de acción tutorial. No se hace referencia a las actividades de apoyo a la orientación y formación de sus estudiantes, tan sólo se listan las unidades disponibles.
- En el diagrama existen las referencias a estos procesos, pero como entradas en lugar de salidas: al PM_02 Seguimiento de Titulaciones: Análisis, Mejora y Rendición de Cuentas y PM_03 Renovación de la Acreditación de Titulaciones.
- En la actividad, de planificar y difundir la información sobre las acciones de acogida, no hay relación con el PC_02 Comunicación e información pública y transparencia.

Se recomienda revisar el proceso para corregir estos aspectos.

Por otro lado, no queda claramente establecido cuál es la utilidad de la IT_13 dado que la acción tutorial se describe en el procedimiento del PC_04.

Cuentan con el *PC_08 Empleabilidad*, donde se definen las actividades del Plan de Actuación de Empleabilidad dirigidas a alumnos/as y alumni, así como el procedimiento para llevar a cabo el estudio de Inserción Laboral.

Sobre el proceso:

- No hay relación con el PC_02 Comunicación e información pública y transparencia.
- En el diagrama aparecen como entradas en lugar de salidas el PM_02 y el PM-03, pero no consta el PC_02.

Se recomienda corregir estos aspectos.

Se evidencia el seguimiento que se realiza sobre la orientación de los estudiantes, así como los resultados de inserción en los informes de seguimiento y de acciones de mejora derivadas de las debilidades detectadas al respecto. Ejemplo: la acción 9-2023 para aumentar la participación de los egresados en las encuestas de satisfacción con la titulación y de inserción laboral.

No se han encontrado evidencias de la implantación de la sistemática de medición de las actividades de descritas en la IT_12 sobre la jornada de puertas abiertas en la que se especifica que el Servicio de Relaciones Externas y Comunicación elabora un informe de actividades en el que se recoge el desarrollo y resultados de la Jornada, así como el grado de participación y satisfacción de los asistentes. En la aplicación se han encontrado evidencias de estos informes, pero no aparece ningún dato de satisfacción de los estudiantes ni de su participación.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 3.3

Las metodologías docentes deben:

- Tener en cuenta la diversidad del estudiantado y sus necesidades.
- Orientarse a la adquisición de los resultados de aprendizaje perseguidos.
- Fomentar la autonomía y la participación activa del estudiantado en su proceso de aprendizaje.

En el caso de enseñanzas propias no es preceptiva la aplicación de metodologías que fomenten la autonomía y la participación del estudiantado.

Se analizan los siguientes procesos e instrucciones técnicas:

- PC01 Gestión de la oferta docente de títulos de grado y de máster universitario
- PC05 Docencia y evaluación del aprendizaje
- IT02 Gestión de la oferta docente, revisión y actualización de guías docentes
- IT07 Tramitación de renuncias a la evaluación continua

El SIGC cuenta el PC_05 docencia y evaluación del aprendizaje.

Respecto al proceso:

- El objeto es establecer cómo se realizan las actuaciones dirigidas a evaluar el aprendizaje de los/las estudiantes en cada una de las materias cursadas. Sin embargo, en la descripción de las actividades también se incluyen el Procedimiento II: Gestión y evaluación de los Trabajos Fin de Grado y el Procedimiento III: Gestión y evaluación de los Trabajos Fin de Máster, donde se explica la sistemática para la gestión de los TFG/TFM.
- En la actividad publicar las guías docentes y el calendario de pruebas de evaluación, no hay relación con el PC_02 Comunicación e información pública y transparencia.
- En el apartado indicadores, no hay ninguno relacionado con el procedimiento II y III gestión de los TFG/TFM.

Se recomienda revisar el proceso para corregir estos aspectos.

En cuanto a la *IT_05 Gestión de los Trabajos Fin de Grado-Máster*, que describe cómo se gestiona los TFG y TFM. De nuevo, no se ve la utilidad de esta IT, cuando el procedimiento II y III del PC_05 describe estos aspectos.

La *IT_02 Gestión de la oferta docente, revisión y actualización de guías docentes*, tiene por objeto establecer cómo el Centro gestiona la oferta docente y revisa y actualiza las guías docentes. relacionado con PC_01 y 05

Revisadas las evidencias, se comprueba que las metodologías docentes están descritas en las Guías Docentes, accesibles desde la página web de cada titulación.

Se ha podido acceder a la página web de la Unidad de Atención a la Diversidad, un servicio especializado de apoyo y asesoramiento que tiene por objeto el impulso, desarrollo, coordinación y evaluación de todas aquellas actuaciones adoptadas en y desde la UAH que favorezcan la plena inclusión de las personas con diversidad (funcional, afectivo sexual, socio cultural...) en el ámbito universitario.

Se evidencia el seguimiento que se realiza sobre la orientación de los estudiantes en los informes de seguimiento, como se refleja en el último informe de seguimiento del Centro en el que aparece como fortaleza “Las Acciones de orientación académica y profesional dirigidas al estudiantado”.

Durante la visita, el estudiantado valoró positivamente el trato cercano del profesorado al ser clases con un número reducido de alumnos y la labor de acompañamiento a los estudiantes del equipo de dirección.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 3.4

Los sistemas de evaluación deben:

- Ser públicos y conocidos con antelación suficiente.
- Ser válidos para certificar la adquisición de los resultados de aprendizaje perseguidos.
- Promover la integridad académica del estudiantado.

En el caso de enseñanzas propias, en función de la naturaleza de los programas formativos, pueden no existir procesos de evaluación y certificación de resultados.

Se analizan los siguientes procesos e instrucciones técnicas:

- PC05 Docencia y evaluación del aprendizaje
- IT02 Gestión de la oferta docente, revisión y actualización de guías docentes
- IT07 Tramitación de renuncias a la evaluación continua

El SIGC cuenta el PC_ 05 docencia y evaluación del aprendizaje y la “IT02”, se publican las guías docentes y el calendario de pruebas de evaluación antes de la apertura del periodo de matrícula. La normativa de evaluación de los aprendizajes de la UAH (2021) describe los principales aspectos relacionados con la evaluación.

Revisadas las evidencias se comprueba que, en el apartado de Planificación de las enseñanzas de la página web de cada titulación, se incluyen las Guías Docentes de todas las asignaturas de la titulación. En ellas se incluyen las competencias, resultados del aprendizaje, actividades formativas y los sistemas de evaluación previstos para cada una de las asignaturas de los planes de estudios, en base a lo descrito en las Memorias de Verificación.

Además de las propias guías docentes, se presentan como evidencias la página web donde se publican las fechas de los exámenes y una tabla con los resultados de las asignaturas.

Se han encontrado evidencias de Actas de aprobación de las guías docentes. Acta de la junta de Facultad de fecha 25/06/2024.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 3.5

Por su singularidad en el proceso educativo, el centro debe disponer, en particular, de mecanismos específicos, adecuados a la naturaleza de los estudios, para asegurar la calidad y la originalidad de los Trabajos de Fin de Grado o de Máster, defensa de Tesis Doctorales, y en su caso, de las prácticas externas y de las acciones de movilidad de los estudiantes.

En el caso de centros que imparten programas de doctorado, deben implementarse los procedimientos específicos para:

- El correcto funcionamiento de las Comisiones Académicas de Doctorado.
- El desarrollo y evaluación del “Documento de Actividades del Doctorando”.
- La regulación de casos de conflicto y aspectos que afecten a la propiedad intelectual.

Se analizan los siguientes procesos e instrucciones técnicas:

- PC05 Docencia y Evaluación del aprendizaje
- PC06 Prácticas Académicas Externas
- PC07 Movilidad de estudiantes de títulos de grado y de máster universitario
- IT03 Gestión de la movilidad nacional e internacional
- IT04 Gestión de las Prácticas Académicas Externas
- IT05 Gestión de los Trabajos Fin de Grado y/o Fin de Máster

El SIGC cuenta con procesos para dar respuesta a esta directriz:

El PC_06 prácticas académicas externas:

- En el diagrama constan como entradas en lugar de salidas las referencias al PA_08, PAM01, PM_02 y PM_03. Se recomienda revisar el proceso para corregir estos aspectos.
- En las actividades hay referencia al PA_08, pero no al PA_01, PM_02 y PM_03.

Ha establecido también la *IT_04 gestión de las prácticas académicas externas*, que define la gestión de las prácticas en el centro en base al PC_06. Se recomienda revisar la utilidad de la IT, dado que estas actividades están descritas en el PC_06.

El PC_07 Movilidad de estudiantes.

- En las actividades de la movilidad internacional no hay referencia al PA_08, PM_01, PM_02 ni PM_03.
- En el diagrama constan como entradas en lugar de salidas las referencias al PM_01, PM_02 y PM_03.
- No hay salida al PA_08.
- En cuanto a las actividades de la movilidad nacional, no consta la actividad de realizar la encuesta de satisfacción, y tampoco está en el diagrama. Tampoco constan resultados. Se recomienda establecer los mecanismos necesarios para llevar a cabo la medición de satisfacción de los estudiantes que realizan movilidad outgoing nacional.
- No constan las actividades sobre la movilidad incoming.
- Respecto a los indicadores sólo hay dos y son a nivel de UAH: Número de estudiantes de la UAH que participan en programas de movilidad y Satisfacción media de los/as estudiantes con los programas de movilidad.

Se recomienda revisar el proceso para corregir estos aspectos.

Además, tienen la IT_03 Gestión de la movilidad nacional e internacional, cuyo objetivo es cómo el Centro Universitario Cardenal Cisneros gestiona la movilidad tanto nacional como internacional. Pero el PC_07 explica lo mismo

Dentro del plan de estudios de los grados y másteres del CUCC aparecen las asignaturas de TFM, TFG y prácticas en empresa.

En cuanto a la Movilidad, el centro cuenta con un apartado en la página web del centro donde se informa de los distintos programas existentes in y outgoing. Se presentan evidencias en cuanto al número de estudiantes que han realizado movilidad en el informe de seguimiento de centro y encuestas de satisfacción realizadas por el Centro dirigidas a estudiantes outgoing.

A nivel de las prácticas en empresa, el centro cuenta con un apartado en la página web donde se da información sobre las prácticas externas en general y sobre información específica sobre las prácticas en cada título. Además, se incluyen los resultados de satisfacción sobre las prácticas externas de estudiantes, tutores del centro de prácticas y tutores de universidad.

Se evidencia el seguimiento que se realiza sobre estos procesos en los informes de seguimiento del centro y de acciones de mejora derivadas de las debilidades detectadas al respecto. Ejemplo: 2-2023 sobre mejorar el alcance de los programas de movilidad para los/as estudiantes del Grado de Educación Social. Esta acción consta en el Plan de mejoras de centro y en el título (9/2022).

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Valoración global del criterio (A, B, C, D)

B

Oportunidades de Mejora

Aspectos que SIN COMPROMETER de forma sustantiva el cumplimiento alguna directriz del criterio y que pueden ser objeto mejora en cuanto a eficiencia o eficacia del sistema

Se recomienda revisar el proceso PC_03 Acceso, admisión y matrícula para asegurar la coherencia entre las actividades descritas y el objeto y alcance del proceso, eliminando o reubicando aquellas que no se correspondan, como la elaboración de estadísticas de matrícula o el análisis de datos de nuevo ingreso.

Se recomienda corregir el diagrama de flujo del proceso PC_03, reubicando correctamente las referencias a los procesos PM_01, PM_02 y PM_03 como salidas en lugar de entradas, para reflejar adecuadamente la lógica de interrelación entre procesos del SIGC.

Se recomienda revisar el proceso PC_04 para ampliar la descripción de las actividades e incluir de forma explícita las acciones de apoyo a la orientación y formación del estudiantado, ya que actualmente solo se detallan las acciones de acogida y el plan de acción tutorial, omitiendo otros aspectos clave del objeto del proceso.

Se recomienda corregir el diagrama de flujo del proceso PC_04, en el que las referencias a los procesos PM_02 y PM_03 aparecen como entradas en lugar de salidas, y valorar la incorporación del vínculo con el proceso PM_01, para reforzar la coherencia del SIGC.

Se recomienda establecer una relación clara entre la actividad de planificación y difusión de las acciones de acogida del PC_04 y el proceso PC_02 Comunicación e información pública y transparencia, para asegurar la coordinación y efectividad de las acciones informativas dirigidas al estudiantado.

Se recomienda clarificar la utilidad y el contenido de la IT_13 en relación con la acción tutorial, ya que actualmente su función no queda diferenciada respecto al procedimiento ya descrito en el proceso PC_04, lo que puede generar redundancias o confusión en la documentación del SIGC.

Se recomienda establecer una relación explícita entre el proceso PC_08 Empleabilidad y el proceso PC_02 Comunicación e información pública y transparencia, con el fin de asegurar una difusión coordinada y eficaz de las acciones del Plan de Actuación de Empleabilidad dirigidas a estudiantes y egresados.

Se recomienda revisar el diagrama de flujo del proceso PC_08 para corregir la clasificación errónea de los procesos PM_02 y PM_03 como entradas, y valorar la inclusión del proceso PC_02 como salida relacionada, en coherencia con el flujo lógico del sistema.

Se recomienda revisar el diagrama de flujo del proceso PC_06 Prácticas académicas externas para corregir la clasificación incorrecta de los procesos PA_08, PAM_01, PM_02 y PM_03 como entradas, y ubicarlos correctamente como salidas, garantizando así la coherencia del sistema documental.

Se recomienda revisar la utilidad de la IT_04 Gestión de las prácticas académicas externas, dado que su contenido reproduce actividades ya recogidas en el proceso PC_06, lo que podría generar redundancias en la documentación del SIGC.

Se recomienda revisar el contenido del proceso PC_07 Movilidad de estudiantes para incluir de forma explícita en las actividades de movilidad internacional las referencias a los procesos PA_08, PM_01, PM_02 y PM_03, con el fin de asegurar su vinculación con los mecanismos de planificación, seguimiento y mejora del SIGC.

Se recomienda ajustar el diagrama de flujo del proceso PC_07, de modo que los procesos PM_01, PM_02 y PM_03 se reflejen como salidas y no como entradas, y que se incorpore como salida el proceso PA_08, garantizando así la coherencia entre las actividades y los flujos documentales.

Se recomienda incorporar en las actividades de movilidad nacional la realización de encuestas de satisfacción del estudiantado outgoing, así como su representación en el diagrama de proceso y la documentación de los resultados obtenidos, con el fin de medir y mejorar esta dimensión de la movilidad.

Se recomienda incluir en el proceso PC_07 las actividades específicas relacionadas con la movilidad incoming, actualmente no contempladas, para asegurar un tratamiento integral de todas las modalidades de movilidad estudiantil.

Se recomienda revisar los indicadores asociados al proceso PC_07 y valorar la inclusión de métricas específicas del centro, ya que los actuales indicadores disponibles son genéricos a nivel UAH y no permiten un análisis propio del funcionamiento de la movilidad en el CUCC.

Se recomienda incorporar al informe de análisis de las jornadas de puertas abiertas la información sobre la participación de los estudiantes y su satisfacción.

Necesidades de Mejora

Detalle de los aspectos que COMPROMETEN el cumplimiento alguna directriz del criterio y que deben ser objeto mejora para poder asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "C".

No cumplimientos

Detalle de los aspectos implican el no cumplimiento de los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d, e IMPIDEN asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "D".

Criterio 4.- Gestión del personal docente.

GARANTÍA Y MEJORA DEL PERSONAL ACADÉMICO

El centro desarrolla mecanismos que aseguran que el acceso, la gestión, la formación de su personal académico y de apoyo a la docencia, así como la evaluación periódica y sistemática de su actividad docente, se realiza con las debidas garantías permitiéndoles cumplir con sus funciones, respetando siempre su libertad y asegurando su integridad académica.

Descripción de procedimientos SIGC

Descripción global de los procedimientos y normativa del SIGC que establecen los mecanismos establecidos para dar respuesta al criterio y las directrices en que se desarrolla.

Según el Manual de Calidad este centro realiza una evaluación del desempeño de su personal docente utilizando el Programa DOCENTIA, aprobado por el Consejo de Gobierno de la Universidad de Alcalá en 2021. No obstante, como centro adscrito, al no estar certificado por la Fundación Madrimasd, aplica la evaluación de este criterio teniendo en cuenta los siguientes procesos:

- PA01 Identificación de necesidades del PDI (v2, 21/1/25)
- PA02 Formación del PDI (v2, 21/1/25)
- PA03 Evaluación de la Actividad Docente del Profesorado (v2, 21/1/25)
- PA04 Promoción del PDI (v2, 21/1/25)
- PM02 Seguimiento de títulos. análisis, mejora y rendición de cuentas

Análisis de las evidencias disponibles, por directriz

Directriz 4.1

El centro debe implementar procesos de revisión de los programas ofertados que permitan identificar las necesidades de personal docente, tanto en volumen de carga de trabajo como en perfiles necesarios.

En el caso de enseñanzas propias, la identificación de perfiles necesarios podrá limitarse a la fase de diseño de los títulos.

En el caso de centros que imparten programas de doctorado se debe asegurar que los perfiles investigadores de tutores y directores son adecuados a las líneas de investigación vinculadas al programa y disponen de suficiente experiencia investigadora.

Se deben implementar mecanismos de reconocimiento de la labor de tutorización y dirección de tesis.

Se analizan los siguientes procesos de centro:

- PA01 Identificación de necesidades del PDI
- PA04 Promoción del PDI
- PM02 Seguimiento de títulos. análisis, mejora y rendición de cuentas

El Centro tiene implantado el proceso PA_01 Identificación de necesidades de personal docente e investigador cuyo objeto es determinar para el curso académico las necesidades de profesorado de las diferentes áreas de conocimiento para garantizar la impartición de la docencia de los estudios oficiales de grado y máster del CUCC.

Al final del proceso tras la identificación de las necesidades de personal según el proceso PA_01, se inicia el proceso de selección de nuevos perfiles.

Los indicadores del proceso son:

- Carga docente por profesor, % de profesores/as doctores/as en cada titulación, % de profesores/as acreditados/as en cada titulación y % de créditos impartidos por cada docente en cada titulación.

El proceso PA_04 Promoción del PDI, tiene como objeto establecer un mecanismo de seguimiento permanente de la actividad docente del profesorado, el reconocimiento de méritos conseguidos y los procesos de promoción existentes. La descripción del proceso comienza con la identificación de necesidad del PDI (PA_01) y se describe cómo se realiza la contratación, pero no la promoción del PDI. En el diagrama, solo se describe que cuando la necesidad se puede cubrir con personal interno, que este puede mejorar sus condiciones.

El centro dispone del proceso PM02 Seguimiento de títulos. análisis, mejora y rendición de cuentas para seguimientos, internos como externos, con el objetivo de garantizar la calidad de sus titulaciones y asegurar el análisis de necesidades de PDI, cargas y perfiles como se explica en el "PA01" y como se recoge en sus planes de mejora. En la página web de cada titulación, en el apartado de "Presentación", "Personal académico", se publica la relación de profesorado con su CV, experiencia profesional, horario tutorías, metodología, etc.

El centro, a través del seguimiento anual de las titulaciones lleva a cabo la revisión que les permiten identificar las necesidades de personal docente, tanto en volumen de carga de trabajo como en perfiles necesarios. Se evidencia la apertura de acciones de mejora al respecto como la 5-2023 para aumentar el número de profesorado a tiempo completo en algunas titulaciones.

Se presentan actas del Equipo directivo en relación a la toma de decisiones acerca de la gestión del personal docente. Además, se muestran registros donde se evidencian las necesidades de PDI, el reparto de docencia, perfiles de profesorado, dedicación, tipo de plaza, área de conocimiento, etc. También señalar que el centro dispone de un “Plan de Desarrollo Profesional” (2021) para el desarrollo y fortalecimiento de las competencias docentes.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 4.2

Se debe dotar a los programas ofertados de profesorado capacitado, competente y cualificado, de acuerdo con la normativa y reglamentación aplicable, haciendo uso de los mecanismos establecidos en la institución.

Se analizan los siguientes procesos de centro:

- PA01 Identificación de necesidades del PDI
- PA02 Formación del PDI
- PA03 Evaluación de la Actividad Docente del Profesorado
- PA04 Promoción del PDI
- PM02 Seguimiento de títulos. análisis, mejora y rendición de cuentas

Queda evidenciado que el Centro muestra interés continuo por mejorar la carrera profesional del PDI, incorporando a su tarea docente actividades de investigación, difusión del conocimiento y formación. En la web del centro está público el Modelo Pedagógico del Centro, y el plan de desarrollo profesional, cuyo objetivo es contribuir al desarrollo y fortalecimiento de las competencias docentes en los ámbitos de docencia, investigación y gestión que le son propios.

El centro lleva a cabo su evaluación docente según el “PA03” y según el Programa de Evaluación Docente DOCENTIA-CUCC. Sus resultados se publican en la memoria del centro (2022-2023) donde destaca la satisfacción del estudiantado con la calidad docente por titulación (pág. 2

También se lleva a cabo una rendición de cuentas en los informes de seguimiento globales de centro y por titulación en los cuales se analiza la adecuación del profesorado y, si procede, se llevan a cabo las correspondientes propuestas de mejora.

Como evidencias, se presentan actas de las reuniones del Equipo directivo donde se tratan temas relacionados con este criterio y registros con informes del Programa DOCENTIA, incentivos al desarrollo profesional, sexenios, etc.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 4.3

El centro debe tener implantado un proceso para asegurar la formación y actualización del profesorado en aquellas materias que sean pertinentes, en particular las relativas a metodologías de enseñanza y uso de tecnologías específicas para la docencia.

En el caso del SIGC en cuyo alcance se incluyan las enseñanzas propias este criterio podrá no ser de aplicación.

Se analizan los siguientes procesos de centro:

- PA02 Formación del PDI
- PM02 Seguimiento de títulos. análisis, mejora y rendición de cuentas

En el proceso PA_02 Formación del Personal Docente e Investigador se establece como el CUCC define las necesidades de formación del PDI y lleva a cabo dicha formación y actualización en metodologías de enseñanza y uso de tecnologías específicas para la docencia y otros tipos de formación adicional.

Dentro del proceso hay dos procedimientos:

- Cursos de mejora y actualización de la práctica docente, cuyos indicadores son:
 - N° de docentes de cada titulación que participa en el programa de formación
 - N° de cursos y jornadas ofertada.
- Actividad específica de formación con el indicador N° de docentes que han realizado formaciones apoyadas por el CUCC dentro de este epígrafe.

En la web del centro se publica el plan de formación del PDI.

Según el “PA02”, la formación del profesorado es responsabilidad del Equipo directivo junto a la Subdirección de innovación educativa e investigación (SIEI). Existe un Plan de formación 2021-2024 dirigido a PDI y PTGAS, y un Plan de Desarrollo Profesional Docente para fortalecer competencias en los ámbitos de docencia, investigación y gestión. Se aportan registros de formación donde se incluyen cursos de corta duración con las horas y los participantes relativos a competencias genéricas, estrategias metodológicas, formación para la labor investigadora, tecnologías aplicadas a la docencia universitaria, idiomas, pautas para una actualización del perfil profesional, etc.

El “PA02” no presenta como indicador el grado de satisfacción del PDI con la formación recibida. Dicho proceso, explica que el SIEI lleva a cabo encuestas de satisfacción y emite un informe de evaluación y una memoria anual pero no se localizan dichas evidencias. En los informes de seguimiento internos globales y por titulación se registran horas, cursos y participantes, pero no se recoge ningún indicador acerca de la satisfacción del PDI con la formación.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 4.4

El centro debe realizar una evaluación periódica del desempeño de su personal docente, utilizando para ello la información del sistema de gestión y mejora de calidad.

En el caso de enseñanzas propias la evaluación del desempeño del personal docente podrá adoptar formas simplificadas adaptadas a la naturaleza de los títulos.

Se analizan los siguientes procesos de centro:

- PA03 Evaluación de la Actividad Docente del Profesorado
- PM02 Seguimiento de títulos. análisis, mejora y rendición de cuentas

El Centro tiene implantado el proceso PA_03 Evaluación de la Actividad Docente del Profesorado, que tiene como objeto establecer cómo el CUCC realiza la planificación, la gestión y el seguimiento de la Evaluación de la Actividad Docente del Profesorado y sus indicadores son:

- Nº de profesores/as evaluados/as en la convocatoria.
- Nº de profesores/as evaluados/as por titulación y calificación obtenida.

El proceso de evaluación docente del profesorado se realiza a través del Programa Docentia. Este programa se encuentra descrito en PA_03 Evaluación de la Actividad Docente del Profesorado, cuyo propietarios son el Equipo Directivo del CUCC y la comisión DOCENTIA. Los resultados están incluidos en la web y son analizados en el informe de seguimiento del centro.

Se aportan como evidencias, registros de los responsables académicos, informes de las encuestas sobre docencia realizadas al estudiantado, informes de autoevaluación del PDI, plan de mejora de la docencia a partir del informe de resultados DOCENTIA y actas del seguimiento de este criterio por parte del equipo directivo del centro.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Valoración global del criterio (A, B, C, D)

B

Oportunidades de Mejora

Aspectos que SIN COMPROMETER de forma sustantiva el cumplimiento alguna directriz del criterio y que pueden ser objeto mejora en cuanto a eficiencia o eficacia del sistema

Se recomienda avanzar en la certificación de la implantación del modelo DOCENTIA implantado en el centro.

Se recomienda valorar la satisfacción del profesorado con la formación recibida.

Necesidades de Mejora

Detalle de los aspectos que COMPROMETEN el cumplimiento alguna directriz del criterio y que deben ser objeto mejora para poder asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "C".

No cumplimientos

Detalle de los aspectos implican el no cumplimiento de los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d, e IMPIDEN asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "D".

Criterio 5.- Gestión de los recursos materiales y de los servicios y personal de apoyo.

GARANTÍA Y MEJORA DE LOS RECURSOS MATERIALES, SERVICIOS Y PERSONAL DE APOYO.

El centro se dota de mecanismos que le permiten diseñar, gestionar y mejorar sus servicios y recursos materiales y servicios y personal de apoyo para el adecuado desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje del estudiantado.

Descripción de procedimientos SIGC

Descripción global de los procedimientos y normativa del SIGC que establecen los mecanismos establecidos para dar respuesta al criterio y las directrices en que se desarrolla.

El centro dispone de mecanismos para identificar, gestionar y mejorar los recursos materiales, los servicios y el personal de apoyo necesarios para el correcto desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje. Los procesos y procedimientos incluyen:

- PA_05 Selección y promoción del Personal Técnico, de Gestión y de Administración y Servicios
- PA_06 Gestión de recursos materiales y tecnológicos
- PA_07 Gestión de recursos de información para el aprendizaje
- IT_06 Gestión de espacios e incidencias
- IT_09 Gestión de los grupos de estudiantes

Nota: PA_05 en la página web aparece como PA_05 Selección y Promoción del PAS. Se recomienda corregir este aspecto.

Análisis de las evidencias disponibles, por directriz

Directriz 5.1

El centro debe disponer de los recursos materiales, servicios y personal de apoyo necesarios para el correcto desarrollo del aprendizaje del estudiantado, el cual debe disponer de la información sobre estos servicios y tener acceso a los mismos. Los servicios de apoyo deben establecerse atendiendo a la diversidad del estudiantado.

El Sistema de calidad del centro dispone de los siguientes procesos e instrucciones técnicas que regulan el funcionamiento de los servicios de apoyo y los recursos materiales de la escuela:

- PA06 Gestión de recursos materiales y tecnológicos
- PA07 Gestión de recursos de información para el aprendizaje
- IT06 Gestión de espacios e incidencias
- IT09 Gestión de los grupos de estudiantes

El centro dispone de los recursos materiales y servicios de apoyo necesarios para un correcto desarrollo del aprendizaje de los estudiantes.

El Centro tiene implantados los procesos PA_06 Gestión de recursos materiales y tecnológicos y PA_07 Gestión de recursos de información para el aprendizaje que tienen como objeto establecer cómo el CUCC realiza las actividades relacionadas con la planificación, gestión y mejora de los recursos materiales y tecnológicos en el caso del PA06 y de los recursos bibliográficos en el caso de PA07, necesarios para el desarrollo de las enseñanzas que se imparten en su Centro. Respecto a estos procesos:

- El PA_07 tiene como indicador “Nº de recursos adquiridos”.
- El PA_06 no tiene indicadores asociados. Se recomienda establecer indicadores para todos los procesos.

Por su parte han definido la IT_06 Gestión de espacios e incidencias (PA_06), donde se explica cómo se gestionan los espacios y cómo se abren las incidencias. Sin embargo, en las actividades sólo se describe la reserva de espacios y las incidencias con las aulas. Se recomienda clarificar el objeto de la instrucción de trabajo.

Y la IT_09 Gestión de los grupos de estudiantes, para la gestión de las solicitudes de cambio de grupo del estudiantado en la Facultad de Educación.

Revisadas las evidencias se ha constatado que el centro dispone de los recursos materiales y servicios de apoyo necesarios para un correcto desarrollo del aprendizaje de los estudiantes.

En la página web del Centro, concretamente en el apartado Servicios e Instalaciones, queda evidenciado que el Centro dispone de un conjunto de espacios necesarios para el perfecto desarrollo de la actividad formativa de los títulos.

Ahí aparece, los recursos materiales y servicios de apoyo de los que dispone el Centro: Aulas, laboratorios, comedor, gimnasio, zonas verdes, zonas wifi...etc.. También aparece información referente al personal de apoyo: Administración, secretaría de estudiantes, orientación y apoyo al estudiante, relaciones externas y comunicación, etc.

En cuanto al personal de apoyo, la UAH ha definido el PA_ 05 Selección y promoción del Personal Técnico, de Gestión y de Administración y Servicios, donde se describen las actividades para desarrollar la selección de Personal Técnico, de Gestión y de Administración y Servicios.

Se evidencia el seguimiento que se realiza sobre estos procesos en los informes de seguimiento y de acciones de mejora derivadas de las debilidades detectadas al respecto.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 5.2

El centro debe implementar procesos que permitan identificar las necesidades de recursos materiales, servicios y personal de apoyo, que permitan el correcto desarrollo de los títulos ofertados.

Se analizan los siguientes procesos e instrucciones técnicas:

- PA05 Selección y promoción del Personal Técnico, de Gestión y de Administración y Servicios
- PA06 Gestión de recursos materiales y tecnológicos
- PA07 Gestión de recursos de información para el aprendizaje
- IT06 Gestión de espacios e incidencias
- IT09 Gestión de los grupos de estudiantes

Se evidencia que el centro tiene implementados los procesos para identificar la necesidad de recursos materiales y servicios (PA_06 Gestión de recursos materiales y tecnológicos) y del personal de apoyo (PA_05 Selección y promoción del Personal Técnico, de Gestión y de Administración y Servicios).

Se realiza un análisis sobre los recursos materiales y servicios de apoyo en el informe de seguimiento del centro, dentro del Criterio 4 (Recursos Humanos, Materiales y Servicios de apoyo). Existen ítems relativos a recursos en cuestionario de satisfacción a estudiantes por título.

Se presentan como evidencias los informes de seguimiento interno (global y por titulación) donde se puede comprobar que se realiza un análisis sobre los recursos materiales y servicios de apoyo. Además, se aportan los informes por curso académico del estudiantado en titulaciones presenciales y semipresenciales.

En relación al PTGAS, no existe ningún proceso específico sobre formación ya que el alcance del proceso “PA05” es solo selección y promoción. Este colectivo responde una encuesta al final de cada curso académico sobre la satisfacción con la titulación en la cual se pregunta por los siguientes aspectos:

6. La capacitación profesional y la adecuación del puesto de trabajo para las tareas encomendadas
7. La adecuación de los recursos materiales para las tareas encomendadas en relación con el desarrollo de la titulación

En general, los resultados a estas preguntas son muy satisfactorios. Además, se rinde cuentas en la memoria del centro donde se publica un apartado relativo a la formación interna con la actividad formativa, las horas y el número de participantes. No se detalla la satisfacción del PTGAS con dichas actividades.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 5.3

El centro debe tener implementados procesos para la dotación de los recursos, servicios y personal de apoyo cuando se hayan identificado necesidades. En caso de que los procesos de contratación no dependan directamente del centro deben implementar los procesos de solicitud a los órganos de orden superior correspondientes.

Se analizan los siguientes procesos e instrucciones técnicas:

- PA05 Selección y promoción del Personal Técnico, de Gestión y de Administración y Servicios
- PA06 Gestión de recursos materiales y tecnológicos
- IT06 Gestión de espacios e incidencias

El centro tiene implementados procesos para la dotación de los recursos, servicios de apoyo y personal de administración y servicios que funcionan correctamente.

Los resultados relacionados con la dotación de recursos materiales y de personal de apoyo se analizan en los de Centro y en los informes de titulaciones.

En el proceso “PA06” se describen las pautas para la gestión tanto de los recursos materiales como de los recursos tecnológicos identificando los órganos responsables. Se incluyen como evidencias el presupuesto del centro y las actas del Equipo directivo en las cuales se trata este criterio. También se aportan evidencias de la utilización de los mecanismos de gestión de los recursos materiales (actualización de equipos

informáticos, gestión de espacios, ayudas a la formación, investigación e innovación, etc.). Según el proceso “PA05” es el Equipo directivo del centro el que detecta la necesidad de Personal de Administración y Servicios, tal como se recoge en las actas.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Valoración global del criterio (A, B, C, D)

B

Oportunidades de Mejora

Aspectos que SIN COMPROMETER de forma sustantiva el cumplimiento alguna directriz del criterio y que pueden ser objeto mejora en cuanto a eficiencia o eficacia del sistema.

Se recomienda establecer indicadores específicos en el proceso PA_06 Gestión de recursos materiales y tecnológicos, al igual que en el PA_07, con el fin de garantizar la medición sistemática de su desempeño y facilitar la toma de decisiones orientadas a la mejora continua de los recursos que sustentan la actividad docente del centro.

Se recomienda valorar la incorporación de un proceso específico que regule la formación del PTGAS, dado que el actual procedimiento PA_05 se limita a la selección y promoción. Esta medida permitiría reforzar la planificación y seguimiento de la formación continua de este colectivo.

Necesidades de Mejora

Detalle de los aspectos que COMPROMETEN el cumplimiento alguna directriz del criterio y que deben ser objeto mejora para poder asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "C".

No cumplimientos

Detalle de los aspectos implican el no cumplimiento de los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d, e IMPIDEN asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "D".

Criterio 6.- Resultados.

OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.

Se recopila la información pertinente para la gestión eficaz del centro y los programas formativos impartidos.

Descripción de procedimientos SIGC

Descripción global de los procedimientos y normativa del SIGC que establecen los mecanismos establecidos para dar respuesta al criterio y las directrices en que se desarrolla.

El SIGC contempla la recopilación y análisis de resultados relevantes para la gestión de la calidad académica. Entre las fuentes documentales se incluyen:

- PM_01 Generación y elaboración de indicadores y gestión de los documentos del SIGC
- PM_02 Seguimiento de titulaciones: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PM_04 Seguimiento de Centros: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PA_08 Satisfacción de los grupos de interés
- PA_09 Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones
- PC_08 Empleabilidad

Análisis de las evidencias disponibles, por directriz

Directriz 6.1

El centro debe tener implementados procesos que consideren, al menos, la recopilación sistemática de, al menos, los siguientes elementos:

- Información sobre resultados académicos.
- Resultados de inserción laboral.
- Satisfacción de los grupos de interés con el centro y sus programas formativos.
- Resultados de la evaluación del profesorado.
- Quejas, reclamaciones y sugerencias de mejora.

En el caso de las enseñanzas propias no será obligatoria la recopilación de alguno de los elementos, atendiendo a las especificidades de cada título.

En el caso de centros que imparten programas de doctorado deben recopilarse los resultados de investigación – publicaciones - obtenidos en el desarrollo de las tesis doctorales.

Se analizan los siguientes procesos e instrucciones técnicas:

- PC08 Empleabilidad
- PA08 Satisfacción grupos de interés
- PA09 Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones
- PM01 Generación y elaboración de indicadores y gestión de los documentos del SIGC
- PM02 Seguimiento de títulos: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PM04 Seguimiento de centros: análisis, mejora y rendición de cuentas

El SIGC cuenta con procedimientos aseguran la recopilación de información sobre el funcionamiento de los títulos ofertados y la satisfacción de los principales grupos de interés.

El SIGC tiene implantado el PM_01 Generación y elaboración de indicadores y gestión de los documentos del SIGC, que cuenta con dos procedimientos el Procedimiento I: Generación de tasas, evidencias e indicadores y el Procedimiento II: Elaboración y revisión del Manual y los procedimientos del SIGC.

Respecto al proceso:

- Llama la atención que estas actividades formen parte del mismo proceso, dado que no guardan relación entre ellas.
- No en todos los procesos revisados existe trazabilidad a este proceso.

Respecto al procedimiento I:

- Respecto a la actividad 4. Codificar todas las evidencias según unos criterios normalizados establecidos. No se especifica cuál es esta codificación.
- Los indicadores hacen referencia a la información que se recopila en el mismo, no son indicadores de seguimiento que permitan valorar la eficacia del proceso definido.
- En el diagrama se incluyen como entradas el PC_06, PA_01, PA_02, PA_03, PA_04 y PA_08. Dado que todos los procesos tienen definidos indicadores, la entrada debería ser todos los procesos del SIGC.
- En el diagrama está repetida dos veces una actividad (las dos últimas).
- En este caso están correctamente trazadas las salidas al PM_02, PM_03 y PM_04.

Respecto al procedimiento II:

1. En la actividad 5. Actualizar la página web y publicitar los cambios a la Comunidad Universitaria del, no hay relación con el PC_02 Comunicación e información pública y transparencia. Tampoco es salida en el diagrama de actividades.
2. No hay indicadores de seguimiento relacionados con la elaboración y revisión del Manual y los procedimientos del SIGC.

Se recomienda revisar el proceso para corregir estos aspectos.

Según lo descrito, la responsabilidad de revisar y aprobar los cambios propuestos en los documentos del SIGC y elevarlos al Consejo de Gobierno es de la Comisión de Calidad de la UAH y del Vicerrectorado con competencias en Calidad. Existen actas en las que se deja constancia.

En la página web se publican los resultados de aprendizaje y las tasas académicas de los diferentes títulos.

Anualmente, se lleva a cabo un informe de seguimiento interno por titulación, siguiendo lo descrito en el PM_02 Seguimiento de titulaciones: análisis, mejora y rendición de cuentas. Los resultados más significativos se analizan en los Informes de seguimiento interno anuales y en el Informe final de seguimiento del SIGC del centro.

Respecto a la medición de la satisfacción de los grupos de interés, se lleva a cabo en base a lo descrito en el PA_08 Satisfacción de los grupos de interés cuyo objeto es establecer cómo el Centro Universitario Cardenal Cisneros realiza actuaciones dirigidas a conocer la satisfacción de los grupos de interés, así como a obtener información sobre sus necesidades y expectativas, las cuales se utilizan para tomar decisiones sobre la mejora de la calidad de las enseñanzas que gestiona.

En este proceso se describen cinco procedimientos, en los que se analizan como se llevan a cabo las diferentes mediciones: encuesta docente, encuesta de satisfacción del profesorado, estudiantado y personal de administración y servicios con la titulación, encuesta de satisfacción del estudiantado y los tutores/as externos/as con las prácticas externas, encuesta de satisfacción del estudiantado con la movilidad y la encuesta de satisfacción de los egresados con la formación recibida.

En el proceso se incluyen los indicadores de cada procedimiento, y en todos ellos aparece la satisfacción del grupo de interés y tasa de respuesta, lo que permite ver si los resultados son representativos. Por otro lado, se incluyen los diagramas de flujo de cada procedimiento:

- En el diagrama de egresados, el último paso es “presentar y difundir los resultados”, cuando sería más correcto “Publicar y difundir los INFORMES” como en el resto de procedimientos, ya que los informes se publican en la web. No hay relación con el PC_02 Comunicación e información pública y transparencia
- En el diagrama de flujo de las Encuestas Docentes, aparece al finalizar el diagrama “Inicio del proceso”, en lugar de “Fin del proceso”. Se recomienda corregir la errata.

En cuanto a los resultados de las encuestas de satisfacción, se presentan en el apartado de “Informes de Resultados y Satisfacción” en el enlace web de “Calidad”.

En la web se incluyen resultados de todas las mediciones que se realizan en el Centro. De evaluación docente hay resultados hasta el 2023-24 y del resto hasta el 2022-23. Se recomienda incluir la fecha de elaboración de los informes de satisfacción.

Las encuestas de evaluación docente son propias del Centro Cardenal Cisneros, mientras que el resto de mediciones se realizan con los modelos de encuesta de la Universidad de Alcalá.

En los informes de resultados de las encuestas docentes, “el nombre interno del informe” no está correcto. En el informe del 2023/24 aparece que es del 2022/23, en el informe del 2021/22 aparece que es del 2016/17...Se recomienda nombrar bien todos los informes de satisfacción, para no crear confusión.

Las encuestas docentes se dividen en diferentes bloques: “Observaciones generales”, “Cuestiones sobre la asignatura”, “Cuestiones sobre profesores” y dos preguntas, una sobre la asistencia a la asignatura y otra sobre la guía docente de la asignatura. Se entiende que hay una encuesta por cada asignatura, pero el primer bloque es común y se preguntaría una vez en cada título (en el informe de resultados queda evidenciado en el nº de respuestas).

En los informes de resultados del PTGAS, se muestran los resultados de la titulación, los de los Grados y los de la Universidad. Aunque el porcentaje de participación de PTGAS es un indicador del proceso, este no aparece en el informe de resultados. Se recomienda incluir el porcentaje de participación en los informes de resultados del PTGAS para saber si los resultados obtenidos son representativos o no. Los Grados en Magisterio de Educación Infantil y Educación Primaria, tienen el mismo informe.

En los informes de resultados del PDI y del estudiantado se muestra el % de participación. En el caso de Grados, aparece el resultado del título, de los Grados del Centro, de los grados de la UAH y de todas las titulaciones oficiales de la UAH evaluadas. En los másteres en cambio, en el caso de las encuestas al PDI se aportan los datos del título, de los másteres del Centro y de las titulaciones de la UAH, y en el caso de las encuestas al estudiantado, los resultados del título, de los másteres de la UAH y de todas las titulaciones oficiales de la UAH.

En cuanto a los informes de resultados sobre las prácticas externas, se presentan resultados de encuestas a estudiantes, tutores universitarios y tutores del centro escolar. Aparece el nº de tutores y estudiantes, pero no el % de participación. Aunque aparecen los datos necesarios para

su cálculo, se recomienda incluir el % de participación de cada grupo encuestado. Por otro lado, en los resultados de tutores de universidad, aparece que hay 19 tutores y que se han recibido 154 encuestas.

En el proceso PA_08 Satisfacción de los grupos de interés, no se contemplan las encuestas a tutores de universidad sobre las prácticas externas. Incluir en proceso.

En los informes de satisfacción presentados en web, aparecen también los informes de satisfacción de los tutores externos/empleadores, pero estos resultados ya se recogen en los informes sobre las prácticas externas.

En la web se muestran también los informes de resultados de egresados y del estudiantado con la movilidad.

Aunque la UAH tiene definido el PM_04 Seguimiento de centros: análisis, mejora y rendición de cuentas, no se han encontrado evidencias del despliegue de este proceso a nivel de centro, ni consta en el Manual de procesos del SIGC. Se presenta como evidencia un informe de centro que se analiza en la directriz 9.

Cuenta con el PA_09 Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones, en el que se describe el método seguido para garantizar la correcta gestión de las quejas, reclamaciones y sugerencias, ocasionadas por el desarrollo de la actividad académica o administrativa y cómo el Órgano Responsable realiza el seguimiento y mejora de las incidencias, reclamaciones y sugerencias.

Respecto al proceso PA 09:

- Se encuentra en la versión 02 del 2025, dado que no se incluye tabla de control de cambios, se entiende que la tabla de la portada corresponde a la versión en vigor. Llama la atención que se elaboró en 2023 y finalmente fue aprobado en enero de 2025.
- En el título se dice quejas, sugerencias y felicitaciones y en el objeto quejas, reclamaciones y sugerencias.
- La actividad 13. Realizar el seguimiento que proceda y elaborar los informes estadísticos correspondientes, no consta en el diagrama de actividades.
- No tiene salida a los procesos; PM_01 Generación y Elaboración de Indicadores, al PM_02 Seguimiento de Titulaciones: Análisis, Mejora y Rendición de Cuentas y PM_03 Renovación de la Acreditación de Titulaciones.
- No existe la actividad, "Publicar los informes globales sobre las quejas y sugerencias recibidas durante un curso académico".
- Se indica que se pueden utilizar también las vías institucionales para realizar quejas y sugerencias, en base a lo descrito en el PA_09 Revisar este aspecto ya que se está describiendo el PA_09. Por otro lado, parece que las felicitaciones no se pueden realizar por las vías institucionales.
- En el diagrama de actividades se incluye una entrada que dice "las quejas presentadas en la UAH son derivadas al CUCC". Falta añadir las sugerencias.
- El proceso no termina en la apertura de acciones de mejora, en caso necesario.

Se recomienda revisar el proceso para corregir estos aspectos.

Según lo descrito, existen dos vías institucionales para realizar quejas, sugerencias y reclamaciones sobre las actividades y servicios desarrollados en la universidad:

- Quejas, sugerencias y reclamaciones que se rigen por el Reglamento de Quejas y Sugerencias de la Universidad de Alcalá.
- Quejas presentadas ante el/la Defensor/a Universitario/a que se regirán por el reglamento de este órgano.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 6.2

La información debe estar disponible a todos los niveles necesarios de gestión, según corresponda, desde la coordinación de la actividad docente, hasta la dirección y gerencia del centro.

En los procesos de centro asociados a esta directriz indicados en el apartado 6.1 se hace referencia a la generación de la información y su disponibilidad para los órganos de gestión y dirección. La información está disponible para toda la comunidad universitaria, tal y como ya se ha informado en los apartados anteriores y también a niveles de gestión y de dirección de centro.

Toda la información relativa a los resultados de satisfacción de los grupos de interés del Centro Universitario Cardenal Cisneros está público y actualizado en la página web del Centro. Los resultados de Satisfacción son analizados en los informes anuales. Además, para realizar cualquier queja, sugerencia o felicitación se puede realizar desde la página web del centro y también desde las páginas web de los diferentes títulos del centro. La información está disponible para toda la comunidad universitaria. La información se recopila por la Unidad de Calidad y es analizada por los responsables de los títulos y por la Comisión de Calidad de CUCC.

Se presentan actas de la Junta de Centro en la que se informa de los informes de los títulos y de la aprobación de los planes de mejora con información actualizada para la toma de decisiones.

En la página web del centro se incorpora un formulario para que cualquier persona de la comunidad universitaria o externa pueda hacer una queja, sugerencia o felicitación. Según las evidencias revisadas, existen registros de reclamaciones y sugerencias de las que después se hace un análisis (libros) bastante pormenorizado.

A nivel de Universidad, destaca el "Portal de Transparencia" y a nivel de centro, la web de Calidad. Se aportan registros de actas de la Comisión de Calidad, actas de Coordinación, actas de departamentos, actas del Equipo directivo donde se llevan a cabo los análisis correspondientes para la toma de decisiones.

Además, este centro presenta como evidencias el seguimiento de su plan estratégico 2023-2026 que tendría que ser público. No obstante, publica la consecución de los objetivos de calidad con sus correspondientes indicadores y grado de consecución. Se presentan actas de la Comisión de Calidad donde se llevan a cabo análisis de la consecución de dichos objetivos.

Existe un apartado en la web dedicado a la empleabilidad en el que se encuentran datos e informes a nivel global.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Valoración global del criterio (A, B, C, D)

B

Oportunidades de Mejora

Aspectos que SIN COMPROMETER de forma sustantiva el cumplimiento alguna directriz del criterio y que pueden ser objeto mejora en cuanto a eficiencia o eficacia del sistema

Se recomienda clarificar los criterios de codificación de evidencias en PM-01 e incorporar indicadores de seguimiento que permitan valorar la eficacia del proceso, más allá de la simple recopilación de información.

Se sugiere revisar el diagrama de actividades de PM-01 para asegurar la coherencia con la lógica del sistema, incluyendo todos los procesos del SIGC como entradas y evitando duplicidades.

Se recomienda establecer la relación entre la actividad de actualización y difusión web con el procedimiento PC_02 (Comunicación e información pública y transparencia), así como definir indicadores específicos que permitan hacer seguimiento de la revisión del Manual y los procedimientos del SIGC.

Se recomienda valorar la extensión del proceso PM_04 a centros que no disponen aún de la certificación SISCAL, con el objetivo de avanzar hacia una cultura institucional de mejora continua en todos los centros, con independencia de su situación en relación con su certificación.

Se recomienda incluir en los informes de resultados de satisfacción del PTGAS el porcentaje de participación para poder valorar si los resultados son.

En los informes de resultados sobre prácticas externas, se debería indicar el porcentaje de participación de los estudiantes y tutores encuestados, para poder evaluar la representatividad de los resultados obtenidos.

Se recomienda revisar los indicadores definidos en el procedimiento I del PM_01 ya que no permiten valorar la eficacia del proceso, al limitarse a describir la información recopilada, sin incorporar medidas de desempeño.

Se recomienda incluir en el procedimiento II del PM_01 indicadores que permitan valorar la eficacia de la elaboración y revisión del Manual y los procesos del SIGC.

Necesidades de Mejora

Detalle de los aspectos que COMPROMETEN el cumplimiento alguna directriz del criterio y que deben ser objeto mejora para poder asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas “C”.

No cumplimientos

Detalle de los aspectos implican el no cumplimiento de los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d, e IMPIDEN asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas “D”.

Criterio 7.- Información pública, transparencia y rendición de cuentas

PUBLICACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS DE LA INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDADES Y PROGRAMAS A LOS GRUPOS DE INTERÉS IMPLICADOS.

El centro publica información clara, fiable, objetiva, actualizada y fácilmente accesible sobre sus actividades y programas y realiza la rendición de cuentas a los grupos de interés implicados en el despliegue del Sistema Interno de Garantía de Calidad.

Descripción de procedimientos SIGC

Descripción global de los procedimientos y normativa del SIGC que establecen los mecanismos establecidos para dar respuesta al criterio y las directrices en que se desarrolla.

El centro ha implementado procedimientos para la publicación y actualización de información relativa a sobre sus actividades y programas y para la rendición de cuentas a los grupos de interés implicados en el despliegue del Sistema Interno de Garantía de Calidad. Los procesos y procedimientos incluyen:

- PC_02 Comunicación e información pública y transparencia
- PM_02 Seguimiento de titulaciones: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PM_03 Renovación de la acreditación de titulaciones
- PM_04 Seguimiento de Centros: análisis, mejora y rendición de cuentas
- IT_01 Actualización/modificación de la página web
- IT_11 Jornadas de bienvenida, jornadas de puertas abiertas y otras actividades de promoción
- IT_13 Acreditación del nivel B1 en alguna lengua extranjero

Análisis de las evidencias disponibles, por directriz

Directriz 7.1

El centro debe tener implementados procedimientos para publicar, revisar y actualizar información clara, fiable, objetiva, y fácilmente accesible sobre todos sus programas formativos y otras actividades relevantes.

Se analizan los siguientes procesos e instrucciones técnicas:

- PC02 Comunicación e información pública y transparencia
- PM02 Seguimiento de títulos: análisis, mejora y rendición de cuentas (v2, 12/12/24) (Responsable: Vicerrectorado con competencias en Calidad)
- PM03 Renovación de la acreditación de titulaciones (v2, 12/12/24) (Responsable: Vicerrectorado con competencias en Calidad)
- IT01 Actualización/modificación de la página web
- IT12 Jornada de Puertas Abiertas para potenciales estudiantes y centros educativos.

La información pública sobre las titulaciones y actividades del centro es pública, clara y completa

El SIGC tiene definido el PC_ 02 Comunicación e información pública y transparencia (Versión 02), que describe como el Centro Universitario Cardenal Cisneros (CUCC), gestiona y facilita la inserción y publicación de noticias e información de interés en la página web del CUCC, así como la autogestión de la misma. Este proceso se relaciona con las siguientes instrucciones de trabajo:

- IT_01 Actualización-modificación de la página Web del CUCC, donde se explica cómo se actualiza y modifica la información de la página web. El Servicio de Relaciones Externas y Comunicación elabora un informe anual de la actividad, que es utilizado por la Comisión de Calidad para la elaboración de los seguimientos y acreditaciones. En base a las conclusiones se pueden abrir acciones de mejora.
- IT_12 Jornada de Puertas Abiertas para potenciales estudiantes y centros educativos, que explica cómo se gestiona la Jornada de puertas abiertas para potenciales estudiantes y centros. Después de la Jornada el Servicio de Relaciones Externas y Comunicación realiza un informe donde se recoge el desarrollo de la jornada, la satisfacción y la participación. En la IT, no se explica que en base a los resultados se pueden abrir acciones de mejora.

Hay evidencias de la difusión de la información a través de diversos canales (correo electrónico, web, redes sociales, portales, etc.) y de la actualización de la web del centro. En el "PC02" se indica que los responsables de las titulaciones y de los servicios deben revisar, anualmente, la web para comprobar que la información está actualizada, es coherente y completa a través de los procesos de seguimiento interno y externo y, en su caso, el de renovación de la acreditación (PM02 y PM03). Se ha comprobado que existen evidencias al respecto y además, se presenta un registro con el mapa de contenidos web y responsables, y actas del Equipo directivo. También, se rinden cuentas de la revisión y actualización de contenidos en la Memoria del Servicio de Relaciones Externas y Comunicación de 2023-2024 que es el responsable del proceso "PC02".

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 7.2

Los procedimientos relacionados con la información pública y la transparencia implementados por el centro deben tener en cuenta a los diferentes grupos de interés, tales como:

- Estudiantado potencial.
- Estudiantado matriculado.
- Personas egresadas.
- Personal docente.
- Personal de apoyo.
- Empleadores.
- Sociedad en general.

Se analizan los siguientes procesos e instrucciones técnicas:

- PC02 Comunicación e información pública y transparencia
- IT01 Actualización/modificación de la página web
- IT12 Jornada de Puertas Abiertas para potenciales estudiantes y centros educativos
- IT13 Programa de Acción Tutorial y Plan de Convivencia

La página web del centro está estructurada en diferentes secciones que permiten segmentar la información facilitada a los diferentes grupos de interés. De forma específica, la web dispone de secciones para futuros alumnos, estudiantes matriculados, estudiantes graduados, PDI, PTGAS, empleadores y sociedad en general.

La web del centro presenta información completa para todos los grupos de interés. Desde su página principal, se puede seleccionar el perfil del visitante para presentarle información específica de su interés.

En el proceso PC_02 Comunicación e información pública y transparencia, no especifica a qué grupos de interés tienen en cuenta a la hora de incluir, actualizar y modificar la información, ni se concreta como se informará al PDI, PAS, alumnos y sociedad.

Se recomienda revisar el proceso PC_02 Comunicación e información pública y transparencia para especificar qué grupos de interés se consideran en las tareas de inclusión, actualización y modificación de la información, así como concretar los canales y mecanismos utilizados para informar al PDI, PAS, alumnado y sociedad en general.

Como sugerencia de mejora, se propone que la web del centro incluya de forma más visible accesos directos a determinados servicios institucionales de interés para el estudiantado, como pueden ser los relacionados con la empleabilidad, las bibliotecas u otros recursos de la UAM.

Finalmente, se evidencia el uso de las redes sociales (Facebook, Instagram, X) que se gestionan a través del Servicio de Relaciones Externas y Comunicación.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 7.3

La información debe ser publicada, al menos, en la página web del centro, y debe incluir, según corresponda:

- Información sobre el centro:
 - o Organización.
 - o Política.
 - o Estrategia.
 - o Sistema Interno de Garantía de Calidad implementado.
- Información sobre los programas ofertados:
 - o Denominación de los títulos.
 - o Universidades y centros implicados, en caso de títulos conjuntos.
 - o Perfil de ingreso
 - o Criterios y vías de acceso.
 - o Criterios de reconocimiento de créditos.
 - o Estructura del plan de estudios.
 - o Número de plazas ofertadas.
 - o Modalidad de impartición.
 - o Oferta de movilidad.
 - o Oferta de prácticas externas, entidades colaboradoras vinculadas al título.
 - o Guías docentes de las asignaturas.

- o Requisitos de idiomas.
 - o Cuando corresponda información sobre acceso o vinculación con profesiones reguladas.
 - o Calendario lectivo (horarios de clase y fechas de evaluación).
- Información sobre los servicios de gestión del centro.
- Información sobre servicios de orientación a los estudiantes.
- Información sobre servicios complementarios ofertados.
- Acceso al buzón de quejas, reclamaciones y sugerencias.
- Información sobre resultados:
 - o Información sobre resultados académicos.
 - o Resultados de inserción laboral.
 - o Satisfacción de los grupos de interés.
 - o Quejas, reclamaciones y sugerencias de mejora.

En el caso de las enseñanzas propias la información sobre los programas ofertados, y la información sobre resultados podrá no contener todos los elementos indicados, en función de la propia naturaleza de cada título.

Se analizan los siguientes procesos de centro e instrucciones técnicas:

- PC02 Comunicación e información pública y transparencia
- IT01 Actualización/modificación de la página web
- IT12 Jornada de Puertas Abiertas para potenciales estudiantes y centros educativos
- IT13 Programa de Acción Tutorial y Plan de Convivencia

Durante la evaluación se ha comprobado que la página web de CUCC y de los títulos, está bien estructurada y muestra una información completa y actualizada. Respecto a la información de cada título, da respuesta a los aspectos incluidos en esta directriz. Se publica la información necesaria para los grupos de interés (información clave de las titulaciones, criterios de admisión y acceso al título, plan de estudios, competencias, calendario y horarios, profesores y sus CVs...). No obstante, en relación a la estructura y créditos de un mismo título se detectan diferencias entre la información que publica la UAH y el centro. Por ejemplo en el Grado en Magisterio de Educación Primaria. Se debe revisar.

En el apartado de Calidad del Centro están públicos la política de calidad, el mapa de procesos y el plan estratégico del CUCC, los procesos del SIGC, las instrucciones de trabajo, la composición, reglamento y actas de la Comisión de Calidad, información sobre el programa DOCENTIA, los buzones de sugerencias, reclamaciones y felicitaciones, informes de satisfacción de los grupos de interés, indicadores...

En cuanto al seguimiento interno, están incluidos los informes de centro de los cursos 2021/2022 y del 2022/23 y los planes de mejora del centro de los mismos cursos. Estos documentos, aunque corresponden a los cursos comentados, son los informes y planes del 2023 y 2024, respectivamente. Se recomienda incluir en el nombre que aparece en la web el curso al que corresponde. Además, están incluidos los informes de seguimiento del título de todos los años de impartición del título hasta el actual y los planes de mejora.

Por último, al buzón de sugerencias y reclamaciones se puede acceder tanto desde la página de cada título, como desde el apartado de Calidad de la página web del centro, a través del botón “Quejas, sugerencias y felicitaciones”. Cada gestión tiene su propio formulario, pero no se ha podido acceder a ellos al no tener permisos.

En la misma página aparece un informe “Libro de quejas, sugerencias y felicitaciones”, en el que se indican los resultados y el análisis de las quejas, sugerencias y reclamaciones recibidas durante diferentes años.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 7.4

El centro debe implementar mecanismos que garanticen la rendición de cuentas de manera planificada, específica y bidireccional a los diferentes grupos de interés que participan en el despliegue del Sistema Interno de Garantía de Calidad. Esta rendición de cuentas debe incluir la información relevante sobre los resultados alcanzados en materia de política y objetivos de calidad del centro.

Se analizan los siguientes procesos de centro:

- PM02 Seguimiento de títulos: análisis, mejora y rendición de cuentas.

Desde el apartado “Garantía de Calidad” se accede al Sistema de Garantía Interna de Calidad, donde se encuentra la información sobre Política y objetivos.

Los procedimientos de publicación de la información y los relacionados con el análisis de los resultados y toma de decisiones para la mejora del sistema de calidad prevén la rendición de cuentas a los grupos de interés del CUCC a través de la información disponible públicamente.

El proceso “PM02” hace referencia a la rendición de cuentas y a los procesos de seguimiento internos y externos, donde se incluye a la agencia evaluadora. Los procesos de publicación de la información y los relacionados con el análisis de los resultados y toma de decisiones para la mejora

del sistema de calidad prevén la rendición de cuentas a los grupos de interés del centro a través de sus representantes en los diferentes órganos de gobierno y de la información disponible públicamente.

Los resultados son difundidos en la página web de UAH. Se publica toda la información de acreditaciones o seguimientos de centro/titulación o planes de mejora, lo que permite a cualquier interesado acceder a los principales resultados y ver la opinión y las mejoras propuestas.

Además, este centro presenta como evidencias el seguimiento de su plan estratégico 2023-2026 que no es público. No obstante, publica la consecución de los objetivos de calidad con sus correspondientes indicadores y grado de consecución y se presentan actas de la Comisión de Calidad donde se llevan a cabo análisis de la consecución de dichos objetivos.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Valoración global del criterio (A, B, C, D)

B

Oportunidades de Mejora

Aspectos que SIN COMPROMETER de forma sustantiva el cumplimiento alguna directriz del criterio y que pueden ser objeto mejora en cuanto a eficiencia o eficacia del sistema

Se recomienda revisar el proceso PC_02 Comunicación e información pública y transparencia para especificar qué grupos de interés se consideran en las tareas de inclusión, actualización y modificación de la información, así como concretar los canales y mecanismos utilizados para informar al PDI, PAS, alumnado y sociedad en general.

Como sugerencia de mejora, se propone que la web del centro incluya de forma más visible accesos directos a determinados servicios institucionales de interés para el estudiantado, como pueden ser los relacionados con la empleabilidad, las bibliotecas u otros recursos de la UAH.

Se recomienda revisar y armonizar la información publicada sobre las titulaciones entre la web del CUCC y la de la Universidad de Alcalá, especialmente en lo relativo a la estructura y número de créditos de los títulos, para garantizar la coherencia y fiabilidad de la información ofrecida a los grupos de interés.

Se recomienda incluir en la denominación de los documentos publicados en la web el curso académico al que corresponden los informes y planes de mejora del centro, con el fin de facilitar su identificación y asegurar la trazabilidad temporal de la información disponible para los grupos de interés.

Se recomienda publicar información referida al Plan Estratégico 2023-2026 en la web del centro, para garantizar el acceso público a esta información clave y reforzar la transparencia del sistema de calidad ante los grupos de interés.

Necesidades de Mejora

Detalle de los aspectos que COMPROMETEN el cumplimiento alguna directriz del criterio y que deben ser objeto mejora para poder asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "C".

No cumplimientos

Detalle de los aspectos implican el no cumplimiento de los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d, e IMPIDEN asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas “D”.

Criterio 8.- Gestión de la I+D+i y transferencia de conocimiento

Este criterio es de aplicación únicamente a centros que imparten programas de doctorado.

ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA Y DE TRANSFERENCIA DEL CENTRO

El centro despliega una estrategia de investigación y transferencia, adecuada a su estructura y ámbitos de trabajo y gestionando sus colaboraciones con instituciones científicas, empresas, administraciones, de una forma coherente con los programas de doctorado impartidos.

Descripción de procedimientos SIGC

Descripción global de los procedimientos y normativa del SIGC que establecen los mecanismos establecidos para dar respuesta al criterio y las directrices en que se desarrolla.

No aplica

Análisis de las evidencias disponibles, por directriz

Directriz 8.1

El centro tiene identificados los grupos de investigación, al menos los que participan en la impartición de programas de doctorado, y revisa y actualiza periódicamente las principales líneas de trabajo de cada uno de ellos.

--

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)	
--	--

Directriz 8.2

El centro analiza periódicamente la financiación de sus actividades de investigación, identificando, además de las líneas de financiación interna, los programas y proyectos de investigación externos establecidos a nivel nacional o internacional que estén alineados con sus principales líneas de trabajo y concurriendo a convocatorias de una forma planificada.

--

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)	
--	--

Directriz 8.3

El centro analiza periódicamente los resultados esperados o ya alcanzados de sus líneas de investigación, su potencial interés para entidades públicas, empresas o la sociedad en general, y establece mecanismos para transferir el conocimiento generado.

--

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)	
--	--

Directriz 8.4

Las actividades e investigación, desarrollo e innovación y de transferencia de tecnología, producen resultados alineados con las líneas de investigación de los programas de doctorado impartidos.

--

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)	
--	--

Directriz 8.5

Se debe disponer de un repositorio de acceso abierto en el que depositar una copia de la versión final aceptada para publicación de los resultados científicos del personal docente e investigador.

--

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)	
--	--

Valoración global del criterio (A, B, C, D)

Oportunidades de Mejora

Aspectos que SIN COMPROMETER de forma sustantiva el cumplimiento alguna directriz del criterio y que pueden ser objeto mejora en cuanto a eficiencia o eficacia del sistema

Necesidades de Mejora

Detalle de los aspectos que COMPROMETEN el cumplimiento alguna directriz del criterio y que deben ser objeto mejora para poder asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas “C”.

No cumplimientos

Detalle de los aspectos implican el no cumplimiento de los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d, e IMPIDEN asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas “D”.

Criterio 9.- Organización de la mejora continua

CICLO DE MEJORA CONTINUA DE LAS ACTIVIDADES DEL CENTRO.

El centro analiza y usa la información relevante para la toma de decisiones, tanto en lo referido a la gestión y mejora de las titulaciones, como a aspectos no académicos pero vinculados a la actividad del centro.

Descripción de procedimientos SIGC

Descripción global de los procedimientos y normativa del SIGC que establecen los mecanismos establecidos para dar respuesta al criterio y las directrices en que se desarrolla.

El centro ha establecido mecanismos para analizar la información relevante para la toma de decisiones y asegurar la mejora continua. Los procesos y procedimientos incluyen:

- PM01 Generación y elaboración de indicadores y gestión de los documentos del SIGC
- PM02 Seguimiento de titulaciones: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PM03 Renovación de la acreditación de titulaciones)
- PA05 Selección y promoción del Personal de Administración y Servicios
- PA06 Gestión de Recursos Materiales y Tecnológicos
- PA08 Satisfacción de los grupos de interés
- PA09 Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones
- PA01 Identificación de necesidades del Personal Docente e Investigador
- PA02 Formación del Personal Docente e Investigador
- PA03 Evaluación de la Actividad Docente del Profesorado
- PA04 Promoción del Personal Docente e Investigador
- PC02 Comunicación e información pública y transparencia
- PE01 Definición, aprobación, revisión y difusión de la política y los objetivos de calidad
- IT06 Gestión de espacios e incidencias
- IT14 Establecimiento de objetivos anuales del centro

Análisis de las evidencias disponibles, por directriz

Directriz 9.1

El centro debe asegurar que, de forma sistemática, la información relevante es analizada periódicamente y tomada como referencia para establecer las acciones de mejora pertinentes sobre los programas formativos, especialmente las dirigidas a la mejora de los resultados académicos y al incremento de la satisfacción de los grupos de interés.

En el caso de centros que imparten programas de doctorado, la toma de decisiones debe incluir decisiones basadas en los indicadores de investigación de los programas de doctorado impartidos.

Se analizan los siguientes procesos de centro:

- PM01 Generación y elaboración de indicadores y gestión de los documentos del SIGC
- PM02 Seguimiento de titulaciones: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PM03 Renovación de la acreditación de titulaciones
- PA08 Satisfacción de los grupos de interés
- PA09 Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones

Los registros vinculados a los diferentes procesos de análisis y de toma de decisión se centran en los informes de seguimiento de la titulación, en el informe de seguimiento interno de CUCC, en las actas de la Junta de Centro y en las actas de la Comisión de Calidad de CUCC.

En la mayoría de los procesos del SIGC se identifican indicadores de seguimiento.

Respecto a los indicadores:

- En las fichas de procesos se identifican indicadores de seguimiento, excepto en el PA_06.
- En algunos casos los indicadores definidos no permiten la mejora de los mismos. Por ejemplo, en el PE_01 Definición, aprobación, revisión y difusión de la Política y Objetivos de Calidad, el indicador es Política y objetivos de calidad del CUCC.
- Existen valores de referencia y metas establecidos en los objetivos estratégicos de calidad del centro, si bien no todos los indicadores del sistema cuentan con valores de referencia.
- Existe un cuadro estadístico a nivel de Facultad asociado a los objetivos estratégicos de calidad del centro, alineado con el Plan Estratégico, que permiten evaluar los resultados de los indicadores del SIGC. Además, los indicadores operativos se monitorizan periódicamente a través del portal estadístico Power BI. No obstante, no se dispone de un cuadro de mando de Centro que incluya los indicadores de todos los procesos con sus valores de referencia y la evolución de los resultados de dichos indicadores en cursos académicos anteriores, lo que permitiría analizar el grado de consecución de los resultados de los procesos y en consecuencia establecer si es necesario acciones de mejora para la mejora continua de los procesos.

Revisadas las evidencias, parte de la información del SIGC es analizada periódicamente y tomada como referencia para establecer las acciones de mejora pertinentes a nivel de titulación y de centro.

Según el proceso de centro “PM02” se realiza:

- Seguimiento interno anual de las titulaciones: la Comisión de Calidad del CUCC junto a los responsables de calidad de las titulaciones de grado y máster, elaboran para cada título un informe de seguimiento en el cual valoran los resultados del plan de estudios, así como el cumplimiento de los objetivos de calidad previstos, la eficacia de las acciones de mejora iniciadas y la recomendación de nuevas mejoras necesarias. Para ello, la Comisión cuenta con los datos e indicadores resultantes de los procesos relacionados y con la información proporcionada por los agentes implicados a través de encuestas, quejas, sugerencias, reuniones de coordinación, etc. A partir de estos informes de seguimiento de titulaciones se elabora el Informe de seguimiento global de centro que se aprueba por la Comisión de Calidad de la UAH.
- Seguimiento externo transcurridos tres años después de la implantación efectiva y/o de la renovación de la acreditación o cuando un título ha recibido un informe de verificación, modificación o renovación de la acreditación con recomendaciones que debe subsanar, para lo cual deberá entregar un plan de mejora y someterse a un seguimiento especial en el plazo que determine la agencia evaluadora.

Se encuentran informes anuales de seguimiento de las titulaciones, así como los Planes de mejora del centro publicados en la web y se presentan actas de diferentes órganos del centro (Comisión de Calidad, Equipo directivo, Coordinación, Comisión Intercentros UAH-CUCC).

En ambos informes de seguimiento se analizan indicadores de rendimiento y de satisfacción para detectar debilidades de los programas formativos. Se proponen las correspondientes acciones de mejora.

Más concretamente, en base a lo descrito en el PM_02, el responsable de la titulación, realiza el informe de seguimiento de titulación, que será aprobado por la Comisión de calidad de Centro y por la Junta de facultad. Revisados los informes de seguimiento presentados como evidencia, se puede constatar que, en general, los resultados se analizan y son la base para la toma de decisiones. Se ha presentado un documento con los planes de mejora llevados a cabo durante el período 2016-2023, tanto en los grados como en el máster.

A nivel de centro, se presentan como evidencia los informes de seguimiento interno realizados por la Unidad de Calidad de CUCC y aprobados por la Comisión de Calidad de CUCC, de los cursos 2021/2022 y del 2022/23 y los planes de mejora del centro de los mismos cursos. Estos documentos, aunque corresponden a los cursos comentados, son los informes y planes del 2023 y 2024, respectivamente.

Por otro lado, en el PM_02 se hace referencia a un informe global de la Universidad que es elaborado por la Unidad técnica de calidad de la UAH y aprobada por el Consejo de Gobierno de la UAH.

Analizados los informes de seguimiento interno de centro se comprueba que:

- A lo largo del informe de Centro se analizan los resultados de satisfacción y los resultados académicos, se analizan las debilidades y Fortalezas y se incluye el plan de mejoras de centro del curso.
- En la página 21 del Informe de seguimiento del Centro del 2022-2023 se indican las acciones de mejora planteadas por el CUCC y se detecta que se ha incluido la acción 6-2023 (analizar la tasa de abandono de algunas titulaciones), que en el Plan de Mejoras aparece como finalizada, y no aparecen las acciones 3-2024, 4-2024 y 5-2024, que aparecen en el Plan de Mejoras del 2022-23, como nuevas

acciones. Se recomienda realizar una correcta trazabilidad entre el análisis realizado a lo largo del informe, y las propuestas de mejora.

- En los planes de mejora del Centro aparece el código de la acción, el responsable de la acción, la evidencia de cumplimiento y el estado de la acción. No aparece ni la debilidad detectada, ni la causa de la acción, ni el plazo establecido para concluir la acción, ni la eficacia de la acción finalizada. Se recomienda ampliar la información incluida en los planes de acción. Además, en cuanto a la evidencia de cumplimiento de la acción, es teórico, con lo que no se especifica en muchos casos qué valor hay que obtener. Ejemplos: Acción 2-2023, N° de estudiantes en programas de movilidad. o en la acción 8-2023, % de participación. Se podría especificar cuántos estudiantes en programas de movilidad se considera como objetivo o cuál es el mínimo de participación para que la encuesta sea representativa. Se recomienda definir con datos cuantitativos la evidencia de cumplimiento.
- Se evidencia que las acciones no finalizadas del Plan de mejoras 2021/2022, han sido trasladadas al plan de mejoras del 2022/2023 correctamente. Sin embargo, las acciones del plan de mejoras del 2021/2022, 11-2023 y 12-2023, ya finalizadas, aparecen de nuevo en el plan de mejoras del 2022/2023. Se recomienda corregir este aspecto.
- En cuanto a las acciones del plan de mejoras 2022/2023, “3-2023 Continuar con medidas de apoyo para facilitar la acreditación del profesorado” y la “5-2023 Aumentar el número de profesorado a tiempo completo en algunas titulaciones”, en su estado aparece “Se convierte en proceso continuo”. Los indicadores son “N° de profesores acreditados” y N° de profesores a tiempo completo”. Sería recomendable establecer un “valor meta”.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 9.2

El centro debe asegurar que, de forma sistemática, la información relevante es analizada periódicamente y tomada como referencia para establecer las acciones de mejora pertinentes sobre el personal docente.

Se analizan los siguientes procesos de centro:

- PM01 Generación y elaboración de indicadores y gestión de los documentos del SIGC
- PM02 Seguimiento de titulaciones: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PM03 Renovación de la acreditación de titulaciones
- PA08 Satisfacción de los grupos de interés
- PA09 Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones

- PA01 Identificación de necesidades del Personal Docente e Investigador
- PA02 Formación del Personal Docente e Investigador
- PA03 Evaluación de la Actividad Docente del Profesorado
- PA04 Promoción del Personal Docente e Investigador

Existen mecanismos de desarrollo de la mejora continua en la gestión del personal docente, nivel de titulación se analizan en los informes anuales los resultados relativos a los indicadores y la satisfacción del PDI.

El proceso de centro “PA04” detalla mecanismos de seguimiento de la actividad docente del profesorado, reconocimiento de méritos conseguidos y los procesos de promoción para reconocer la actividad del personal docente.

Asimismo, el proceso “PA03” permite asegurar unos estándares de calidad básicos en el desempeño de la actividad docente del profesorado universitario y utilizar el resultado de esta evaluación docente con vistas a la selección y promoción del profesorado. Además, el proceso “PA02” tiene como objetivo impulsar la mejora continua de su actividad.

Como evidencia, en los informes de seguimiento se recogen acciones orientadas a la mejora del PDI y se presentan actas de Coordinación (Departamentos).

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 9.3

El centro debe asegurar que, de forma sistemática, la información relevante es analizada periódicamente y tomada como referencia para establecer las acciones de mejora pertinentes sobre los recursos materiales, los servicios y el personal de apoyo.

Se analizan los siguientes procesos de centro:

- PM01 Generación y elaboración de indicadores y gestión de los documentos del SIGC
- PM02 Seguimiento de titulaciones: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PM03 Renovación de la Acreditación
- PA05 Selección y promoción del Personal de Administración y Servicios
- PA06 Gestión de Recursos Materiales y Tecnológicos
- PA08 Satisfacción de los grupos de interés
- PA09 Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones
- IT06 Gestión de espacios e incidencias

Existen mecanismos de desarrollo de la mejora continua en la gestión de los recursos a nivel de titulación (Por ejemplo, renovar y reestructurar el mobiliario de las aulas docentes, así como incrementar el número de tomas de corriente, mejorar algunas dotaciones informáticas,...), si bien, no se han encontrado ejemplos de análisis a nivel de Centro.

Se encuentra evidencia de informes de seguimiento anual de las titulaciones con planes de mejora asociados. Se observa que en dichos documentos existen indicadores vinculados a la gestión de recursos, servicios y personal de apoyo. Además, se presenta el Plan de formación CUCC PDI-PAS (2021-2024) en el que se recogen objetivos del plan, planificación, desarrollo, metodología, origen de las acciones formativas y evaluación del plan, entre otros aspectos.

No obstante, se podría perfeccionar el establecimiento de mecanismos sistemáticos y documentados que garanticen el análisis periódico de la información relativa a los recursos materiales, los servicios y el personal de apoyo, así como su utilización como base para definir acciones de mejora que aseguren la trazabilidad del ciclo de mejora continua.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 9.4

El centro debe asegurar que, de forma sistemática, la información relevante es analizada periódicamente y tomada como referencia para establecer las acciones de mejora pertinentes sobre los sistemas de obtención de resultados y de información pública, transparencia y rendición de cuentas.

Se analizan los siguientes procesos de centro:

- PM01 Generación y elaboración de indicadores y gestión de los documentos del SIGC
- PM02 Seguimiento de titulaciones: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PM03 Renovación de la Acreditación (v2, 21/1/25) (Responsable: Equipo directivo y Vicerrectorado de Gestión de la Calidad de la UAH)
- PC02 Comunicación e información pública y transparencia

Tal y como se ha referenciado en los Criterios 6 y 7 de este informe, el centro dispone de procesos para la obtención y análisis de datos “PM01”, que proporcionan información para la toma de decisiones y la mejora continua “PM02”, y con un proceso de publicación de dicha información “PC02”.

Como evidencia, en los informes de seguimiento, se recogen acciones orientadas a la mejora de los sistemas de obtención de resultados y de información pública, transparencia y rendición de cuentas. Se aportan también memorias de diferentes cursos académicos y un Plan de comunicación y marketing para el curso 2023-2024.

No obstante, se podría mejorar el registro del análisis de la información pública, la transparencia y la rendición de cuentas en las actas de la Junta de Centro y de la Comisión de Calidad, de modo que quede evidencia clara de que dichas actas sirven como base para establecer las acciones de mejora pertinentes.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Directriz 9.5

El centro debe asegurar que su Sistema Interno de Garantía de Calidad es adecuado, revisando periódicamente su funcionamiento y estableciendo las acciones de mejora pertinentes.

Se analizan los siguientes procesos de centro e instrucciones técnicas:

- PE01 Definición, aprobación, revisión y difusión de la política y los objetivos de calidad
- PM01 Generación y elaboración de indicadores y gestión de los documentos del SIGC
- PM02 Seguimiento de titulaciones: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PM03 Renovación de la Acreditación
- IT14 Establecimiento de objetivos anuales del centro

El centro cuenta con una sistemática de seguimiento interno basada en el análisis de indicadores estratégicos y operativos (monitorizados mediante Power BI), así como en la evaluación y ejecución de planes de mejora para títulos y centro.

Según el proceso de centro “PE01”, el CUCC revisa y actualiza al menos cada tres años la Política y los objetivos de calidad y siempre que se produzcan cambios en la normativa, plan estratégico y modelo pedagógico.

Según la “IT14”, la Unidad de Calidad del CUCC solicita a los coordinadores y responsables de titulación, departamento y servicios del centro que comuniquen los objetivos de calidad y sus indicadores que se analizan y aprueban en la primera reunión anual de la Comisión de Calidad. La Unidad de Calidad hace un seguimiento de lo alcanzado al final de curso que se valora en la última reunión de la Comisión de Calidad. La Unidad de Calidad difunde los objetivos e indicadores a través de la web. Se aportan evidencias de la revisión del SIGC por parte de la Comisión de Calidad y la Junta del Centro que también son públicas.

Los informes de seguimiento ponen de manifiesto que se trata el criterio 3 dedicado a los aspectos fundamentales del SIGC relativos a la titulación. A nivel global de centro, se agrega el análisis llevado a cabo por titulación.

Aunque la UAH tiene definido el PM_04, el CUCC no lo contempla dentro de su SIGC, no se han encontrado evidencias del despliegue de este proceso a nivel de centro, ni consta en el Manual de procesos del SIGC.

Respecto a la gestión documental, se debería mejorar la implantación del proceso dados los errores detectados en las diferentes fichas de proceso revisadas y reseñadas a lo largo del informe.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D)

B

Valoración global del criterio (A, B, C, D)

B

Oportunidades de Mejora

Aspectos que SIN COMPROMETER de forma sustantiva el cumplimiento alguna directriz del criterio y que pueden ser objeto mejora en cuanto a eficiencia o eficacia del sistema

Se recomienda ampliar la información incluida en los planes de mejora, incorporando la debilidad detectada, la causa de la acción, el plazo previsto para su ejecución y el valor de referencia esperado como evidencia de cumplimiento.

Se recomienda revisar y corregir la trazabilidad entre los análisis recogidos en los informes de seguimiento y las acciones de mejora propuestas, para asegurar la coherencia y el cierre efectivo del ciclo PDCA.

Se recomienda definir mecanismos sistemáticos y documentados que garanticen el análisis periódico de la información sobre recursos materiales, servicios y personal de apoyo, y su utilización como base para decisiones de mejora.

Se recomienda incorporar el análisis y seguimiento de los objetivos estratégicos y de calidad en los informes de seguimiento interno de centro, junto con el seguimiento de indicadores y acciones de mejora, para consolidar su utilidad como herramienta de gestión.

Se recomienda mejorar el registro del análisis de la información pública, la transparencia y la rendición de cuentas en las actas de los órganos colegiados, asegurando que sirvan de base para la adopción de acciones de mejora.

Se recomienda revisar y actualizar las fichas de proceso del SIGC para corregir los errores detectados y asegurar una gestión documental coherente, precisa y alineada con el funcionamiento real del sistema, garantizando así su utilidad como herramienta de gestión y mejora continua. Se puede aprovechar esta revisión integral para simplificar dicha documentación, de manera que sea sencilla su sostenibilidad.

Se recomienda seguir avanzando en la automatización y visualización de los indicadores clave, mediante la implantación o mejora de herramientas digitales que permitan integrar, procesar y representar los datos de forma ágil y accesible. En particular, sería recomendable el uso de dashboards interactivos y software especializado que faciliten el seguimiento sistemático de los indicadores, la comparación respecto a metas y umbrales establecidos, y la generación de informes que sirvan de apoyo a la toma de decisiones en los distintos niveles de la organización.

Se recomienda implantar el proceso PM_04 de la Universidad de Alcalá, o bien establecer una sistemática alternativa que el centro considere adecuada, para reforzar el análisis y la mejora a nivel institucional.

Necesidades de Mejora

Detalle de los aspectos que COMPROMETEN el cumplimiento alguna directriz del criterio y que deben ser objeto mejora para poder asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas “C”.

No cumplimientos

Detalle de los aspectos implican el no cumplimiento de los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d, e IMPIDEN asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas “D”.

Fortalezas del Sistema

Detalle de las fortalezas del sistema identificadas durante la evaluación

1. Se constata un elevado compromiso institucional con el sistema de calidad en todas las áreas y niveles de funcionamiento.
2. Participación activa y representativa de los distintos colectivos implicados en el sistema de calidad durante la visita.
3. Espíritu de colaboración y clima institucional positivo, manifestado por estudiantes, PAS y profesorado, que destaca la cercanía del equipo directivo y la disposición al diálogo y a la resolución de incidencias.
4. El estudiantado, a través de sus delegados, muestra una implicación destacable en el funcionamiento del centro y en los procesos del SIGC, evidenciando una cultura participativa consolidada. Se han implantado mecanismos efectivos de comunicación y recogida de información desde la delegación de estudiantes. Como ejemplo, el Método Estudiantil de Transmisión de la Información y Seguimiento (METIS) y otras vías de comunicación estructurada entre representantes estudiantiles y el equipo docente.
5. Durante la visita, los distintos grupos de interés —en especial estudiantes y egresados— manifestaron un alto grado de satisfacción con el funcionamiento del centro y su experiencia formativa.
6. El profesorado se caracteriza por ofrecer un trato cercano y personalizado al estudiantado, aspecto valorado muy positivamente por este colectivo durante la visita, especialmente en lo relativo a la orientación académica.
7. Las empresas valoran positivamente la relación establecida con la universidad, así como la preparación de los egresados, destacando la agilidad en la comunicación universidad–empresa.
8. La Universidad cuenta con un Portal de Transparencia consolidado que refuerza la rendición de cuentas y el acceso a la información pública.

Relación de Oportunidades de mejora

1. Se recomienda incorporar al SIGC mecanismos formales que garanticen la implicación de los grupos de interés externos de egresados y empleadores en la definición y revisión de la Política de Calidad.
2. Se recomienda mejorar la coherencia entre los objetivos de calidad publicados y los establecidos en la Política de Calidad del centro.
3. Se recomienda llevar a cabo una revisión integral y actualizada del Manual del SIGC del CUCC, incorporando de forma sistemática las relaciones entre los procesos propios y los de la UAH, solventando las incoherencias detectadas en las fichas de proceso y asegurando la interrelación necesaria para garantizar el cierre efectivo del ciclo de mejora continua.
4. Se recomienda revisar la alineación de los documentos estratégicos del CUCC y los de la Universidad de Alcalá, para optimizar la planificación estratégica de ambas instituciones.
5. Se recomienda mejorar la trazabilidad y transparencia incluyendo en el Manual del SIGC la composición actualizada de la Junta de Centro, así como reflejar en las actas los cargos de los asistentes para evidenciar la participación efectiva y regular de todos sus miembros.
6. Se recomienda garantizar la actualización permanente de la información publicada sobre la Comisión de Calidad del Centro, incorporando en la web institucional la relación completa y vigente de sus miembros, incluyendo al representante del estudiantado, para asegurar la transparencia y la representatividad de los grupos de interés.
7. Se recomienda incluir en las actas de la Comisión de Docencia del Centro los cargos de los asistentes a cada reunión, con el fin de evidenciar la participación efectiva de todos sus miembros y garantizar el seguimiento adecuado del funcionamiento de este órgano colegiado.
8. Se identifica como oportunidad de mejora la necesidad de clarificar en la documentación del SIGC la relación entre el proceso PE_01 y la IT_14, así como la distinción conceptual y funcional entre los objetivos de calidad y los objetivos operativos de calidad, para facilitar la comprensión y aplicación coherente del sistema.
9. Se recomienda reforzar el uso de los indicadores del SIGC para medir la eficacia real de los procesos, orientándolos a la mejora continua.
10. Se recomienda establecer un cuadro de mando integral con todos los indicadores y sus valores de referencia, para apoyar la toma de decisiones estratégicas sobre el conjunto del SIGC, más allá de los títulos.
11. Se identifica como oportunidad de mejora la necesidad de revisar y corregir las inconsistencias formales en la documentación del SIGC, como la errata detectada en el encabezado del proceso PM_03 sobre Renovación de la Acreditación, donde figura una versión incorrecta, para asegurar la coherencia interna y la fiabilidad del sistema documental.
12. Se considera una oportunidad de mejora adaptar al contexto específico del CUCC los contenidos del proceso PE_04 de Extinción de titulaciones, alineando su alcance y desarrollo con el resto de procesos, como ya ha personalizado el centro.
13. Se recomienda actualizar de forma continua el libro Excel de evolución de acciones de mejora, asegurando el seguimiento anual completo de todas las acciones iniciadas, incluidas aquellas anteriores al curso 2020-21, hasta su cierre definitivo, para garantizar la trazabilidad del ciclo de mejora.
14. Se detecta una deficiencia en la definición documental del proceso de diseño de nuevas titulaciones, al no especificarse en el PE_02 ni en la IT_10 la información que debe analizarse en dicho procedimiento, ni las aportaciones de los grupos de interés; además, la falta de imbricación entre el PM_02 y el PM_01 genera incoherencias en la trazabilidad del sistema, lo que compromete la claridad y eficacia del SIGC.
15. Se recomienda revisar el proceso PC_03 Acceso, admisión y matrícula para asegurar la coherencia entre las actividades descritas y el objeto y alcance del proceso, eliminando o reubicando aquellas que no se correspondan, como la elaboración de estadísticas de matrícula o el análisis de datos de nuevo ingreso.

16. Se recomienda corregir el diagrama de flujo del proceso PC_03, reubicando correctamente las referencias a los procesos PM_01, PM_02 y PM_03 como salidas en lugar de entradas, para reflejar adecuadamente la lógica de interrelación entre procesos del SIGC.
17. Se recomienda revisar el proceso PC_04 para ampliar la descripción de las actividades e incluir de forma explícita las acciones de apoyo a la orientación y formación del estudiantado, ya que actualmente solo se detallan las acciones de acogida y el plan de acción tutorial, omitiendo otros aspectos clave del objeto del proceso.
18. Se recomienda corregir el diagrama de flujo del proceso PC_04, en el que las referencias a los procesos PM_02 y PM_03 aparecen como entradas en lugar de salidas, y valorar la incorporación del vínculo con el proceso PM_01, para reforzar la coherencia del SIGC.
19. Se recomienda establecer una relación clara entre la actividad de planificación y difusión de las acciones de acogida del PC_04 y el proceso PC_02 Comunicación e información pública y transparencia, para asegurar la coordinación y efectividad de las acciones informativas dirigidas al estudiantado.
20. Se recomienda clarificar la utilidad y el contenido de la IT_13 en relación con la acción tutorial, ya que actualmente su función no queda diferenciada respecto al procedimiento ya descrito en el proceso PC_04, lo que puede generar redundancias o confusión en la documentación del SIGC.
21. Se recomienda establecer una relación explícita entre el proceso PC_08 Empleabilidad y el proceso PC_02 Comunicación e información pública y transparencia, con el fin de asegurar una difusión coordinada y eficaz de las acciones del Plan de Actuación de Empleabilidad dirigidas a estudiantes y egresados.
22. Se recomienda revisar el diagrama de flujo del proceso PC_08 para corregir la clasificación errónea de los procesos PM_02 y PM_03 como entradas, y valorar la inclusión del proceso PC_02 como salida relacionada, en coherencia con el flujo lógico del sistema.
23. Se recomienda revisar el diagrama de flujo del proceso PC_06 Prácticas académicas externas para corregir la clasificación incorrecta de los procesos PA_08, PAM_01, PM_02 y PM_03 como entradas, y ubicarlos correctamente como salidas, garantizando así la coherencia del sistema documental.
24. Se recomienda revisar la utilidad de la IT_04 Gestión de las prácticas académicas externas, dado que su contenido reproduce actividades ya recogidas en el proceso PC_06, lo que podría generar redundancias en la documentación del SIGC.
25. Se recomienda revisar el contenido del proceso PC_07 Movilidad de estudiantes para incluir de forma explícita en las actividades de movilidad internacional las referencias a los procesos PA_08, PM_01, PM_02 y PM_03, con el fin de asegurar su vinculación con los mecanismos de planificación, seguimiento y mejora del SIGC.
26. Se recomienda ajustar el diagrama de flujo del proceso PC_07, de modo que los procesos PM_01, PM_02 y PM_03 se reflejen como salidas y no como entradas, y que se incorpore como salida el proceso PA_08, garantizando así la coherencia entre las actividades y los flujos documentales.
27. Se recomienda incorporar en las actividades de movilidad nacional la realización de encuestas de satisfacción del estudiantado outgoing, así como su representación en el diagrama de proceso y la documentación de los resultados obtenidos, con el fin de medir y mejorar esta dimensión de la movilidad.
28. Se recomienda incluir en el proceso PC_07 las actividades específicas relacionadas con la movilidad incoming, actualmente no contempladas, para asegurar un tratamiento integral de todas las modalidades de movilidad estudiantil.
29. Se recomienda revisar los indicadores asociados al proceso PC_07 y valorar la inclusión de métricas específicas del centro, ya que los actuales indicadores disponibles son genéricos a nivel UAH y no permiten un análisis propio del funcionamiento de la movilidad en el CUCC.

30. Se recomienda incorporar al informe de análisis de las jornadas de puertas abiertas la información sobre la participación de los estudiantes y su satisfacción.
31. Se recomienda avanzar en la certificación de la implantación del modelo DOCENTIA implantado en el centro.
32. Se recomienda establecer indicadores específicos en el proceso PA_06 Gestión de recursos materiales y tecnológicos, al igual que en el PA_07, con el fin de garantizar la medición sistemática de su desempeño y facilitar la toma de decisiones orientadas a la mejora continua de los recursos que sustentan la actividad docente del centro.
33. Se recomienda valorar la incorporación de un proceso específico que regule la formación del PTGAS, dado que el actual procedimiento PA_05 se limita a la selección y promoción. Esta medida permitiría reforzar la planificación y seguimiento de la formación continua de este colectivo.
34. Se recomienda clarificar los criterios de codificación de evidencias en PM-01 e incorporar indicadores de seguimiento que permitan valorar la eficacia del proceso, más allá de la simple recopilación de información.
35. Se sugiere revisar el diagrama de actividades de PM-01 para asegurar la coherencia con la lógica del sistema, incluyendo todos los procesos del SIGC como entradas y evitando duplicidades.
36. Se recomienda establecer la relación entre la actividad de actualización y difusión web con el procedimiento PC_02 (Comunicación e información pública y transparencia), así como definir indicadores específicos que permitan hacer seguimiento de la revisión del Manual y los procedimientos del SIGC.
37. Se recomienda valorar la extensión del proceso PM_04 a centros que no disponen aún de la certificación SISCAL, con el objetivo de avanzar hacia una cultura institucional de mejora continua en todos los centros, con independencia de su situación en relación con su certificación.
38. Se recomienda incluir en los informes de resultados de satisfacción del PTGAS el porcentaje de participación para poder valorar si los resultados son.
39. En los informes de resultados sobre prácticas externas, se debería indicar el porcentaje de participación de los estudiantes y tutores encuestados, para poder evaluar la representatividad de los resultados obtenidos.
40. Se recomienda revisar los indicadores definidos en el procedimiento I del PM_01 ya que no permiten valorar la eficacia del proceso, al limitarse a describir la información recopilada, sin incorporar medidas de desempeño.
41. El procedimiento II del PM_01 carece de indicadores que permitan valorar la eficacia de la elaboración y revisión del Manual y los procesos del SIGC.
42. Se recomienda revisar el proceso PC_02 Comunicación e información pública y transparencia para especificar qué grupos de interés se consideran en las tareas de inclusión, actualización y modificación de la información, así como concretar los canales y mecanismos utilizados para informar al PDI, PAS, alumnado y sociedad en general.
43. Como sugerencia de mejora, se propone que la web del centro incluya de forma más visible accesos directos a determinados servicios institucionales de interés para el estudiantado, como pueden ser los relacionados con la empleabilidad, las bibliotecas u otros recursos de la UAH.
44. Se recomienda revisar y armonizar la información publicada sobre las titulaciones entre la web del CUCC y la de la Universidad de Alcalá, especialmente en lo relativo a la estructura y número de créditos de los títulos, para garantizar la coherencia y fiabilidad de la información ofrecida a los grupos de interés.

45. Se recomienda incluir en la denominación de los documentos publicados en la web el curso académico al que corresponden los informes y planes de mejora del centro, con el fin de facilitar su identificación y asegurar la trazabilidad temporal de la información disponible para los grupos de interés.
46. Se recomienda publicar información referida al Plan Estratégico 2023-2026 en la web del centro, para garantizar el acceso público a esta información clave y reforzar la transparencia del sistema de calidad ante los grupos de interés.
47. Se recomienda ampliar la información incluida en los planes de mejora, incorporando la debilidad detectada, la causa de la acción, el plazo previsto para su ejecución y el valor de referencia esperado como evidencia de cumplimiento.
48. Se recomienda revisar y corregir la trazabilidad entre los análisis recogidos en los informes de seguimiento y las acciones de mejora propuestas, para asegurar la coherencia y el cierre efectivo del ciclo PDCA.
49. Se recomienda definir mecanismos sistemáticos y documentados que garanticen el análisis periódico de la información sobre recursos materiales, servicios y personal de apoyo, y su utilización como base para decisiones de mejora.
50. Se recomienda incorporar el análisis y seguimiento de los objetivos estratégicos y de calidad en los informes de seguimiento interno de centro, junto con el seguimiento de indicadores y acciones de mejora, para consolidar su utilidad como herramienta de gestión.
51. Se recomienda mejorar el registro del análisis de la información pública, la transparencia y la rendición de cuentas en las actas de los órganos colegiados, asegurando que sirvan de base para la adopción de acciones de mejora.
52. Se recomienda revisar y actualizar las fichas de proceso del SIGC para corregir los errores detectados y asegurar una gestión documental coherente, precisa y alineada con el funcionamiento real del sistema, garantizando así su utilidad como herramienta de gestión y mejora continua. Se puede aprovechar esta revisión integral para simplificar dicha documentación, de manera que sea sencilla su sostenibilidad.
53. Se recomienda seguir avanzando en la automatización y visualización de los indicadores clave, mediante la implantación o mejora de herramientas digitales que permitan integrar, procesar y representar los datos de forma ágil y accesible. En particular, sería recomendable el uso de dashboards interactivos y software especializado que faciliten el seguimiento sistemático de los indicadores, la comparación respecto a metas y umbrales establecidos, y la generación de informes que sirvan de apoyo a la toma de decisiones en los distintos niveles de la organización.
54. Se recomienda implantar el proceso PM_04 de la Universidad de Alcalá, o bien establecer una sistemática alternativa que el centro considere adecuada, para reforzar el análisis y la mejora a nivel institucional.

Relación de Necesidades de Mejora

Relación de No cumplimientos

Valoración Global del Sistema Interno de Garantía de Calidad

El dictamen del Comité de Certificación de la Fundación, una vez analizado el Informe de Evaluación elaborado por Panel y teniendo en cuenta las alegaciones (si aplica) es:

DICTAMEN

FAVORABLE

PRESIDENTE DEL PANEL DE CERTIFICACIÓN

Nombre: Federico Morán Abad

Fecha: 30 de julio de 2025