

Informe de Certificación Definitivo

SISCAL madri+d

**FACULTAD DE EDUCACIÓN
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:	Facultad de Educación - Código del centro: 19004053		
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.

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.

En el apartado 3. SIGC de los centros con estudios de grado y máster universitario habilitante, 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 12/12/2024:

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, 2.2.3. Gestión de los documentos y actualización del SIGC que 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 SIGC o modificar lo especificado al respecto.

Según el proceso, los órganos que intervienen a nivel de la UAH son el Vicerrectorado con competencias en Calidad y Comisión de Calidad de la UAH. El Vicerrectorado con competencias en Calidad, difunde la política y objetivos de calidad de la UAH; revisa y analiza anualmente la Política de Calidad, los objetivos del Plan Estratégico y su grado de consecución; publica la versión actualizada de la política y objetivos de calidad de la UAH. No obstante, esto no coincide con lo descrito en las funciones del Manual del SIGC, respecto al Vicerrectorado con competencias en Calidad. Se debe revisar el Manual del SIGC e incluir todas las funciones del Vicerrectorado con competencias en Calidad o adaptar el PE_01 a lo descrito en el manual del SIGC.

En el apartado 6. INDICADORES, se dice que los indicadores de los objetivos estratégicos se encuentran recogidos en el plan estratégico de la Universidad y en los planes directores de los centros. 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: Sólo consta el Anexo I Flujograma. En unos procesos aparece Flujograma y en otros, como las IT en el apartado anexos se incluye la relación con los procesos.

En el flujograma:

El proceso PC-02 Comunicación e información pública y transparencia es entrada en lugar de salida.

No hay relación con la IT_00 Revisión, actualización y aprobación de la política y objetivos de calidad del centro. No se hace referencia al Protocolo de Despliegue, Seguimiento y Evaluación de diciembre de 2023, 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.

Para el despliegue del PE, el Centro cuenta con la IT_00 Revisión, actualización y aprobación de la política y objetivos de calidad del centro Rev.03 del 19/07/2024:

El objetivo es revisar y actualizar la política y objetivos estratégicos de calidad de la Facultad de Educación, ajustándose a lo indicado en el proceso estratégico PE_01. En el objeto no hace referencia a la aprobación (sí en el título) y dice objetivos estratégicos en lugar de objetivos de calidad. Se debe incluir en el alcance del proceso todas las actividades que se describen en el mismo.

No se hace referencia a que el despliegue se hace a través del plan director, aunque la evidencia presentada se llama: PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ 2023-2026. PLAN DIRECTOR DEL CENTRO [FACULTAD DE EDUCACIÓN] CURSO 2024-2025.

Se indica que los objetivos estratégicos incluidos en la política de calidad se actualizarán/modificarán siguiendo las directrices marcadas en el protocolo de despliegue, seguimiento y evaluación del plan estratégico de la Universidad de Alcalá 2023-2026. Se recomienda relacionar este documento con el PE_01 de Universidad en lugar de la IT de centro.

En unos casos se hace referencia a objetivos estratégicos, en otros a objetivos de calidad y en otros a objetivos estratégicos de calidad. Se debe homogeneizar lo relativo a los objetivos de calidad, objetivos estratégicos de calidad y objetivos estratégicos.

En cuanto al PE_05 Certificación del Sistema Interno de Garantía de Calidad y Acreditación Institucional Rev.01 del 12/12/2024:

El objeto es establecer cómo la Universidad de Alcalá organiza las actividades relacionadas con los procesos de solicitud y obtención de la certificación del Sistema Interno de Garantía de Calidad y la Acreditación Institucional de sus centros.

Los indicadores definidos son: Porcentaje de Centros con SIGC certificados y Porcentaje de Centros Acreditados Institucionalmente.

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 el proceso que se defina para asegurar la sistematización de la mejora continua del centro, así como garantizar la trazabilidad de los procesos.

Se han detectado inconsistencias entre el Reglamento de la Comisión de Calidad y lo detallado en el Manual del SIGC de la IAH:

- En el Manual del SIGC de la UAH se enumeran 5 funciones, mientras que en el Reglamento son 7 las funciones.
- La función 1 del Reglamento sobre proponer los objetivos de calidad de la Política de Calidad, constan en el manual como aprobar y velar por el cumplimiento de la política, objetivos. En el reglamento hay dos funciones 1 y 2, en el manual están agrupadas pero no se dice lo mismo.
- La función 2 del Reglamento es velar por el cumplimiento de la política y objetivos de calidad de la UAH, pero en el manual se refiere a la política de calidad del centro.
- Las funciones 4 y 5 del Reglamento, constan en el manual como funciones de la Junta de Facultad.

Se debe llevar a cabo una revisión del Manual del SIGC de UAH y del Reglamento de la facultad para unificar y clarificar las funciones de la Comisión de Calidad de Centro.

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.

La UAH cuenta con una declaración pública de su Política de calidad con 11 principios, para dar soporte a la cultura de calidad. Además, hace referencia a “Garantizar una oferta formativa de títulos universitarios de calidad atendiendo la demanda de la sociedad, así como una formación continua que avale el aprendizaje a lo largo de la vida”. No se han encontrado evidencias del despliegue del SIGC para dar soporte a estas actividades. En el manual de calidad existe un apartado pero dice que está en elaboración.

Por su parte, la Facultad de Educación tiene definida la Política de Calidad (Rev. 05 aprobada el 19/07/2024) por la Junta de Facultad del 25/06/2024.

Consta su compromiso para la consecución de los objetivos estratégicos, establecidos en el Plan Director de la Facultad de Educación. Según el Manual del SGIC la aprobación de la política de calidad es una de las funciones de la Comisión de Calidad del Centro, no de la junta de Facultad. Se deben revisar las funciones de los Órganos y comisiones del manual de calidad para que coincidan con lo descrito en los procedimientos e IT.

Dicha Política de calidad se ajusta al:

- a) Proceso de universidad “PE01 Definición, aprobación, revisión y difusión de la política y los objetivos de calidad de la UAH” (versión 2, de 12/12/24) donde se especifica que los objetivos estratégicos de la Política de Calidad se analizan anualmente en el Plan de estratégico de la Universidad y en los Planes directores de los centros para comprobar su grado de cumplimiento.
- b) Instrucción de trabajo “IT00: Revisión, actualización y aprobación de la política y objetivos de Calidad del Centro” (versión 3, de 19/7/2024).

Además, se establecen 7 objetivos estratégicos que se despliegan en el Plan Director de la Facultad de Educación. Dicho Plan Director se ha diseñado dentro del marco del Plan Estratégico de la Universidad de Alcalá (aprobado en Consejo de Gobierno el 16 de diciembre de 2021, presentado en el Claustro el 13 de diciembre de 2021 y en Consejo Social en su sesión del 17 de diciembre de 2021), y siguiendo las directrices

establecidas en su Protocolo de Despliegue, Seguimiento y Evaluación, cuyos ejes estratégicos principales para los Centros se enfocan en Docencia, Transparencia e Investigación, Internacionalización y Calidad.

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 del SGIC, se presentan los grupos de interés: el estudiantado, el personal docente y el personal técnico, de gestión y de administración y servicios de la UAH están representados en los diferentes órganos colegiados, así como en las diferentes comisiones que emanan de los anteriores. Por su parte, los empleadores/as, Administraciones Públicas y Sociedad en general están representados en el Consejo Social.

Según el proceso "PE01 Definición, aprobación, revisión y difusión de la política y los objetivos de calidad" del SIGC de la Universidad de Alcalá, los órganos que intervienen en la Política de calidad a nivel de la UAH son la Comisión de Calidad, el Vicerrectorado de Calidad y el Consejo de Gobierno. En el Manual de dicho Sistema se mencionan, como responsables de centro vinculados a la Política de calidad, a la Junta de Centro y a la Comisión de Calidad de Centro. En estos órganos aparecen representantes de todos los grupos de interés. El seguimiento de la Política de calidad se lleva a cabo según la "IT00 Revisión, actualización y aprobación de la política y objetivos de calidad del centro".

Se constata que todos los órganos colegiados y sus comisiones, tanto de la UAH como específicos del Centro, cuentan en su composición con miembros de los distintos grupos de interés. Los estudiantes, egresados, PTGAS forman parte de los mismos. Además, se ha comprobado que han participado en la reflexión previa de la definición del PE de la Universidad.

Asimismo, se articulan reuniones de coordinación con docentes, reuniones con estudiantes y empleadores, comisiones intercentros y específicamente comisiones de calidad, donde los responsables de los títulos y del centro se reúnen con todos los agentes y recogen las opiniones de todos los grupos de interés relacionados con el centro

Se presentan las correspondientes evidencias (actas y acuerdos) que muestran la participación de los diferentes grupos de interés.

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 02 de julio de 2009 y ha sido revisado en 2011, 2015, 2021, 2023 y 2024.”.

La Universidad de Alcalá tiene definido el Manual del Sistema de Garantía Interna de Calidad (MSIGC Rev. 02 aprobado el 12/12/2024), en el que se describe la presentación de la Universidad, su estructura y comisiones, los agentes implicados en el SIGC, la política y objetivos de calidad, así como los procesos y las instrucciones definidas.

El Sistema está documentado (Manual, Mapa de procesos, Procesos, Informes de seguimiento y mejora, Gestión documental) y para su despliegue, la Facultad cuenta con los órganos colegiados y comisiones correspondientes. Se observa que los procesos están identificados/codificados, documentados y revisados adecuadamente. Los procesos e instrucciones de trabajo definen a los responsables de la implementación del SGIC, de detectar mejoras y de presentar evidencias.

La UAH hace seguimientos anuales, por curso académico, a nivel de Universidad (Informe global de seguimiento interno) así como seguimientos de cada titulación (Informes de Seguimiento Interno y Planes de Mejora anuales por Titulación. Está en proceso de implantación el Proceso PM_04 Seguimiento de Centros, análisis, mejora y rendición de cuentas o la sistemática que el centro considere adecuada para llevar a cabo de manera sistemática el seguimiento de los objetivos de calidad.

En el proceso PM_04, en la página 3 se indica que el objetivo es analizar el funcionamiento del SIGC del centro y preparar la documentación que se debe presentar en los procesos de auditoría interna, para que los evaluadores puedan analizar la trazabilidad de las actuaciones, mejoras y cambios realizados en el SIGC del centro. Se recuerda que el objetivo de los procesos no debe ser para los evaluadores, sino para la mejora del SIGC del centro, de tal manera que constituya una herramienta eficaz para la toma de decisiones.

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.

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 grupos de interés y los principales órganos de decisión a través de los que actúan.

Los estudiantes forman parte de la Comisión de Calidad del Centro, que según el Reglamento tiene entre sus funciones la de aprobar y desarrollar el SIGC de la Facultad de Educación, así como proponer los objetivos de la Política de Calidad de la Facultad para su posterior envío a la Junta de Facultad; así como velar por el cumplimiento de la política y objetivos de calidad de la UAH.

En las reuniones celebradas con los estudiantes y egresados, manifestaron que sus voces son escuchadas y consideran que son parte activa en los procesos de calidad.

Se presentan como evidencias actas de reuniones de la Comisión de Calidad y de la Junta del 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 modelo de SIGC, aprobado por el Consejo de Gobierno en 2009, incorporaba el conjunto de estructuras responsables de tomar decisiones para evaluar y mejorar la calidad, los procedimientos para fijar objetivos (criterios/directrices de calidad), la manera en que se mide (indicadores) y los planes de trabajo en los que se apoya.

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:

- La Junta de Facultad, cuyas funciones son: elaborar, mantener y actualizar la política de calidad del centro; Analizar y velar por el cumplimiento de los objetivos estratégicos del centro desarrollados en sus planes directores; 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; y la propuesta de creación de nuevas titulaciones, tanto oficiales como propias, y la propuesta de extinción de cualquiera de las titulaciones impartidas en el centro. Se recomienda incluir la composición de la Junta o poner la relación con los estatutos de la UAH, al igual que se ha hecho con las funciones.
- Comisión de Docencia del Centro: Es el órgano colegiado que informará sobre los temas relacionados con cuestiones académicas. esta comisión antes era comisión de calidad y docencia del centro, se han separado en julio 2024. En el acta de la Junta de Facultad del 19/07/24 se aprueba su separación, pero se han encontrado evidencias de actas de septiembre de 2024, donde sigue constando Acta de la Comisión de Calidad y Docencia. Se recomienda revisar y corregir estas evidencias/formatos, dado que la Comisión de Calidad y Docencia ya no existe.
- Coordinador/a de Calidad del Centro: Para ayudar al Decano/a o Director/a en las tareas correspondientes al diseño, implantación, mantenimiento y mejora del SIGC de la UAH en lo concerniente a su Centro, en el caso de los grados y másteres habilitantes, se nombrará un/a Coordinador/a de Calidad del centro que, preferiblemente, será miembro del Equipo de Dirección.
- Comisión de calidad de centro: Respecto a esta comisión, en el manual dice:
 - El/la Decano/a o Director/a que actuará como Presidente.
 - El/la Coordinador/a de Calidad del Centro que, preferiblemente, debe formar parte del equipo de decanal o de dirección.
 - Los/as coordinadores/as de grado y, si procede, el/la responsable del/los MU habilitante/s.
 - Un representante de estudiantes de Grado
 - Un/a representante de estudiante de Máster Universitario Habilitante, si procede.
 - Un/a representante del Personal Técnico, de Gestión y de Administración y Servicios.

Las Juntas de Facultad podrán nombrar miembros adicionales para sus respectivas Comisiones de Calidad.

No obstante, según en el Reglamento de la Comisión de Calidad de la Facultad de Educación (aprobado en Junta de Facultad el 19 de julio de 2024, la Comisión de Calidad está integrada por:

- El/La Decano/a o persona en quien delegue, que actuará como Presidente.
- El/La Vicedecano/a con competencias en la calidad de la Facultad de Educación.
- El/La Coordinador/a de Calidad de la Facultad de Educación.
- Los/as Coordinadores/as de Titulación de cada una de las titulaciones que se imparten en la Facultad de Educación.
- Una persona responsable por cada uno de los Másteres adscritos a la Facultad de Educación.
- Un representante de los/as estudiantes, elegido/a propuesta de la Delegación de estudiantes de la Facultad de Educación.
- Un miembro el PTGAS.
- Un/a egresado/a.
- Un representante de los C.E.I.P. (centro de Educación Infantil y Primaria)
- El/La Secretario/a Académico/a de la Facultad de Educación, que actuará como Secretario/a de la Comisión levantando acta de cada una de las sesiones.

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 en general. Los empleadores han participado en las reuniones. El estudiantado ha participado regularmente en Juntas de Facultad, y reuniones con estudiantes/delegaciones. Sin embargo, el estudiantado no ha participado sistemáticamente en las Comisiones de Calidad de Centro, y el PTGAS ha excusado también su asistencia en varias ocasiones (por ejemplo, actas del 27/06/2023, y del 17/07/2024). En las reuniones mantenidas durante la visita, también se reconoció que la participación del estudiantado no ha sido sistemática. Se recomienda establecer las acciones de mejora necesarias para promover la participación del alumnado y del PTGAS en las reuniones 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 personas expertas 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.

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 de la Facultad a la hora de publicar toda la documentación del Sistema.

Además de publicar la Política de Calidad y el SGIC en la web del centro <https://educacion.uah.es/es/calidad/#politica-y-objetivos>, 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.

En base a lo descrito en el PE_01, la Universidad tiene definido el Plan estratégico UAH hasta el 2036, y cuenta con un protocolo de despliegue, seguimiento y evaluación del plan estratégico de la Universidad de Alcalá para el período 2023-2026. Se recomienda relacionar este protocolo dentro del proceso PE_01.

A nivel de centro, el despliegue se lleva a cabo a través de lo definido en la IT_00. En esta instrucción de trabajo no se hace referencia a que el despliegue se hace a través del plan director, aunque la evidencia presentada se llama: PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ 2023-2026. PLAN DIRECTOR DEL CENTRO [FACULTAD DE EDUCACIÓN] CURSO 2024-2025.

Se indica que los objetivos estratégicos incluidos en la política de calidad se actualizarán/modificarán siguiendo las directrices marcadas en el protocolo de despliegue, seguimiento y evaluación del plan estratégico de la Universidad de Alcalá 2023-2026. Se recomienda que este documento se relacione con en el PE_01 de Universidad en lugar de en la IT de centro.

Por otro lado, según lo descrito en el protocolo de despliegue, seguimiento y evaluación del plan estratégico de la Universidad de Alcalá 2023-2026, se establece un sistema de dirección estratégica con una estructura piramidal integrada por tres niveles:

- Nivel estratégico: En el nivel superior se sitúa el PE UAH-2023/2026, con seguimiento anual y revisiones en función de la evolución de la coyuntura, entorno universitario y situación de la UAH. Plantea 10 líneas estratégicas, desagregadas en objetivos estratégicos que, a su vez, se acompañan de un conjunto de indicadores clave de resultados (KPIs).

- Nivel táctico: En este segundo nivel se encuentran los Planes Directores, que ponen el foco en un determinado ámbito (transversal o de línea estratégica, por un lado, y de centros/unidades por otro) sin perder de vista los objetivos estratégicos, consiguiendo así aproximar el plano estratégico con un plano más cercano al funcionamiento de la Universidad, constituyendo el elemento clave del despliegue del PE.
- Nivel operativo: Finalmente, en este tercer nivel se recogen los planes operativos, que implican las actuaciones anuales a realizar para desplegar los Planes Directores.

Llama la atención que esta información no forme parte del PE_01, cuyo objeto es 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.

Se presenta como evidencia el Plan Director del Centro 2024/25. El documento contiene los indicadores elegidos por el centro dentro de los planes directores de Docencia, Transferencia, Internacionalización y Calidad de la UAH, así como los tres indicadores seleccionados por el centro (que estén relacionados con su estrategia y singularidades). Los indicadores elegidos deberán presentar un margen de mejora suficiente respecto al nivel de base, que pueda motivar al centro para su consecución y tener un impacto notable en la posición del departamento.

Se define el código del objetivo estratégico UAH, objetivo estratégico UAH, indicadores, base centro 2024, metacentro 2024/25, metacentro 2026, planes de acción del centro, responsable y colaboradores del centro.

No se identifica claramente la trazabilidad entre los objetivos estratégicos definidos en el Plan estratégico UAH y el Plan director del centro. Por ejemplo, el O-Cal-1 se denomina "Incorporar el concepto de calidad total a toda la UAH de forma centralizada" en el PE y "O-Cal-1.1 Conseguir un sistema de calidad total en los Centros/Escuelas" y O-Cal-1.2. Mejora del sistema de la calidad docente del profesorado" en el plan director.

El O-Doc-3 se denomina "Grados especiales de muy alta calidad cursados por aproximadamente un 20% de los estudiantes de la UAH" en el PE y "conseguir un 20% de grados especializados y de muy alta calidad" en el plan director.

Según lo indicado en el protocolo, para llevar a cabo el seguimiento anual de los Planes Directores de centro, se elabora una memoria anual y se presenta en la Junta de Facultad. No se han encontrado evidencias de estas memorias anuales.

Esto difiere de lo especificado en la IT_00: "Anualmente los objetivos estratégicos de la Política de Calidad serán analizados, para comprobar el grado de cumplimiento de los indicadores de seguimiento asociado a las acciones definidas en el Plan Director". "El/La Vicedecano/a con competencias en Calidad actualiza la Política y objetivos de calidad, y lo presenta, para su revisión y corrección, a la Comisión de Calidad de la Facultad. Tras el análisis y corrección del documento, si procede, la Comisión de Calidad remite el documento a la Junta de Facultad, para su aprobación. "Se recomienda revisar este apartado ya que puede que no esté completo y fijar una periodicidad mínima de revisión de la Política.

Respecto al seguimiento de la política y de los objetivos, existen actas de Junta de Facultad donde se aprueba la política de Calidad del centro (acta de la Junta de facultad del 19/07/2024) y el Plan Estratégico de la Facultad (acta de la Junta de facultad del 25/06/2024). No se muestran evidencias del seguimiento anual del Plan Director del Centro por la Comisión de Calidad, tal como se explica en la IT.

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 valores de referencia y revisar la validez de los indicadores existentes para garantizar que evalúan la eficacia de todos los procesos del SIGC.

Se recomienda revisar y adecuar el despliegue y alineación de los objetivos estratégicos de UAH, planes directores y planes de los centros que incluye el alcance del SIGC, estableciendo metas, acciones, recursos, responsables, temporalización e indicadores.

Se recomienda actualizar/simplificar la documentación. Continuar la revisión y actualización del Manual del SIGC y de sus procedimientos, aspectos de codificación, entre otros.

Se recomienda perfeccionar la interrelación entre los procesos para asegurar que se cumple el ciclo de mejora continua.

La Facultad dispone de una política de calidad aprobada por Junta de Facultad, aunque el Manual asigna esta función a la Comisión de Calidad. Se recomienda subsanar esta incongruencia normativa.

Se recomienda implementar activamente el proceso PM_04 Seguimiento de Centros, análisis, mejora y rendición de cuentas, en el que también se contempla el seguimiento de los objetivos estratégicos como mecanismo para reforzar el análisis regular y estructurado de los indicadores de todos los procesos en relación con sus metas, definiendo acciones de mejora cuando sea necesario, con el fin de garantizar el cierre del ciclo de mejora continua.

Se recomienda evidenciar el seguimiento del Plan Director por la Comisión de Calidad del Centro.

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

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.

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, favoreciendo la innovación docente”. Para ello, la Facultad dispone de los procedimientos que permiten definir la oferta formativa.

El sistema de calidad de la escuela ha establecido el PC_01 Gestión de la oferta docente de títulos de grado y de máster universitario. En él se describe cómo la Universidad de Alcalá gestiona la oferta formativa de sus titulaciones de grado y máster universitario.

Asimismo, ha establecido la “IT02 Gestión de la oferta docente, revisión y actualización de las guías docentes”, para definir y gestionar su oferta formativa.

Según lo descrito, la Junta de Facultad es el órgano encargado de aprobar la oferta docente de grados y másteres habilitantes. En el manual del SGIC no consta como función de la Junta de Facultad, por lo que se recomienda revisar sus funciones.

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 01/06/2023 (del curso 2023/24) y de fecha 27/05/2024 (del curso 2024/25).

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

No se observan incongruencias con la oferta formativa presentada por el centro en base al marco legislativo de referencia.

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 Sistema cuenta con los procesos siguientes a nivel de Universidad y una instrucción técnica a nivel de Facultad (IT):

- 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 consecuencia, el Centro dispone de los procedimientos adecuados que permiten diseñar, revisar, modificar y extinguir las titulaciones que se imparten, según la IT_10 Gestión de verificación, modificación y extinción de las titulaciones, relacionada con los procesos estratégicos: PE_02 Diseño y verificación de titulaciones, PE_03 Modificación de titulaciones y PE_04 Extinción de titulaciones. En cuanto al PE_04, es el único proceso que incluye en el alcance a los centros adscritos.

En los procesos no existe trazabilidad con esta IT. Para garantizar la trazabilidad de la documentación del SIGC, se deben incluir tanto las relaciones entre los procesos como los documentos relacionados.

Existen actas con ejemplos de procesos de modificación y acreditación. No se han encontrado evidencias de extinción de títulos.

Respecto al seguimiento de las titulaciones, cuentan con la IT_12 Gestión del proceso de elaboración del informe de seguimiento y planes de mejora, que establece cómo se lleva a cabo el proceso de elaboración de los informes de seguimiento y acreditación en la Facultad de Educación, ajustándose a lo indicado en el proceso de medición PM_02 de la UAH. El título de la IT es Gestión del proceso de elaboración del informe de seguimiento y planes de mejora, aunque luego no se describe la gestión de las acciones de mejora. Asimismo, tampoco se describen las acciones para la elaboración de los informes de acreditación, tal y como indica en el apartado 1. objetivo de la IT. Se recomienda revisar la IT para corregir estos aspectos. Asimismo, se recomienda especificar que sólo hace referencia al seguimiento interno, el externo se describe en el PM-02.

En el PM-02 se indica que los títulos de la UAH deberán realizar un trabajo cíclico de evaluación y mejora basado en dos procesos: un seguimiento interno anual y un seguimiento ordinario externo, lanzado desde la agencia u organismo de evaluación correspondiente que se hace transcurridos tres años después de la implantación efectiva y/o de la Renovación de la Acreditación.

Se han detectado incoherencias entre ambos documentos:

- En la IT_12 se indica que el coordinador de la titulación, bajo la supervisión del Coordinador de Calidad, realiza el informe de seguimiento, que será aprobado por la Comisión de calidad de Centro y por la Junta de facultad. Sin embargo, en el PM-02 se dice que es la Comisión de Calidad del Centro, Máster o Doctorado 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. Y por último en la tabla de descripción de las actividades consta que es el Responsable de calidad de las titulaciones el encargado de elaborar, y enviar a la UTC para su revisión, el informe de seguimiento y el plan de mejora, analizando todas las evidencias e indicadores disponibles. Se recomienda aclarar este aspecto.
- En la IT no se hace referencia al plan de mejora que debe acompañar al informe de seguimiento.
- En el PM-02, la actividad 8. es "Someter a revisión y aprobación por la Comisión de Calidad de Centro el informe de seguimiento y el plan de mejora. En el caso de los grados, la Junta de Facultad o Escuela deberá ratificar lo aprobado en Comisión de Calidad". Esto no coincide con lo especificado en las funciones del Manual del SGIC.

Se han revisado las evidencias aportadas y ha podido constatar que en el período evaluado todos los grados, másteres y PCEOs disponen de informes de seguimientos internos anuales. Además, informes de seguimiento externos ordinarios en el caso de grados en el 2025 y del Máster en 2024. En el caso del PCEO no tiene informe de seguimiento externo. 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.

Se presentan Informes de seguimiento de grados aprobados por la CCC en acta de fecha 27/06/2023 (del curso 2022/23) y del 16/09/2024 (del curso 2023/24). Y en acta de junta de facultad del 18/09/2024. Según el PM-02, la CCC aprueba los informes de todas las titulaciones, y en actas se evidencia solamente aprobación de informes de grados.

Se evidencia la realización de los procesos de verificación, seguimiento, modificación, acreditación y extinción de las titulaciones:

- Procedimientos del sistema de calidad.
- Evidencias del proceso de diseño y aprobación de nuevos títulos.
- Informes de seguimiento y revisión de títulos y de compromisos establecidos.
- Registros del proceso de verificación de títulos.
- Registros del proceso de modificación de títulos.
- Registros del proceso de acreditación de títulos.

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.

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 “PM02” y “PM03” se indica la información necesaria para el seguimiento interno y la acreditación de las titulaciones, respectivamente, y ambos se imbrican en la “IT12”. En el “PE04” se definen los criterios que conducen a la extinción de un programa. En la “IT10” se indica que “la propuesta de extinción se hará siguiendo los pasos acordados por la Junta de la Facultad.

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 el “Portal de la Facultad.

También se aportan registros de los órganos de toma de decisión como actas de la Junta de Facultad, Consejo de Gobierno, Comisión de Calidad, Comisiones de Planes de Estudio, etc. que certifican estas fases (verificación, modificación, seguimiento y acreditación), así como registro de los procesos de evaluación externa llevados a cabo por las agencias nacionales.

Finalmente, se presentan como evidencias expedientes de aprobación de títulos, de modificación, de seguimiento y de acreditación. La información incluida es completa y la necesaria para el análisis de cada criterio.

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 y actualizar el Manual del SIGC para incorporar explícitamente entre las funciones de la Junta de Facultad la aprobación de la oferta docente de grados y másteres habilitantes, tal como se refleja en la práctica habitual del centro. Esta alineación normativa contribuirá a reforzar la coherencia interna del sistema y garantizará la trazabilidad de las decisiones adoptadas en materia de planificación académica.

Se recomienda incorporar en los procesos estratégicos PE_02, PE_03 y PE_04 referencias explícitas a la IT_10, incluyendo las interrelaciones entre procesos y los documentos asociados, para garantizar la trazabilidad documental 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 de Títulos de Grado y de Máster Universitario
- PC_03 Acceso, admisión y matrícula en estudios de Grado y en Máster Universitario
- 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 de títulos de Grado y de Máster Universitario
- IT_02 Gestión de la oferta docente, revisión y actualización de las 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_07 Tramitación de renuncias a la evaluación continua
- IT_08 Solicitud y reconocimiento de ECTS
- IT_09 Gestión de los grupos de estudiantes
- IT_11 Jornadas de bienvenida, jornadas de puertas abiertas y otras actividades de promoción
- IT_13 Acreditación del nivel B1 en alguna lengua extranjera

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
- IT13 Acreditación del nivel B1 en alguna lengua extranjera

El centro dispone de sistemas adecuados de información para la admisión, matrícula y reconocimiento de formación. Desde la web de la Universidad se publica información relativa a dichos procesos. Además, la Universidad tiene una normativa académica que regula el reconocimiento/transferencia de créditos para grados y la permanencia.

El SIGC cuenta con procesos que regulan los procesos de admisión, matriculación y reconocimiento, tiene implantado el PC_03 Acceso, admisión y matrícula en estudios de grado y en máster universitario. Además, a nivel de Facultad han definido la IT_08 solicitud y reconocimiento de ECTS (19/07/2024), que tiene como objetivo la gestión del procedimiento de reconocimiento de créditos en la Facultad de Educación.

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 7. Elaborar estadísticas de matrícula y nuevo ingreso por titulación y 8. Analizar los datos de nuevo ingreso en los informes de seguimiento y de renovación de la acreditación en grado y máster. 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 la normativa reguladora de Reconocimiento ECTS de grado.

Se evidencia la implementación de procedimientos para los procesos de admisión, matriculación y reconocimiento en los siguientes documentos y registros incluidos como evidencia en el aplicación del SIGC: TBL_AM: Admisión y matrícula, TBL_RC: Reconocimiento de créditos y TBL_PI (Máster): Perfil de ingreso.

Se valoran en Informes de Seguimiento Interno Anuales (Criterio 1), para abrir acciones de mejora en caso necesario.

Se han comprobado los datos de matriculaciones totales en el documento de presentación del centro. Pero no hay información sobre matrículas de 1º (para comprobar con plazas), ni otros indicadores/tasas; ni a nivel de TITULACIÓN, ni a nivel de CENTRO.

Se ha comprobado que los resultados de aprendizaje son positivos en general, por lo que no hay acciones derivadas.

Se ha comprobado que las tasas de rendimiento, éxito, evaluación son positivas, por lo que no hay acciones derivadas. Se ha comprobado que las tasas de abandono, eficiencia y graduación son positivas en general.

Se ha comprobado, respecto a las matriculaciones, que existe un plan de acción (sin código), para ajuste real de oferta y demanda en grados: Rebajar el número de estudiantes en la titulación, única garantía para poder seguir trabajando con criterios de calidad. Es del 2016 pero está sin iniciar.

Se aportan registros de admisión, matriculación y de reconocimiento y transferencia de créditos.

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 de títulos de grado y de máster universitario
- PC03 Acceso, admisión y matrícula en estudios de grado y en máster universitario
- PC04 Apoyo y orientación integral al estudiantado
- PC06 Prácticas académicas externas
- PC07 Movilidad de estudiantes de títulos de grado y de máster universitario
- 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 renunciaciones a la evaluación continua
- IT08 Solicitud y reconocimiento de ECTS
- IT09 Gestión de los grupos de estudiantes
- IT11 Jornadas de bienvenida, jornadas de puertas abiertas y otras actividades de promoción

El SIGC tiene implantado el PC_04 Apoyo y orientación integral al estudiantado. Además, a nivel de Facultad han definido la IT_11 Jornadas de bienvenida, jornadas de puertas abiertas y otras actividades de promoción (19/07/2024), que tiene como objetivo la organización de la jornada de bienvenida, jornadas de puertas abiertas y otras actividades de promoción relacionadas con la Facultad de Educación, ajustándose a lo indicado en el PC_04 de la UAH. A nivel de Universidad, destacar la existencia del Gabinete Psicopedagógico, la Unidad de Atención a la Diversidad, la Unidad de Igualdad, el Centro de Información Universitaria, la Oficina de Empleabilidad o la Escuela de Emprendimiento, entre otros.

Respecto al PC_04:

- El objeto es establecer cómo la UAH 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: Tutorías personalizadas. 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: 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.

- 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.

A nivel de Universidad, también tiene implantado 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.

Respecto al PC_08:

- En el alcance se incluye a estudiantes de doctorado: El presente documento es aplicable a todos los procesos y actividades de inserción laboral, orientación a los/as egresados/as de todas las titulaciones de grado y máster de la Universidad de Alcalá, aunque se supone que no están dentro del alcance del SIGC.
- No hay relación con el PC_02 Comunicación e información pública y transparencia.
- En el diagrama aparecen como salidas, el PM_02 y el PM-03 (que en otros está como entrada), 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. Por ejemplo, en los informes de seguimiento internos existe como aspecto a valorar “Las acciones de orientación académica y profesional dirigidas al estudiantado son adecuadas y efectivas”.

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 en el que se explica cómo la Universidad de Alcalá realiza actuaciones dirigidas a evaluar el aprendizaje del estudiantado en cada una de las materias cursadas. Estos sistemas de evaluación son públicos y conocidos con antelación suficiente, adecuados a los contenidos impartidos y válidos para certificar la adquisición de los resultados de aprendizaje perseguidos. Este proceso se relaciona con la "IT02" donde se detalla cómo se gestiona la oferta docente, revisa y actualizan las guías docentes.

Respecto al PC_05:

- El objeto es establecer cómo la Universidad de Alcalá realiza 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.

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, sociocultural...) en el ámbito universitario. Se aportan evidencias de atención a necesidades especiales del estudiantado como el "Informe de Atención a la Diversidad" o el "Programa TUTORDIS" para adaptaciones curriculares.

Se podría visibilizar más la atención a la diversidad, por ejemplo, incluyendo referencias al programa Tutordis en las guías docentes.

Durante la visita, el estudiantado valoró positivamente "el trato cercano del profesorado" y "la orientación que ofrecen las guías docentes".

Se evidencia el seguimiento que se realiza sobre la orientación de los estudiantes en los informes de seguimiento (Criterio 4), con resultados positivos, por lo que no hay acciones de mejora derivadas.

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 renunciaciones a la evaluación continua

El SIGC cuenta el PC_05 docencia y evaluación del aprendizaje. Revisadas las evidencias se comprueba que, en el apartado de Planificación académica, en Oferta Académica de la página web, 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.

La normativa de evaluación de los aprendizajes de la UAH (2021) describe los principales aspectos relacionados con la evaluación.

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.

PC_06 prácticas académicas externas:

- En el diagrama constan como entradas en lugar de salidas las referencias al PA_08, PM_01, 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 PM_01, PM_02 y PM_03.

A nivel de centro han establecido la IT_04 gestión de las prácticas académicas externas, que define la gestión de las prácticas en la facultad en base al PC-06, aunque sólo incluye las actividades de asignación, comunicación, calificación.

Respecto al PC_07 Movilidad de estudiantes de títulos de grado y de máster universitario:

- En las actividades de la movilidad internacional no hay referencia al PA_08, PM_01, PM_02 ni PM_03. En otros procesos revisados la actividad es “enviar los informes a los responsables de las titulaciones para que los datos puedan ser analizados en los informes de seguimiento y renovación de la acreditación. (Véanse PM_02 y 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. Aunque sí existe el indicador “Satisfacción media de los/las estudiantes con los programas de movilidad” y se presentan resultados de las encuestas realizadas.
- No se describen las acciones de la movilidad incoming.

Se recomienda revisar el proceso para corregir estos aspectos.

A nivel de centro han establecido la IT_03 Gestión de la movilidad nacional e internacional, cuyo objetivo es la gestión de la movilidad de estudiantes entrantes y salientes de la Facultad de Educación, en relación con los programas de intercambio nacional e internacional. Sin embargo, en las actividades sólo se describe el proceso de selección de estudiantes. Se recomienda clarificar el objeto de la instrucción de trabajo.

En cuanto a la Movilidad, el centro cuenta con apartados específicos en la página web de cada titulación donde se informa de los distintos programas existentes. Se presentan evidencias en cuanto al número de estudiantes que han realizado movilidad, convenios, convalidaciones de asignaturas, etc. y encuestas de satisfacción realizadas por el Centro dirigidas a estudiantes outgoing.

A nivel de las prácticas en empresa, se presentan evidencias vinculadas a las prácticas realizadas y encuestas de satisfacción realizadas por el centro a estudiantes. No se mide la satisfacción del resto de grupos de interés de prácticas, como tutores de universidad o del centro de prácticas.

Se evidencia el seguimiento que se realiza sobre estos procesos en los informes de seguimiento (Criterio 1) y de acciones de mejora derivadas de las debilidades detectadas al respecto. Por ejemplo, 1-2020 sobre acciones de colaboración con colegios de la zona.

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 sistematizar el análisis cuantitativo de los datos académicos (matrícula, asignaturas, tasas, etc.) en los informes de seguimiento, para garantizar una evaluación completa que fundamente la toma de decisiones y la apertura de acciones de mejora.

Se recomienda revisar el procedimiento PC_04 para incluir explícitamente las acciones de orientación y formación dirigidas al estudiantado, establecer su relación con el PC_02 (Comunicación e información pública y transparencia), clarificar sus salidas hacia los procesos de seguimiento y acreditación, y garantizar así la coherencia del sistema, la trazabilidad entre procesos y su integración efectiva en el ciclo de mejora continua.

Se recomienda revisar el procedimiento PC_06 para corregir las referencias a los procesos PA_08, PM_01, PM_02 y PM_03, de modo que queden establecidas como salidas y no como entradas, garantizando así la coherencia del diseño, la trazabilidad del sistema y su adecuada integración en el ciclo de mejora continua.

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.

La UAH tiene certificado de implantación de su Modelo de evaluación de la actividad docente del profesorado, de acuerdo al Programa DOCENTIA desde 2019, con validez hasta noviembre de 2024. Según establecido en la Guía SISCAL madri+d, se considera evidencia suficiente de cumplimiento del Criterio 4.- Gestión del personal docente. Además, se ha ampliado el plazo de renovación de la certificación hasta el 2026.

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.

--

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

A

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.

--

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

A

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.

--

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

A

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.

--

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

A

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

A

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 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

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.

Se analizan los siguientes procesos e instrucciones técnicas:

- 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

La UAH cuenta con procesos implantados para asegurar el correcto desarrollo del aprendizaje del estudiantado, el PA_06 gestión de recursos materiales y tecnológicos y el PA_07 gestión de recursos de información para el aprendizaje.

A nivel de centro han definido la IT_06 gestión de espacios e incidencias, cuyo objetivo es la gestión de los espacios de la Facultad y de las incidencias que se puedan producir en los mismos, ajustándose a lo indicado en el proceso de apoyo PA_06 de la UAH. 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. No obstante, en la reunión con estudiantes se mencionaron deficiencias puntuales en climatización y ergonomía de espacios (aulas con temperaturas extremas, mesas inestables).

El estudiantado cuenta con información sobre los recursos en la web de la UAH, en la página web de la Universidad, concretamente en el apartado Servicios Universitarios, queda evidenciado que se dispone de un conjunto de espacios y servicios necesarios para el perfecto desarrollo de la actividad formativa de los títulos.

Por cada titulación, en la página web, aparecen los Medios Materiales disponibles, donde se publican los recursos materiales y servicios de apoyo. Dicha información es la misma para todas las titulaciones: Instalaciones, servicios y planos (Aulas informáticas, recursos bibliográficos, bibliotecas, salas de estudio...).

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 para la selección de Personal Técnico, de Gestión y de Administración y Servicios

(Procedimiento I) y para la provisión de plazas para Personal funcionario Técnico, de Gestión y de Administración y Servicios (Procedimiento II). No se ha encontrado información al respecto del personal de apoyo, en la carpeta de evidencias.

Se evidencia el seguimiento que se realiza sobre estos procesos en los informes de seguimiento (Criterio 4) y de acciones de mejora derivadas de las debilidades detectadas al respecto.

Durante la visita, en la reunión con el personal técnico y de gestión, se destaca como fortaleza la relación fluida entre el equipo directivo y los servicios de apoyo.

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).

Existe el Programa de Mejora de las Titulaciones para favorecer acciones encaminadas a mejorar los recursos docentes que se disponen. Los resúmenes de las actas presentados reflejan que el centro cuenta con momentos de análisis, reflexión y debate de propuestas de mejoras para poder identificar las necesidades y poder ofrecer respuestas óptimas.

Se realiza un análisis sobre los recursos materiales y servicios de apoyo en los informes de seguimientos de las titulaciones, dentro del Criterio 4 (Recursos Humanos y Materiales). Existen ítems relativos a recursos en cuestionarios de satisfacción con una buena valoración por parte de

todos los colectivos, pero resultados públicos solo se ofrecen de satisfacción general. Se detectan debilidades en este criterio que se recogen como áreas de mejora. Si bien el análisis y la gestión a nivel de titulación funciona correctamente, se echa en falta un análisis a nivel de Facultad.

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 satisfactorios.

A nivel de Universidad, hay una página web en la cual se explican las funciones del Servicio de Planificación y Gestión del PAS entre las cuales está la Formación y existe una intranet sobre diseño del Programa de Formación anual, gestión del Programa de Formación, evaluación del Programa de Formación, gestión de los cursos realizados fuera del Programa, gestión de las subvenciones para formación.

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

Se evidencia que el centro tiene implementados los procesos para dotar de los recursos materiales y servicios necesarios (PA_06).

Se aportan como evidencias los presupuestos y programas de mejora de las titulaciones. Se incluye como evidencia el “Portal de transparencia económica” de la Universidad donde se publican los presupuestos, auditorías, contratos, subvenciones, deudas, etc.

Respecto al PTGAS, hay una página web a nivel de Universidad, en la cual se explican las funciones del Servicio de Planificación y Gestión del PAS entre las cuales está la formación. En dicha web también se publica la RPT del PTGAS. Sería recomendable continuar trabajando en el establecimiento de mecanismos efectivos de detección de necesidades formativas del PTGAS.

Los resultados relacionados con la dotación de recursos materiales y de personal de apoyo se analizan en los informes de las titulaciones y se establecen acciones de mejora en caso necesario (por ejemplo, 1-2012 de Ed. Infantil “Renovación y reestructuración del mobiliario de las aulas así como incremento de las tomas de corriente”).

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

B

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.

Se recomienda clarificar el objeto de la instrucción técnica IT_06, de forma que refleje adecuadamente el alcance real de la gestión de espacios e incidencias más allá de la reserva y el uso de aulas. Esta mejora contribuiría a una mayor precisión y eficacia del procedimiento.

Se recomienda atender las observaciones del estudiantado en relación con la climatización y ergonomía de algunos espacios, con el fin de mejorar las condiciones físicas del entorno de aprendizaje. Estas mejoras puntuales pueden incrementar la satisfacción del estudiantado.

Se recomienda ampliar el análisis de los recursos materiales y servicios de apoyo, actualmente realizado a nivel de titulación, incorporando una perspectiva agregada a nivel de Facultad. Esta mejora permitiría optimizar la planificación global y fortalecer la toma de decisiones estratégicas.

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
- IT12 Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones
- IT13 Consultas a la dirección

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
- IT12 Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones
- IT13 Consultas a la dirección

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

A nivel de Universidad han definido 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 PM-01:

- 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:

- En la actividad 5. Actualizar la página web y publicitar los cambios a la Comunidad Universitaria, no hay relación con el PC_02 Comunicación e información pública y transparencia. Tampoco es salida en el diagrama de actividades.
- 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.

Revisadas las evidencias, se ha accedido al listado de tasas por titulación, pero no a los indicadores de procesos de titulación y de centro.

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 las actas de la Junta de Facultad.

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. En cuanto a los resultados de las encuestas de satisfacción que se presentan en el apartado de "Encuestas" de la página web. Existen protocolos públicos en la web, que no están relacionados en el proceso.

- Estudiantes de Grado y Máster: La participación media es de 13,98% y la satisfacción 6,38/10. Hay varias menciones del MU de Profesorado por debajo del 5/10. No se han encontrado evidencias del establecimiento de acciones de mejora al respecto.
- Satisfacción del PDI: La participación media es de 50,86% y la satisfacción 7,90/10. No se han encontrado evidencias del establecimiento de acciones de mejora al respecto.
- Satisfacción del PTGAS: La satisfacción media es de 8,21/10, en todas las titulaciones es superior a 8/10. No se localizan los índices de participación.

- Satisfacción de Estudiantes con el Programa de Movilidad Erasmus: La participación media es de 64,29% y la satisfacción 9,44/10. Los resultados se consideran muy positivos. Solamente a estudiantes outgoing.
- Satisfacción con las Prácticas Externas: La participación es en todos los casos superior al 28% y la satisfacción superior al 9/10. No se han encontrado evidencias del establecimiento de acciones de mejora respecto a la participación. Existe un plan de acción relativo a Mejorar la encuesta de satisfacción de prácticas externas (ya iniciada) a través de GIPE del 2020 (sin código).
- Satisfacción Tutores Externos de Prácticas: La participación es de 66,13% y la satisfacción 9,43/10.
- Encuesta de Satisfacción Inserción Laboral: Los Resultados están por Centro, pero en el cuestionario sí que se pregunta por el título.
- Docencia: Se aportan evidencias por titulación, y son positivas. No se han encontrado evidencias de estos resultados en la web.

Se recomienda establecer acciones de mejora para incrementar la participación en las encuestas de satisfacción de los estudiantes de grado y máster, y de éstos con las prácticas.

Se publican además, en la página web, los resultados académicos de las asignaturas, por cada título del Centro. Y se analizan los resultados en los Informes Anuales de Seguimiento (Criterio 5). Los resultados son positivos en general por lo que no hay acciones de mejora derivadas.

Por otra parte, el centro 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:

- En el título se dice quejas, sugerencias y felicitaciones y en el objeto quejas, reclamaciones y sugerencias.
- La actividad 8. 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.
- En la actividad, 9. Publicar los informes globales sobre las quejas y sugerencias recibidas durante un curso académico, no hay relación con el PC_02 Comunicación e información pública y transparencia.

Se recomienda revisar el proceso para corregir estos aspectos.

Según lo descrito, en la Universidad de Alcalá existen tres 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.
- METIS se rige por la Normativa del Mecanismo Estudiantil de Transmisión de la Información y Seguimiento del Consejo de Estudiantes de la UAH.

En la página web del centro se incorpora un formulario para que cualquier persona de la comunidad universitaria o externa pueda hacer una reclamación o sugerencia.

Según las evidencias revisadas, existen registros de reclamaciones y sugerencias de las que después se hace un análisis bastante pormenorizado: Informes anuales desde el 2022. Felicitaciones también recogidas a partir del 2023. Al final del informe, se muestran debilidades y acciones de mejora, pero no están trazadas en los Informes de seguimiento anuales ni forman parte del plan de acción.

No se han encontrado evidencias de que se realice un análisis a nivel de Facultad ni tampoco a nivel de título de los indicadores definidos: Porcentaje de quejas sobre el total de registros anuales, % de sugerencias sobre el total de registros anuales, % de felicitaciones sobre el total de registros, Media de tiempo de respuesta en días y % Porcentaje registros METIS sobre el total por curso académico.

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 e instrucciones 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.

La información está disponible para toda la comunidad universitaria, tal y como se informa en el criterio 7 y también a niveles de gestión y de dirección de centro. A nivel de Universidad, destaca el “Portal de Transparencia, en el que se ofrece información sobre la UAH, su organización, el personal directivo, datos sobre el personal de la universidad y sus retribuciones, la normativa y el patrimonio de la Universidad. A nivel centro, se ofrece la web de Calidad.

Se aportan registros de actas de la Comisión de Calidad y Docencia y actas de Coordinación donde se llevan a cabo los análisis correspondientes para la toma de decisiones.

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

Tanto los resultados de Satisfacción, como las Sugerencias, son tratadas y analizadas en los informes anuales.

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

En el Plan Director de la Facultad, cuyos ejes estratégicos principales para los Centros se enfocan en Docencia, Transparencia e Investigación, Internacionalización y Calidad, se definen indicadores con valor meta, acciones y responsables, pero no se localiza la monitorización de dichos indicadores.

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 establecer acciones de mejora para incrementar la participación en las encuestas de satisfacción de los estudiantes de grado y máster, y de éstos con las prácticas.

Se recomienda incluir de forma explícita las auditorías internas en el objeto y alcance del procedimiento PM_04, con el fin de reflejar con mayor precisión las actividades que realmente contempla el proceso y reforzar su coherencia documental.

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 revisar la coherencia entre las funciones atribuidas a la Comisión de Calidad y al Responsable de Calidad del centro en el procedimiento PM_04 y lo descrito en el Manual del SIGC, con el fin de asegurar consistencia normativa y trazabilidad en la toma de decisiones.

En el proceso PM_04. se recomienda armonizar la descripción de responsabilidades entre las actividades textuales del procedimiento y su representación en el diagrama de flujo, para evitar contradicciones y mejorar la comprensión operativa del proceso.

Se recomienda revisar los indicadores del procedimiento PM_04 para asegurar que aporten información útil sobre la eficacia del proceso de mejora institucional, más allá del mero cumplimiento formal de auditorías.

Se recomienda establecer mecanismos de seguimiento sistemático de los indicadores definidos en el Plan Director de la Facultad, incluyendo evidencias de su monitorización. Esta mejora contribuiría a reforzar la trazabilidad entre planificación estratégica, evaluación de resultados y toma de decisiones.

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
- IT11 Jornadas de bienvenida, jornadas de puertas abiertas y otras actividades de promoción

El SIGC tiene definido el PC_ 02 Comunicación e información pública y transparencia, en el que se indica la gestión de la publicación de noticias e información de interés en las páginas Web Institucional, Portal de Transparencia y de las Facultades, Escuelas, Institutos y Servicios Universitarios, así como la autogestión de estas. En el proceso se describen los procedimientos para: 1. Gestión de la información de la página web, 2. Transparencia: Publicidad activa, 3. Transparencia. Solicitud de acceso a la información pública y 4. Transparencia. Publicidad activa de los procesos participativos.

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

Hay múltiples evidencias de la difusión de la información a través de diversos canales (correo electrónico, web, redes sociales, etc.) y de la actualización de la web de la Facultad. En el "PC02" se indica que los responsables de las titulaciones 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.

Además, a nivel de centro cuentan con IT_01 Actualización/modificación de la página web, se explica la realización de actualizaciones o modificaciones en la página web de la Facultad de Educación. En la IT, se indica que el Vicedecano con competencias en Calidad, revisará anualmente la web del centro, cuando se solicite el seguimiento interno de las titulaciones adscritas al centro. Revisado el Manual del SIGC, no consta dentro de sus funciones.

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
- IT11 Jornadas de bienvenida, jornadas de puertas abiertas y otras actividades de promoción

Según el PC_ 02 Comunicación e información pública y transparencia, la Web Institucional es una herramienta de comunicación, transparencia y proyección externa de la UAH. Recoge toda la información de interés de carácter institucional de los distintos centros, órganos y servicios de la UAH. Además, la información recogida en la web de cada titulación es suficiente, coherente y está actualizada.

La página web de la Facultad 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, PDI, PTGAS, empleadores y sociedad en general. Desde la web de la Facultad, también se puede acceder a la web de la UAH y, desde aquí, al portal para egresados, además de otros contenidos.

La página web y los procesos para la accesibilidad de la información se desarrollan teniendo en cuenta los distintos grupos de interés. La web de la Facultad 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.

Finalmente, se evidencia el uso de las redes sociales (Facebook, Instagram, X) y la organización de actividades de promoción y orientación profesional.

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 e instrucciones técnicas:

- PC02 Comunicación e información pública y transparencia
- IT01 Actualización/modificación de la página web
- IT11 Jornadas de bienvenida, jornadas de puertas abiertas y otras actividades de promoción

Durante la evaluación se ha comprobado que la página web de la Universidad y de la titulación, está bien estructurada y muestra una información completa y actualizada.

Respecto a la información de cada título, da respuesta a la mayoría de los aspectos incluidos en este criterio. No obstante, la información sobre el profesorado de cada titulación podría mejorarse, ya que no consta ni el CV, ni las tutorías. Se recomienda completar la información disponible sobre el PDI de cada titulación.

Desde el apartado “Garantía de Calidad” se accede al Sistema de Garantía Interna de Calidad, donde se encuentran el manual de Calidad, el mapa de procesos, listado de procedimientos, cuadro de mando de indicadores, Autoinformes de seguimiento de los procesos...

Por último, al buzón de sugerencias y reclamaciones se puede acceder desde la botonera izquierda del título “Quejas, sugerencias y contacto”.

En relación a la ESTRATEGIA, el Plan Director de la Facultad no es público. Dicho Plan incluye objetivos estratégicos UAH, indicadores, valores meta, responsables, acciones. Hay un protocolo de despliegue, seguimiento y evaluación, pero no se ha podido comprobar su aplicación porque no se presentan evidencias.

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:

- PM02 Seguimiento de títulos: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PM04 Seguimiento de centros: 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 de la Facultad a través de la información disponible públicamente.

Los principales resultados son difundidos en la página web del Centro, que permite a cualquier interesado acceder a los mismos, y ver la opinión y las mejoras propuestas.

Asimismo, son difundidos también en la página web de la Universidad. Se publica toda la información de seguimientos de centro/titulación, planes de mejora, entre otros, que permite a cualquier interesado acceder a los principales resultados y ver la opinión y las mejoras propuestas.

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 de la Facultad a través de sus representantes en los diferentes órganos de gobierno y de la información disponible públicamente.

Como se ha indicado en apartados anteriores y, en particular en el criterio 1, la Facultad mantiene una continua comunicación con los grupos de interés tanto internos como externos y, en general, la dirección del centro anima a la participación en la mejora del sistema de calidad por parte de toda la comunidad universitaria.

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 la IT_01 para asegurar la coherencia entre las funciones atribuidas al Vicedecano con competencias en Calidad y lo descrito en el Manual del SIGC, incluyendo explícitamente la revisión anual de la web si esta función forma parte efectiva del despliegue del sistema.

Se recomienda completar la información disponible sobre el profesorado en las páginas de cada titulación, incorporando elementos como el currículum vitae y los horarios de tutoría, para reforzar la transparencia y mejorar la accesibilidad a la información académica por parte de los grupos de interés.

Se recomienda publicar el Plan Director de la Facultad y aportar evidencias de la aplicación del protocolo de despliegue, seguimiento y evaluación, con el fin de reforzar la transparencia institucional y asegurar la trazabilidad en la implantación de la estrategia del centro.

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:

- 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
- 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_03 Renovación de la acreditación de titulaciones
- PM_04 Seguimiento de Centros: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PA_01 Identificación de necesidades del Personal Docente e Investigador
- PA_02 Formación del Personal Docente e Investigador
- PA_03 Evaluación de la Actividad Docente del Profesorado
- PA_04 Promoción del Personal Docente e Investigador
- PA_05 Selección y promoción del Personal de Administración y Servicios
- PA_06 Gestión de Recursos Materiales y Tecnológicos
- PA_08 Satisfacción de los grupos de interés
- PA_09 Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones
- PC_02 Comunicación e información pública y transparencia
- IT_00 Revisión, actualización y aprobación de la política y objetivos de calidad del centro
- IT_06 Gestión de espacios e incidencias
- IT_12 Gestión del proceso de elaboración del informe de seguimiento y planes de mejora

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 e instrucciones técnicas:

- 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
- PM04 Seguimiento de Centros: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PA08 Satisfacción de los grupos de interés
- PA09 Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones
- IT12 Gestión del proceso de elaboración del informe de seguimiento y planes de mejora

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 las actas de la Junta de Facultad y en las actas de la Comisión de Calidad del Centro.

En el proceso de Universidad “PM02” se establece una periodicidad anual para el seguimiento de las titulaciones de dos tipos:

- Seguimiento interno anual: la Comisión de Calidad y Docencia del centro junto a los responsables de calidad de las titulaciones 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: se hace trascurridos tres años desde la implantación efectiva y/o 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.

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

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.
- 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.
- En la mayoría de los casos se identifican como “número de”. Por ejemplo, en el PE_03 el indicador es N° de titulaciones verificadas favorablemente en un año. Se recomienda evolucionar hacia indicadores más significativos como el porcentaje.
- Existen valores de referencia y metas establecidos en los objetivos estratégicos de calidad del centro, alineados con el Plan Estratégico 2023-2026, los cuales permiten evaluar los resultados de los indicadores del SIGC. Además, los indicadores operativos se analizan periódicamente y, en caso de evolución negativa, se incorporan a los planes de mejora correspondientes para garantizar la mejora continua. No obstante, no todos los indicadores cuentan con valores de referencia o metas.
- Existe un cuadro estadístico a nivel de Facultad asociado a los indicadores estratégicos de la política de calidad, que incluye valores de referencia, análisis de resultados y evolución temporal. 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 Facultad 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 permite 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. Anualmente, se elabora un informe de seguimiento interno, en base a lo descrito en la IT_12. Gestión del proceso de elaboración del informe de seguimiento y planes de mejora.

En la IT_12 se indica que el coordinador de la titulación, bajo la supervisión del Coordinador de Calidad, realiza el informe de seguimiento, que será aprobado por la Comisión de calidad de Centro y por la Junta de facultad. Sin embargo en el PM-02 se dice que es la Comisión de Calidad del Centro, Máster o Doctorado 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. Y por último en la tabla de descripción de las actividades consta que es el Responsable de calidad de las titulaciones el encargado de elaborar, y enviar a la UTC para su revisión, el informe de seguimiento y el plan de mejora, analizando todas las evidencias e indicadores disponibles. En la IT no se hace referencia al plan de mejora que debe acompañar al informe de seguimiento.

Revisados los informes de seguimiento presentados como evidencia, se puede constatar que, en general, los resultados se valoran y en algunos casos, sirven de 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. Coincide con los planes de acción recogidos en cada uno de los Informes de Seguimiento Interno anual de los títulos, pero no existe código en el plan de acción, para facilitar trazabilidad.

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

- A lo largo del informe se valoran los resultados de satisfacción y los académicos a través de un checklist y se incluye el plan de mejoras del título del curso. No se recoge análisis de indicadores de los procesos del sistema.
- En los planes de mejora del título aparece el código de la acción (a partir del 2022), el responsable de la acción, la fecha de inicio, el estado, el indicador, la prioridad y el enunciado. No aparece 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, añadiendo la descripción de la causa, el plazo y la eficacia de la misma. Además, el indicador que evidencia su cumplimiento no parece ser adecuado. Por ejemplo, la acción 2-2023 (Retomar las Jornadas de Orientación Laboral de forma presencial, tal y como se hacía antes de la COVID-19): Solicitud del Plan de Mejoras; y la acción 1-2019 (Mejorar algunas dotaciones informáticas): Junta de Facultad-actas.
- Se evidencia que las acciones no finalizadas del Plan de mejoras 2021/2022, han sido trasladadas al plan de mejoras del 2022/2023 correctamente.

No se han encontrado evidencias del análisis a nivel de Facultad. Se debe reforzar el análisis que se lleva a cabo a nivel de centro.

Por otra parte, se considera necesario implantar el proceso PM_04, o la sistemática que se considere adecuada en el centro para contar con un informe de seguimiento interno de Facultad, que incluya el análisis y seguimiento de los objetivos estratégicos y/o calidad, de los indicadores de los procesos del SIGC en función de sus metas, de las acciones de mejora del centro y titulaciones, de tal manera que este informe constituya una herramienta eficaz para la toma de decisiones del centro y la definición de acciones de mejora de centro y de las titulaciones.

Respecto el PM_04, ni en el objeto ni en el alcance se hace referencia a las auditorías internas, aunque se describen las actividades para llevarlas a cabo.

Además, el alcance de este proceso es: "El presente documento es aplicable a los centros de la Universidad de Alcalá que dispongan de la Certificación SISCAL de su SIGC y estén acreditados institucionalmente".

En cuanto a la responsabilidad de las actividades del procedimiento, se dice que el responsable de calidad del Centro elabora el Informe de seguimiento y el plan de mejora, que es aprobado por la Comisión de Calidad del Centro y por la Junta de centro. Estas funciones no constan en el manual del SIGC. También en las actividades se dice que es el Responsable de Calidad del Centro quien elabora el informe provisional y el plan de mejora, pero en el diagrama consta la Comisión de Auditoría Interna. Se recomienda revisar el proceso, para corregir estos aspectos.

En cuanto a los indicadores definidos, Nº de Centros que deben presentar el informe de seguimiento del centro, Número de auditorías realizadas y porcentaje de centros con informe de auditoría favorable. No parecen aportar información para la mejora del proceso.

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 Universidad e instrucciones técnicas:

- PM01 Generación y elaboración de indicadores y gestión de los documentos del SIGC
- PM02 Seguimiento de titulaciones: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PM04 Seguimiento de Centros: análisis, mejora y rendición de cuentas
- 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
- IT12 Gestión del proceso de elaboración del informe de seguimiento y planes de mejora

La UAH tiene certificada la implantación de su Modelo de evaluación de la actividad docente del profesorado, de acuerdo al Programa DOCENTIA desde 2019, con validez hasta 2026.

El proceso de Universidad “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.

A nivel de titulación, en los informes de seguimiento se recogen acciones orientadas a la mejora del PDI que son tratadas por la Comisión de Calidad y Docencia de la Facultad. Estas acciones son objeto de planificación, ejecución y seguimiento.

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

A

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 e instrucciones técnicas:

- PM01 Generación y elaboración de indicadores y gestión de los documentos del SIGC
- PM02 Seguimiento de titulaciones: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PM04 Seguimiento de Centros: análisis, mejora y rendición de cuentas
- 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
- IT12 Gestión del proceso de elaboración del informe de seguimiento y planes de mejora

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 Facultad.

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.

No se han encontrado evidencias del análisis de los indicadores definidos respecto a los recursos materiales (Nº de contratos para la adquisición de Material Fungible, Nº de altas en inventario por la adquisición de Material Inventariable; Porcentaje de aulas de informática por centro , Porcentaje de puestos por aula de informática y centro, Porcentaje de PCs, cañones, pizarras informáticas y demás equipamiento tecnológico de las aulas por centro y Nº de solicitudes de adquisición de material bibliográfico; Convocatorias Personal Funcionario, Convocatorias Personal Laboral. Existe un plan de formación de PTGAS a nivel de la universidad.

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 e instrucciones técnicas:

- PM01 Generación y elaboración de indicadores y gestión de los documentos del SIGC
- PM02 Seguimiento de titulaciones: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PM04 Seguimiento de Centros: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PA08 Satisfacción de los grupos de interés
- PA09 Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones
- PC02 Comunicación e información pública y transparencia
- IT12 Gestión del proceso de elaboración del informe de seguimiento y planes de mejora

Tal y como se ha referenciado en los Criterios 6 y 7 de este informe, la Facultad 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.

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 e instrucciones técnicas:

- PE01 Definición, aprobación, revisión y difusión de la política y los objetivos de calidad
- PE05 Certificación del Sistema Interno de Garantía de Calidad y Acreditación Institucional
- PM01 Generación y elaboración de indicadores y gestión de los documentos del SIGC
- PM02 Seguimiento de titulaciones: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PM04 Seguimiento de Centros: análisis, mejora y rendición de cuentas
- PA08 Satisfacción de los grupos de interés
- PA09 Gestión de quejas, sugerencias y felicitaciones
- IT00 Revisión, actualización y aprobación de la política y objetivos de calidad del centro
- IT12 Gestión del proceso de elaboración del informe de seguimiento y planes de mejora

El sistema de calidad del centro cuenta con la instrucción “IT00” para la revisión de la política y objetivos de calidad del centro. Para su aplicación velará la Dirección del Centro, la Comisión de Calidad y la Junta de la Facultad.

El/La Vicedecano/a con competencias en Calidad revisa anualmente la Política de Calidad de la Facultad de Educación, coincidiendo con el seguimiento del Plan Director del centro, que se actualizará siempre que se produzcan cambios en:

- a) La Política de Calidad de la Universidad
- b) El Plan Estratégico de la Universidad
- c) La legislación vigente
- d) Sistema de Garantía de Calidad de la Facultad

Asimismo, anualmente, los objetivos estratégicos de la Política de Calidad serán analizados, para comprobar el grado de cumplimiento de los indicadores de seguimiento asociado a las acciones definidas en el Plan Director. Los objetivos estratégicos incluidos en la política de calidad se actualizarán/modificarán siguiendo las directrices marcadas en el protocolo de despliegue, seguimiento y evaluación del plan estratégico de la Universidad de Alcalá 2023-2026. Se presenta como evidencia el Plan Director y el protocolo correspondiente para hacer su seguimiento.

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. Como evidencias, se remite a la web de “Comisiones” donde hay un apartado de “Actas”.

Por otra parte, la UAH tiene definido el PM_04 Seguimiento de centros: análisis, mejora y rendición de cuentas (V1 de 12/12/24) en el que se establece cómo el centro gestiona el análisis, revisión y mejora de sus Sistema Interno de Garantía de Calidad (SIGC), tanto de manera interna,

como en procesos externos. Ni en el objeto ni en el alcance se hace referencia a las auditorías internas, aunque se describen las actividades para llevarlas a cabo.

Como se ha indicado en la directriz 6.1, el alcance de este proceso es: “El presente documento es aplicable a los centros de la Universidad de Alcalá que dispongan de la Certificación SISCAL de su SIGC y estén acreditados institucionalmente. Por tanto, en la actualidad no existe un procedimiento sistemático de análisis y mejora a nivel de centro si no tienen certificado SIGC y están acreditados institucionalmente.

En cuanto a la responsabilidad de las actividades del procedimiento I, se dice que el responsable de calidad del Centro elabora el Informe de seguimiento y el plan de mejora, que es aprobado por la Comisión de calidad del centro y por la Junta de centro. Estas funciones no constan en el Manual de Calidad del SIGC.

En las actividades se dice que es el responsable de calidad del Centro quien elabora el informe provisional y el plan de mejora, pero en el diagrama consta la Comisión de Auditoría interna.

En cuanto a los indicadores definidos: N° de Centros que deben presentar el informe de seguimiento del centro, Número de auditorías realizadas y porcentaje de centros con informe de auditoría favorable. No parecen aportar información para la mejora del proceso.

Respecto a la gestión documental, la implantación del proceso es mejorable, vistos los errores detectados en las diferentes fichas de proceso revisadas y reseñadas a lo largo del informe.

Revisadas las actas del comité de Calidad del Centro, se constata que en ellas, se trata la revisión de la política, de los cambios del SGC, de las iniciativas de mejora revisión por dirección y aprobación de objetivos de calidad. No existe un análisis que haya conllevado el establecimiento de acciones de mejora. Por otro lado, no se especifica un análisis de manera transversal de los resultados del centro objeto de evaluación.

Respecto a la participación de los miembros del comité definidos en el manual de calidad, no ha podido ser contrastado, dado que no aparece el rol de cada miembro del comité de Calidad. Se recomienda identificar el rol de cada participante en el comité de Calidad.

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 una metodología para la gestión de planes/acciones de mejora, desde su origen hasta el análisis de su eficacia para cerrar así el ciclo de mejora PDCA.

Se recomienda revisar los planes de mejora del centro para garantizar su actualización y coherencia con el desarrollo real de las titulaciones incluidas en el alcance del SIGC, evitando así la acumulación de acciones obsoletas o desfasadas.

Se recomienda incluir en los planes de mejora una justificación razonada de las causas que impiden la culminación de determinadas acciones, especialmente aquellas que se mantienen abiertas durante largos periodos, para asegurar la trazabilidad y eficacia del ciclo de mejora.

Se recomienda establecer las acciones necesarias para definir un cuadro de mando integral de centro, con los indicadores de todos los procedimientos donde se analicen los resultados del centro, más allá de los resultados de los títulos.

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, el análisis de tendencias y la generación de informes que sirvan de apoyo a la toma de decisiones orientadas a la mejora en los distintos niveles de la organización.

Se recomienda realizar una revisión de toda la documentación del Sistema para eliminar las inconsistencias, y simplificarla para que sea más sencillo su sostenibilidad.

Se recomienda establecer un sistema estructurado de análisis y seguimiento de los indicadores relacionados con los recursos materiales, los servicios y el personal de apoyo.

Se recomienda implantar el proceso PM_04, o bien establecer una sistemática alternativa que el centro considere adecuada, con el fin de asegurar el análisis y la mejora del SIGC 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 establecer valores de referencia y revisar la validez de los indicadores existentes para garantizar que evalúan la eficacia de todos los procesos del SIGC.
2. Se recomienda revisar y adecuar el despliegue y alineación de los objetivos estratégicos de UAH, planes directores y planes de los centros que incluye el alcance del SIGC, estableciendo metas, acciones, recursos, responsables, temporalización e indicadores.
3. Se recomienda actualizar/simplificar la documentación. Continuar la revisión y actualización del Manual del SIGC y de sus procedimientos, aspectos de codificación, entre otros.
4. Se recomienda perfeccionar la interrelación entre los procesos para asegurar que se cumple el ciclo de mejora continua.
5. La Facultad dispone de una política de calidad aprobada por Junta de Facultad, aunque el Manual asigna esta función a la Comisión de Calidad. Se recomienda subsanar esta incongruencia normativa.
6. Se recomienda implementar activamente el proceso PM_04 Seguimiento de Centros, análisis, mejora y rendición de cuentas, en el que también se contempla el seguimiento de los objetivos estratégicos como mecanismo para reforzar el análisis regular y estructurado de los indicadores de todos los procesos en relación con sus metas, definiendo acciones de mejora cuando sea necesario, con el fin de garantizar el cierre del ciclo de mejora continua.
7. Se recomienda evidenciar el seguimiento del Plan Director por la Comisión de Calidad del Centro.
8. Se recomienda revisar y actualizar el Manual del SIGC para incorporar explícitamente entre las funciones de la Junta de Facultad la aprobación de la oferta docente de grados y másteres habilitantes, tal como se refleja en la práctica habitual del centro. Esta alineación normativa contribuirá a reforzar la coherencia interna del sistema y garantizará la trazabilidad de las decisiones adoptadas en materia de planificación académica.
9. Se recomienda incorporar en los procesos estratégicos PE_02, PE_03 y PE_04 referencias explícitas a la IT_10, incluyendo las interrelaciones entre procesos y los documentos asociados, para garantizar la trazabilidad documental del SIGC.
10. Se recomienda sistematizar el análisis cuantitativo de los datos académicos (matrícula, asignaturas, tasas, etc.) en los informes de seguimiento, para garantizar una evaluación completa que fundamente la toma de decisiones y la apertura de acciones de mejora.
11. Se recomienda revisar el procedimiento PC_04 para incluir explícitamente las acciones de orientación y formación dirigidas al estudiantado, establecer su relación con el PC_02 (Comunicación e información pública y transparencia), clarificar sus salidas hacia los procesos de seguimiento y acreditación, y garantizar así la coherencia del sistema, la trazabilidad entre procesos y su integración efectiva en el ciclo de mejora continua.
12. Se recomienda revisar el procedimiento PC_06 para corregir las referencias a los procesos PA_08, PM_01, PM_02 y PM_03, de modo que queden establecidas como salidas y no como entradas, garantizando así la coherencia del diseño, la trazabilidad del sistema y su adecuada integración en el ciclo de mejora continua.
13. Se recomienda clarificar el objeto de la instrucción técnica IT_06, de forma que refleje adecuadamente el alcance real de la gestión de espacios e incidencias más allá de la reserva y el uso de aulas. Esta mejora contribuiría a una mayor precisión y eficacia del procedimiento.
14. Se recomienda atender las observaciones del estudiantado en relación con la climatización y ergonomía de algunos espacios, con el fin de mejorar las condiciones físicas del entorno de aprendizaje. Estas mejoras puntuales pueden incrementar la satisfacción del estudiantado.

15. Se recomienda ampliar el análisis de los recursos materiales y servicios de apoyo, actualmente realizado a nivel de titulación, incorporando una perspectiva agregada a nivel de Facultad. Esta mejora permitiría optimizar la planificación global y fortalecer la toma de decisiones estratégicas.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. Se recomienda establecer acciones de mejora para incrementar la participación en las encuestas de satisfacción de los estudiantes de grado y máster, y de éstos con las prácticas.
21. Se recomienda incluir de forma explícita las auditorías internas en el objeto y alcance del procedimiento PM_04, con el fin de reflejar con mayor precisión las actividades que realmente contempla el proceso y reforzar su coherencia documental.
22. 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.
23. Se recomienda revisar la coherencia entre las funciones atribuidas a la Comisión de Calidad y al Responsable de Calidad del centro en el procedimiento PM_04 y lo descrito en el Manual del SIGC, con el fin de asegurar consistencia normativa y trazabilidad en la toma de decisiones.
24. En el proceso PM_04, se recomienda armonizar la descripción de responsabilidades entre las actividades textuales del procedimiento y su representación en el diagrama de flujo, para evitar contradicciones y mejorar la comprensión operativa del proceso.
25. Se recomienda revisar los indicadores del procedimiento PM_04 para asegurar que aporten información útil sobre la eficacia del proceso de mejora institucional, más allá del mero cumplimiento formal de auditorías.
26. Se recomienda establecer mecanismos de seguimiento sistemático de los indicadores definidos en el Plan Director de la Facultad, incluyendo evidencias de su monitorización. Esta mejora contribuiría a reforzar la trazabilidad entre planificación estratégica, evaluación de resultados y toma de decisiones.
27. Se recomienda revisar la IT_01 para asegurar la coherencia entre las funciones atribuidas al Vicedecano con competencias en Calidad y lo descrito en el Manual del SIGC, incluyendo explícitamente la revisión anual de la web si esta función forma parte efectiva del despliegue del sistema.
28. Se recomienda completar la información disponible sobre el profesorado en las páginas de cada titulación, incorporando elementos como el currículum vitae y los horarios de tutoría, para reforzar la transparencia y mejorar la accesibilidad a la información académica por parte de los grupos de interés.

29. Se recomienda publicar el Plan Director de la Facultad y aportar evidencias de la aplicación del protocolo de despliegue, seguimiento y evaluación, con el fin de reforzar la transparencia institucional y asegurar la trazabilidad en la implantación de la estrategia del centro.
30. Se recomienda establecer una metodología para la gestión de planes/acciones de mejora, desde su origen hasta el análisis de su eficacia para cerrar así el ciclo de mejora PDCA.
31. Se recomienda revisar los planes de mejora del centro para garantizar su actualización y coherencia con el desarrollo real de las titulaciones incluidas en el alcance del SIGC, evitando así la acumulación de acciones obsoletas o desfasadas
32. Se recomienda incluir en los planes de mejora una justificación razonada de las causas que impiden la culminación de determinadas acciones, especialmente aquellas que se mantienen abiertas durante largos periodos, para asegurar la trazabilidad y eficacia del ciclo de mejora.
33. Se recomienda establecer las acciones necesarias para definir un cuadro de mando integral de centro, con los indicadores de todos los procedimientos donde se analicen los resultados del centro, más allá de los resultados de los títulos.
34. 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, el análisis de tendencias y la generación de informes que sirvan de apoyo a la toma de decisiones orientadas a la mejora en los distintos niveles de la organización.
35. Se recomienda realizar una revisión de toda la documentación del Sistema para eliminar las inconsistencias, y simplificarla para que sea más sencillo su sostenibilidad.
36. Se recomienda establecer un sistema estructurado de análisis y seguimiento de los indicadores relacionados con los recursos materiales, los servicios y el personal de apoyo.
37. Se recomienda implantar el proceso PM_04, o bien establecer una sistemática alternativa que el centro considere adecuada, con el fin de asegurar el análisis y la mejora del SIGC 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