

Informe de Certificación Definitivo

SISCAL madri+d

**FACULTAD DE GEOGRAFÍA E HISTORIA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

FUNDACIÓN PARA EL CONOCIMIENTO MADRI+D

Informe de Certificación Definitivo

SISCAL madri+d

Datos de la evaluación

| | | | |
|----------------------------------|--|-------------|--|
| Universidad: | Universidad Complutense de Madrid | | |
| Centro/s a evaluar: | Facultad de Geografía e Historia - Código del centro: 28027746 | | |
| Fecha/s de la visita | 18 de diciembre 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: | Laura Barba López | Institución | Universidad del Atlántico Medio |
| Vocal: | Julio Esparis Pereiro | Institución | Universidad de Santiago de Compostela |

| | | | |
|--|---------------------------|---------------------|--|
| Composición del Comité de Certificación: | | | |
| Presidente: | Federico Morán Abad | Institución y cargo | Director. Fundación para el Conocimiento madri+d |
| Secretario: | Raúl de Andrés Pérez | Institución y cargo | Fundación para el Conocimiento madri+d |
| Vocal: | Belén Floriano Pardal | Institución y cargo | Profesora titular de la Universidad Pablo de Olavide |
| Vocal: | Alberto Peinado Domínguez | Institución y cargo | Catedrático de la Universidad de Málaga |
| Vocal: | Raquel Coterillo Laso | Institución y cargo | Estudiante de Doctorado de la Universidad de Cantabria |

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.

OBSERVACIONES:

--

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.

Para dar respuesta a este criterio se describen los siguientes procesos relacionados:

- PE01. Elaboración, revisión y actualización de la política y objetivos de calidad, orientado a definir, revisar, mantener actualizados y desplegar política y objetivos, contando con la participación de los grupos de interés, con especial mención al estudiantado, e incluyendo su difusión.
- PE03. Sistema de información para el análisis, evaluación y mejora continua, orientado a la recogida y análisis de información para valorar la situación de los procesos y favorecer la toma de decisiones basada en evidencias y la mejora continua.

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.

La Facultad dispone de una Política de Calidad incorporada en el Manual de Calidad y en la documentación asociada al modelo SISCAL, con identificación de versión y fecha de aprobación, lo que evidencia la existencia de un marco formal para impulsar la cultura de calidad del centro.

De acuerdo con las evidencias revisadas, la Política de Calidad figura como anexo del Manual de Calidad y, asimismo, se integra en el procedimiento PE01, que describe el modo en que el centro define, revisa, mantiene actualizados y despliega su política y objetivos de calidad, incluyendo la participación de grupos de interés y la difusión.

En relación con el requisito específico para centros que imparten programas de doctorado, la Política de Calidad contempla referencias explícitas a la actividad investigadora y a la integridad académica, alineando la cultura de calidad con la mejora continua también en el ámbito de la investigación.

Asimismo, el Manual de Calidad se encuentra publicado en la web del centro, favoreciendo la rendición de cuentas y el acceso a la información del SIGC.

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 colectivo empleador.

En el Manual de Calidad se identifican los grupos de interés y se describen sus principales cauces de participación en el SIGC, articulados, entre otros, a través de la Junta de Facultad y de los órganos de calidad del centro (Comisión de Calidad de Estudios y Subcomisiones), junto con mecanismos complementarios como encuestas y el procedimiento PS03, de gestión de quejas, sugerencias y valoraciones.

Asimismo, la estructura y composición de la Comisión de Calidad de Estudios prevé representación de colectivos internos y la participación de un agente externo, configurando un marco formal que permite incorporar perspectivas distintas en el análisis y toma de decisiones del sistema.

Del análisis de actas aportadas se constata el funcionamiento efectivo de la Comisión de Calidad de Estudios durante el curso 2024-2025, con participación activa del estudiantado y presencia recurrente del agente externo, así como la convocatoria puntual de personas egresadas y colectivo empleador en una sesión específica vinculada al proceso de auditoría. Estas evidencias permiten concluir que existen canales operativos y espacios reales de contraste para considerar la opinión de los grupos de interés en el marco del SIGC.

No obstante, y con un enfoque de mejora del sistema, la auditoría interna identificó la necesidad de reforzar, con mecanismos formales y evidencias específicas, la participación de los grupos de interés en la revisión anual de la política y los objetivos de calidad; según el plan de mejora, esta actuación se cerró en diciembre de 2025, si bien, por su carácter reciente, conviene asegurar que se genera evidencia suficiente que permita verificar su eficacia y sostenibilidad.

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.

La Facultad dispone de un Sistema Interno de Garantía de Calidad documentado para dar respuesta a los requisitos del modelo SISCAL, en coherencia con el marco general de la Universidad. En este sentido, el Manual de Calidad de la Facultad, aprobado el 20/02/2025, describe la estructura del sistema, la política de calidad, los agentes implicados en el SIGC, los grupos de interés y los procedimientos definidos, estableciendo un ámbito de aplicación que afecta a todos los títulos oficiales impartidos en el centro.

El sistema se articula sobre un mapa de procesos en el que se identifican los procesos, con desdoblamiento de algunos en subprocesos, y en cuya documentación se incorpora para cada proceso información relativa a objeto y alcance, responsabilidades, documentación de referencia, desarrollo, grupos de interés, evidencias, flujograma, indicadores y anexos.

No obstante se identifican aspectos relevantes que pueden ser reforzados para asegurar un mejor cumplimiento.

En primer lugar, el Manual establece que el SIGC "se articula sobre una estructura orgánica diseñada para el seguimiento interno de los títulos" y para detectar áreas de mejora por titulación. Existe margen para reforzar la estructura de mejora continua a nivel de centro, más allá de la suma de seguimientos por título, para potenciar la visión transversal del funcionamiento del sistema y la toma de decisiones globales fundamentadas sobre el desempeño del SIGC del centro.

Respecto a los mecanismos para el seguimiento y evaluación de los objetivos de calidad y para la utilización sistemática de resultados en la mejora continua, aunque el procedimiento PE01 establece formalmente el marco para definir, revisar y desplegar la Política y Objetivos de Calidad, los registros disponibles sobre el despliegue efectivo de objetivos de calidad y el seguimiento periódico de las líneas propuestas no

facilitan la visibilidad de dicho análisis. Las actas de la Comisión de Calidad del centro aportadas hasta el curso 2024/25 no detallan el análisis sistemático del cumplimiento de objetivos de calidad, ni la relación de los mismos con las acciones de mejora establecidas. El sistema muestra dispersión y heterogeneidad sobre el establecimiento los "objetivos" en la documentación disponible. Las referencias a objetivos se encuentran repartidas entre el Manual de Calidad, el propio PE01 y el reglamento de la Comisión de Calidad, con definiciones no homogéneas y sin un desarrollo operativo que permita trazar con claridad la relación entre Política, objetivos, acciones, indicadores y resultados. A ello se añade que la evidencia "Documento de política y objetivos de calidad (POC)" se presenta como un conjunto de enlaces a documentos (Manual, documento SIGC, resumen, reglamento), sin disponer de un documento específico, claramente identificado y accesible, en el que se formulen objetivos de calidad de forma estructurada, facilitando su visibilidad.

Respecto a la medición de resultados del sistema y retroalimentación, se identifican aspectos mejorables que afectan a la toma de decisiones basada en evidencias. Si bien el sistema establece indicadores asociados a la mejora de los procesos, se han detectado algunos procesos del SIGC que no cuentan con indicadores asociados, específicamente PE01, PE02, PS04 y PS01. Además, en el caso de indicadores de resultados y mecanismos de recogida de satisfacción, se podrían establecer metas, para reforzar su capacidad para orientar decisiones y valorar el grado de avance.

Por último, en relación con la gestión documental del SIGC, el procedimiento PS04 incluye instrucciones técnicas que establecen requisitos de estructura y trazabilidad de la documentación. Sin embargo, se han identificado desviaciones en la implantación de la instrucción PS04-IT03 en fichas de proceso (ubicación de tabla de modificaciones, estructura no homogénea de apartados) y diagramas de flujo que no evidencian suficientemente las interrelaciones entre procesos, lo que afecta al enfoque basado en procesos y a la trazabilidad del sistema.

Adicionalmente, se aporta un Plan Estratégico de centro para la implantación del sello SISCAL (periodo 2023-2026), con un conjunto de medidas de acción, si bien la documentación revisada no permite mostrar la trazabilidad, dentro del SIGC, el despliegue sistemático de objetivos de calidad asociados a dicho plan, ni su seguimiento como parte del ciclo de mejora.

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 la documentación del Sistema Interno de Garantía de Calidad se reconoce al estudiantado como grupo de interés clave y se describen cauces para su participación en la elaboración y actualización de la Política y Objetivos de Calidad, principalmente a través de su representación en órganos colegiados y mediante el procedimiento PS03 de gestión de quejas, sugerencias, reclamaciones y felicitaciones. Asimismo, se contempla la utilización de encuestas de satisfacción del estudiantado como mecanismo de recogida de información.

Se indica, además, que los grupos de interés son informados del seguimiento, resultados y propuestas de mejora vinculadas a la política y objetivos de calidad a través de mecanismos del sistema de información y mejora (PE03) y de etapas previstas en otros procesos del sistema.

No obstante, existen aspectos relacionados con la consideración singular, diferenciada y sistemática del estudiantado en el despliegue de la Política de Calidad, más allá de su participación genérica en los órganos del sistema, que no se reflejan completamente en los registros analizados. En particular, las actas revisadas no reflejan las aportaciones específicas del estudiantado relacionadas con la Política de Calidad, ni decisiones adoptadas a partir de dichas aportaciones. Del mismo modo, aun disponiéndose de resultados procedentes de encuestas, no existe una clara trazabilidad sobre cómo se analizan de forma específica los resultados del estudiantado, cómo se utilizan para orientar el despliegue de la política y la definición de objetivos de calidad, ni cómo se informa al conjunto del estudiantado del retorno de las decisiones adoptadas.

Adicionalmente, se identifican incoherencias entre la composición teórica y la composición efectiva de la representación estudiantil en algunos órganos, según la información pública disponible, así como falta de claridad sobre la participación específica del estudiantado de doctorado en el sistema de calidad del centro.

Este diagnóstico se alinea con el hallazgo de auditoría interna NM, Necesidad de Mejora, 2, que señaló que no se había desplegado el plan de comunicación del SIGC ni se habían establecido mecanismos para evaluar su eficacia. Las acciones previstas para su resolución en el plan de mejora presentado por la Facultad se han implantado parcialmente, si bien su cierre completo se proyecta hasta septiembre de 2027.

La Universidad ha informado de la implementación de mecanismos orientados a garantizar la trazabilidad y el uso sistemático de las aportaciones del estudiantado. Entre ellos, menciona el registro de contribuciones en las actas oficiales de la Junta de Facultad y de sus comisiones, tanto delegadas como no delegadas, lo que permitiría verificar la participación estudiantil. Asimismo, señala la elaboración de informes de análisis de dichas aportaciones, en los que se identifican sugerencias, propuestas y observaciones dirigidas a la mejora de los procesos y de la docencia. Según lo indicado, esta retroalimentación se integraría en la toma de decisiones y en la planificación de mejoras, con el objetivo de traducirse en acciones concretas de mejora continua. Igualmente, se hace referencia a una sistemática de seguimiento y control basada en registros y evidencias que permitiría comprobar la eficacia del uso de estas aportaciones en los distintos niveles de gestión académica.

Así mismo, la Universidad actualizó y puso en marcha el plan de comunicación, definiendo responsables, canales y periodicidad. Entre los canales previstos para la difusión del SIGC se incluyen la página web (apartado de calidad), el Campus Virtual, las comunicaciones por correo electrónico, las reuniones de las comisiones (de Calidad y de Coordinación de titulaciones) y las jornadas informativas dirigidas a estudiantes y profesorado, reforzadas mediante sesiones informativas para toda la comunidad universitaria y la comunicación continuada en la Junta de Facultad y sus

comisiones. Asimismo, el plan contempla una planificación periódica de las acciones, con difusión y presentación anual de la Política de Calidad, resultados e indicadores del sistema, información periódica en órganos colegiados y actualización continua de la web, incorporando además mecanismos de seguimiento de la eficacia (análisis del uso de la web, encuestas y revisión anual en la Comisión de Calidad).

Como evidencia, se señala que el plan de comunicación se dio a conocer en dos proyectos. No obstante, existe margen para avanzar en la elaboración de un plan de comunicación específico para dar a conocer los canales de participación (cartelería, web, sesiones informativas al inicio de curso), así como su incorporación en las guías docentes y su difusión a través de tutorías colectivas y representantes estudiantiles. El plazo de implementación previsto es septiembre de 2027.

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.

La Facultad dispone de una estructura organizativa definida para el desarrollo del Sistema Interno de Garantía de Calidad, descrita en el Manual de Calidad y en la documentación asociada al sistema, en la que se identifican los órganos de análisis y toma de decisiones en materia de calidad. En este marco, se articula un esquema de gobernanza con distintos niveles de actuación, con un órgano plenario a nivel de centro y órganos vinculados a los distintos niveles de estudios, así como comisiones asociadas a las titulaciones conforme a sus memorias, lo que permite ordenar la revisión de información, la adopción de acuerdos y el seguimiento de actuaciones de mejora.

La documentación del sistema contempla la participación de representantes de los principales grupos de interés, incorporando profesorado, estudiantado, personal técnico, de gestión y de administración y servicios, y agentes externos, lo que favorece un análisis plural del funcionamiento del sistema y refuerza la legitimidad de la toma de decisiones.

No obstante, el análisis comparado de la documentación y de la información pública disponible evidencia diferencias en la denominación y descripción de los órganos de calidad entre distintos documentos, así como discrepancias puntuales en funciones y composición, lo que puede generar confusión y dificultar la trazabilidad documental y la comprensión homogénea del funcionamiento del sistema por parte de los grupos de interés.

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 centro difunde el Sistema Interno de Garantía de Calidad principalmente a través de la página web institucional, donde se mantiene un apartado específico de "Calidad" que incorpora el Manual de Calidad, los procedimientos del sistema y documentación asociada al SIGC. Junto a este canal, la documentación del sistema contempla instrumentos que, por su naturaleza, deben contribuir a la difusión y al conocimiento del SIGC por los grupos de interés, destacando la participación en los órganos colegiados en los que se integran los distintos colectivos, la utilización de encuestas de satisfacción como mecanismo sistemático de recogida de percepción, y el procedimiento PS03 de gestión de quejas, sugerencias, reclamaciones y felicitaciones como vía formal para canalizar aportaciones y favorecer el retorno. Asimismo, el sistema prevé mecanismos vinculados al análisis y mejora continua, que deberían facilitar la comunicación de resultados y propuestas de mejora a los colectivos implicados.

En este marco, el procedimiento PE03. Sistema de información para el análisis, evaluación y mejora continua establece como objeto describir cómo la Facultad recoge, actualiza y difunde la información relativa a los títulos que imparte, para el conocimiento de la comunidad universitaria y la rendición de cuentas a los distintos grupos de interés. Sin embargo, tras la revisión del PE03 se constata la ausencia de directrices, sistemática o apartados que regulen dicha difusión, lo que debilita la capacidad del sistema para evidenciar una comunicación planificada, periódica y con responsables definidos.

Adicionalmente, se han constatado acciones informativas dirigidas al estudiantado, especialmente en las jornadas de inicio de curso, en las que se informa sobre los sistemas de encuestas y sobre la relevancia de la participación del estudiantado en los procesos de evaluación y mejora. De igual modo, se han desarrollado sesiones informativas específicas asociadas al proceso de certificación SISCAL dirigidas a distintos colectivos, lo que ha permitido reforzar el conocimiento del sistema en momentos concretos.

No obstante, la información recabada durante las reuniones con los grupos de interés pone de manifiesto que el conocimiento de la Política de Calidad y del SIGC es desigual entre colectivos y, en varios casos, se asocia a actuaciones puntuales, inicio de curso o el proceso de certificación SISCAL, más que a una difusión continua e integrada en el funcionamiento ordinario del centro. A ello se añade que la Política de Calidad se localiza dentro de una documentación extensa y aparece reproducida o referenciada en distintos documentos, lo que dificulta su identificación como referencia central y limita su capacidad de orientar de forma clara y compartida el despliegue del sistema.

En coherencia con lo anterior, la auditoría interna identificó como NM1 la ausencia de mecanismos formales y evidencias que respalden la participación activa de los grupos de interés en la revisión anual de la política y los objetivos de calidad, lo que compromete el principio de mejora continua y limita el conocimiento efectivo del sistema por parte de los colectivos implicados. El Plan de Mejora establecido ha sido implementado parcialmente, si bien el cierre de esta NM1 estaba prevista para diciembre de 2025, por lo que, en la visita, no se disponía de evidencias que registrasen su resolución y el análisis de la eficacia real de las acciones implantadas.

La Universidad ha establecido canales e instrumentos mencionados anteriormente para la difusión y conocimiento de la Política de Calidad y del SIGC. Existe margen para reforzar la integración de las acciones realizadas en el sistema de mejora del centro basado en resultados y toma de acciones, por ejemplo, en cuanto al Plan de Comunicación se podrían establecer indicadores de impacto de los proyectos que presentan como evidencias no cuentan con indicadores de impacto de los mismos.

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.

El Sistema Interno de Garantía de Calidad contempla formalmente la revisión periódica de la Política de Calidad y de los objetivos de calidad, atribuyendo dicha responsabilidad a los órganos de calidad del centro, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento PE01. En la documentación del sistema se establece que la Política de Calidad y los objetivos de calidad se revisarán, como mínimo, cada cuatro años.

Como evidencias vinculadas al seguimiento del sistema se aportan memorias e informes de seguimiento de titulaciones, memorias de calidad y diversa información derivada de procesos de evaluación interna y externa, que muestran que el centro dispone de resultados e información relevante sobre el funcionamiento de sus programas formativos y de su sistema de calidad.

Vinculado al último cambio del equipo decanal, en el ámbito de la planificación, el centro estableció un Plan Estratégico para la implantación del sello de calidad SISCAL que recoge un plan de acción con 59 medidas para el periodo 2023–2026, si bien existe margen para reforzar la planificación operativa y el seguimiento de dichas acciones que permita valorar su avance y conexión con el SIGC. El centro ha establecido una sistemática de seguimiento del sistema de calidad mediante la Comisión de Calidad del centro y las subcomisiones del mismo. No obstante, aunque el sistema, la política y objetivos de calidad son objeto de revisión cada cuatro años, el análisis de las evidencias no permite visibilizar de forma clara y sistemática los mecanismos de revisión específica de la Política de Calidad y de los objetivos de calidad, ni de su actualización a partir de un análisis estructurado de los resultados obtenidos. En particular, las actas aportadas de los órganos colegiados no permiten identificar de forma explícita acuerdos o decisiones vinculadas a la revisión de la Política de Calidad o de los objetivos de calidad. Si bien el sistema proporciona múltiples indicadores y datos se puede reforzar la vinculación de los mismos con los mecanismos de retroalimentación de política y objetivos.

La Universidad informa que ha establecido acciones de mejora para garantizar la participación de los distintos grupos de interés mediante mecanismos formales, mediante registros que lo respalden, lo que limita la mejora continua y la comunicación del sistema. También plantea como acción de mejora el diseño y aprobación de un procedimiento formal para la revisión anual de la política y los objetivos de calidad, que contemple la convocatoria y participación de representantes de los distintos grupos de interés (internos y externos según aplique), una agenda mínima con puntos relacionados con resultados, logros, desviaciones y propuestas de mejora; y formatos estandarizados de actas o minutas. Así mismo, ha diseñado como acción de mejora definir responsables y plazos de ejecución de la revisión; generar y conservar registros documentados (actas de reuniones, listas de asistencia, acuerdos y planes de mejora); comunicar los resultados de la revisión a todos los colectivos implicados, asegurando que tengan conocimiento de los cambios y compromisos asumidos; y evaluar la eficacia de la acción en la siguiente revisión anual, verificando que los registros existen y que los grupos de interés efectivamente participaron.

La Universidad informa que se ha elaborado y aprobado un procedimiento documentado para la revisión anual de la política y los objetivos de calidad, incluyendo roles, responsables y mecanismos de participación, y que dicho procedimiento ha sido validado por el equipo Decanal y difundido a todas las áreas. Como evidencia de dicha acción se hace referencia al procedimiento aprobado "PR REV- 01: Revisión de la Política

y Objetivos de Calidad". También indican que se ha diseñado y aplicado un formato estandarizado de acta/minuta para registrar la revisión, con participación de representantes de PDI, PTGAS, estudiantes y egresados.

Se ha establecido un mecanismo de comunicación interna mediante correo y tablón digital. Y se ha elaborado un plan de acción de mejora con responsables y plazos derivados de la revisión anual, con indicadores medibles de cumplimiento.

Se debe avanzar en la implementación de estos mecanismos y la generación de disponer de registros que faciliten la visibilidad y trazabilidad de los procesos de revisión de Política de Calidad y objetivos 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 la Política de Calidad como un documento único e independiente, accesible y referenciado (código de identificación, fecha de aprobación y número de revisión vigente), de modo que el Manual de Calidad y el procedimiento PE01 la referencien como documento oficial en lugar de incorporarla como anexo; en caso de mantenerse como anexo, se debería garantizar que se trata de una copia exacta de la versión oficial, con control de versión visible.

Se recomienda mejorar la visibilidad y accesibilidad de la Política de Calidad en la página web del centro, publicándola de forma directa y claramente identificable, sin necesidad de acceder a documentos extensos, y evitando su duplicación en anexos y procedimientos, con el objetivo de reforzar la claridad y coherencia del mensaje institucional de calidad.

Se recomienda clarificar la denominación y el alcance del Manual de Calidad, diferenciando de forma explícita entre el Sistema Interno de Garantía de Calidad del centro y el sello o modelo de certificación SISCAL madri+d, a fin de evitar confusiones conceptuales y reforzar el papel del Manual como documento marco del sistema propio del centro.

Se recomienda formalizar un procedimiento específico de planificación estratégica del centro, integrado en el SIGC, que permita definir de manera sistemática los objetivos estratégicos, su despliegue en acciones, responsables, indicadores de seguimiento y mecanismos de revisión periódica, facilitando la trazabilidad entre la Política de Calidad, la estrategia del centro y los procesos de mejora continua.

Se recomienda reforzar la trazabilidad de la participación de los distintos grupos de interés en la revisión anual de la Política y Objetivos de Calidad, asegurando mecanismos formales, sistemáticos y evidencias verificables (actas, registros de consulta y retorno) que permitan acreditar el ciclo participativo y su impacto en decisiones.

Se recomienda consolidar la participación de colectivos externos, especialmente personas egresadas y colectivo empleador, en la revisión de la Política de Calidad mediante un enfoque estable y planificado, evitando que su contribución quede limitada a convocatorias puntuales, y asegurando su reflejo documental en el proceso PE01 y en los registros asociados.

Se recomienda mejorar la identificación, denominación y trazabilidad de las evidencias asociadas a la revisión de la Política de Calidad, aplicando una nomenclatura homogénea y explícita (por ejemplo, acta de revisión de Política de Calidad, acta de aprobación de Política y Objetivos), e incorporando una breve explicación de su función dentro de PE01.

Se recomienda completar la evidencia de participación derivada de instrumentos de consulta, incorporando, cuando proceda, información mínima de representatividad (por ejemplo, tamaño de muestra y alcance) en encuestas dirigidas a agentes externos y valorando su ampliación a otros perfiles, incluyendo ítems específicos sobre conocimiento y valoración de la Política y Objetivos de Calidad.

Se recomienda asegurar la integridad y trazabilidad documental del SIGC, estableciendo un criterio único: o bien actualizar las plantillas de procesos para cumplir con la instrucción técnica vigente, o bien adaptar la instrucción técnica a las necesidades actuales, garantizando en cualquier caso coherencia de estructura, control de cambios y trazabilidad.

Se recomienda revisar y completar los diagramas de flujo de los procesos del SIGC, identificando explícitamente entradas, salidas e interrelaciones con otros procesos, con el fin de evidenciar la interconexión del sistema y reforzar el enfoque basado en procesos.

Se recomienda revisar y unificar la denominación de las comisiones y órganos del Sistema Interno de Garantía de Calidad en toda la documentación del centro, asegurando la coherencia terminológica entre el Manual de Calidad, los procedimientos del sistema, los documentos de síntesis y la información publicada en la página web. En particular, conviene armonizar las distintas denominaciones utilizadas para las comisiones vinculadas a los estudios de Grado, Máster y Doctorado, de modo que cada órgano tenga una denominación única, estable y claramente identificable, facilitando la comprensión del SIGC, la trazabilidad de responsabilidades y la verificación externa del sistema.

Se recomienda reforzar el procedimiento PE03 para que defina claramente la sistemática, periodicidad y responsables de los canales de comunicación y difusión del SIGC y de la Política y Objetivos de Calidad, de modo que la difusión sea planificada, continua, verificable y orientada a rendición de cuentas a los distintos grupos de interés.

Se recomienda alinear objetivos estratégicos y objetivos de calidad con enfoque operativo y medible. Se sugiere avanzar en el despliegue de los objetivos integrando, de manera verificable, metas, acciones, recursos, responsables, horizonte temporal e indicadores, de modo que la contribución del SIGC a la estrategia del centro resulte trazable y evaluable.

Se recomienda reforzar la estructura de mejora continua a nivel de centro, que permita analizar de forma integrada los resultados del SIGC y apoyar la toma de decisiones y priorización de mejoras con visión transversal, más allá del seguimiento por titulaciones, y disponer de evidencias de su aplicación.

Se recomienda avanzar en la implantación de los mecanismos necesarios para el seguimiento y evaluación de los objetivos de calidad, así como la utilización sistemática de los resultados para la mejora continua del sistema, evidenciando su tratamiento en actas e informes del centro.

Se recomienda avanzar en la implementación de indicadores de desempeño para la totalidad de los procesos del SIGC, incorporando indicadores en los procesos que carecen de ellos (incluyendo PE01, PE02, PS04 y PS01) y garantizando que la evaluación del desempeño y la toma de decisiones se basan en evidencias.

Se recomienda completar el despliegue del plan de comunicación del SIGC y verificar su eficacia mediante una implantación operativa que incorpore una sistemática de evaluación de alcance y efectividad por colectivos, canales y mensajes clave, garantizando que la difusión del SIGC y de sus resultados sea estructurada, comprensible y verificable, reforzando así la transparencia y el conocimiento efectivo del sistema por parte del estudiantado.

Se recomienda reforzar la consideración singular del estudiantado en el despliegue de la Política de Calidad, evidenciando de forma clara y sistemática el análisis, uso y retorno de sus aportaciones en la toma de decisiones y en la mejora continua, con trazabilidad en actas, informes y registros del sistema.

Se recomienda consolidar y sistematizar la comunicación y difusión del Sistema Interno de Garantía de Calidad mediante un despliegue planificado, continuo y trazable, integrado en la operativa del SIGC, que permita acreditar el conocimiento efectivo de la Política de Calidad, del funcionamiento del SIGC y de los principales procesos de calidad por parte de todos los grupos de interés, definiendo de forma explícita los canales, la periodicidad, las responsabilidades, los contenidos mínimos y los mecanismos de seguimiento de su eficacia.

Se recomienda implantar de manera efectiva y sistemática la revisión periódica de la Política de Calidad y de los objetivos de calidad, vinculándola al análisis de resultados y a los procesos de mejora continua 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 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.

Para la gestión de su oferta formativa, el centro se apoya, principalmente, en los siguientes procesos del SIGC, que estructuran el ciclo de vida de los títulos y su análisis para la toma de decisiones:

- “PE02. Planificación y diseño de la oferta formativa”, que establece el mecanismo mediante el que el centro aborda la creación de nuevos títulos oficiales, garantizando el cumplimiento de las directrices nacionales, autonómicas e internas de la UCM.
- “PC01. Gestión del ciclo de vida de los títulos oficiales”, que define la operativa para planificar, diseñar, realizar el seguimiento, tramitar modificaciones y, en su caso, extinguir las titulaciones, manteniendo y renovando la oferta formativa en consonancia con la demanda social y las directrices establecidas.

De forma complementaria, se identifican procedimientos y mecanismos de soporte para la gestión de información y el análisis de resultados, incluyendo “PE03. Sistema de información para el análisis, evaluación y mejora continua”, “PC06. Mecanismos de análisis, tratamiento y uso de los resultados de la formación”, así como procedimientos operativos relacionados con admisión y matrícula, entre ellos “PC02-S01. Definición y difusión de los perfiles de ingreso y de los procedimientos de selección, admisión y matriculación”.

Análisis de las evidencias disponibles, por directriz

Directriz 2.1

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

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

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

El SIGC incorpora el procedimiento PE02 para la planificación y diseño de la oferta formativa y el procedimiento PC01 para la gestión del ciclo de vida de los títulos, permitiendo encuadrar la definición de la oferta en el marco institucional y normativo aplicable, con intervención de los órganos de gobierno y gestión implicados. La oferta formativa del centro se encuentra publicada y accesible a través de la página web institucional, y cada titulación dispone de su espacio específico con la información académica relevante, incluyendo el plan de estudios.

En el diseño y actualización de la oferta, se aportan evidencias de acuerdos adoptados por órganos colegiados, tales como actas en las que se recoge, en el punto correspondiente, la propuesta y aprobación de la oferta de plazas para titulaciones de Grado y Máster en distintos cursos académicos.

En relación con los programas de doctorado, se identifica la normativa institucional aplicable y su gestión en coordinación con la estructura correspondiente de la Universidad, con remisión a los elementos clave reguladores de estos estudios. No obstante, se aprecia margen para reforzar la integración explícita de los elementos específicos del doctorado dentro de los procedimientos del SIGC del centro, en la medida en que parte de la operativa descansa en mecanismos institucionales centralizados.

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 centro dispone de procedimientos formalizados que regulan el ciclo de vida de las titulaciones oficiales, destacando el PC01 y el PE02, en coherencia con los procesos institucionales y con los estándares de verificación, seguimiento, modificación y renovación de la acreditación. Se han revisado evidencias que avalan la tramitación de actuaciones vinculadas a la gestión del ciclo de vida de títulos, incluyendo actas y acuerdos relativos a modificaciones de planes de estudios, a la preparación de alegaciones en procesos de renovación de la acreditación y a la aprobación de informes vinculados a renovaciones y autoevaluaciones de titulaciones de máster.

Asimismo, se aportan evidencias en las que se refleja la aprobación de memorias anuales de seguimiento de títulos, lo que permite constatar la periodicidad anual del seguimiento y su elevación a los cauces internos previstos. En materia de extinción o suspensión, se aportan actas y acuerdos en los que se indica la ausencia de supresiones o suspensiones en el curso considerado.

Asimismo, la auditoría interna puso de manifiesto la existencia de solapamientos en la planificación docente de algunas asignaturas optativas en determinadas titulaciones, sugiriéndose la revisión de su programación para prevenir efectos negativos en la experiencia del estudiantado.

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 procedimientos PE02 y PC01 contemplan, para la gestión de la oferta formativa, la identificación de órganos implicados, la tipología de información a analizar y el seguimiento de compromisos asociados a las memorias de verificación. En relación con la incorporación de expectativas y necesidades, el SIGC prevé el uso de fuentes de información tales como encuestas de satisfacción, resultados académicos, indicadores e informes de seguimiento, así como la participación de colectivos a través de su representación en órganos colegiados y comisiones de calidad.

El sistema establece los órganos responsables del diseño, aprobación, revisión, modificación y extinción de titulaciones, tanto a nivel de centro como a nivel institucional, permitiendo identificar responsabilidades asociadas a cada fase del ciclo de vida de los títulos. Asimismo, el seguimiento de compromisos de verificación se articula mediante la elaboración de informes de seguimiento y su integración en los mecanismos internos de aprobación, favoreciendo la detección de desviaciones y la adopción de medidas de mejora cuando proceda.

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 reforzar la integración explícita de los estudios de doctorado en los procedimientos del SIGC del centro, incorporando de forma más visible los elementos clave de la normativa institucional aplicable, y clarificando la articulación entre procedimientos del centro y mecanismos institucionales en esta materia, a fin de facilitar la comprensión del sistema por los grupos de interés.

Se recomienda revisar la programación docente de asignaturas optativas para detectar y prevenir solapamientos, incorporando una sistemática de revisión periódica y validación académica que favorezca la coherencia de la oferta y reduzca impactos en la experiencia del estudiantado.

Se recomienda incorporar en la ficha del procedimiento PE02 un sistema de indicadores, actualmente no evidenciado, y, en general, establecer, documentar e implementar indicadores de desempeño para la totalidad de los procesos del SIGC, de modo que la medición del funcionamiento del sistema resulte homogénea y trazable.

Se recomienda reestructurar el PC01 desagregando sus fases principales, verificación, seguimiento, modificación y extinción, en procedimientos específicos o fichas independientes, tomando como referencia modelos de desagregación ya utilizados en otros procesos del sistema, con el fin de disponer de una descripción más detallada de actividades, responsabilidades y flujos de trabajo.

Se recomienda redefinir y completar el esquema de indicadores asociado al PC01 para asegurar que todas las fases cuenten con mecanismos de medición, incorporando, además de resultados académicos, indicadores que permitan valorar la eficacia y eficiencia de la gestión, por ejemplo, tiempos de tramitación, número de requerimientos o subsanaciones, y otros equivalentes.

Se recomienda revisar y completar los diagramas de flujo vinculados a los procesos del criterio, identificando explícitamente entradas y salidas y su conexión con otros procesos del SIGC, de modo que se evidencie la interrelación entre las distintas partes del sistema y se refuerce el enfoque basado en procesos.

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.

Para dar respuesta a este criterio, la Facultad de Geografía e Historia se apoya, principalmente, en los procesos y procedimientos del SIGC que regulan la orientación, la información académica, el diseño y desarrollo de las enseñanzas, la evaluación del aprendizaje y los mecanismos específicos asociados a TFG, TFM, tesis doctorales, prácticas externas y movilidad, así como el análisis y uso de resultados.

En particular, se identifican como relevantes:

“PC02. Definición y ejecución de las acciones de acogida, orientación e información al estudiante y difusión de la información”:

- “PC02-S01. Definición y difusión de los perfiles de ingreso y de los procedimientos de selección, admisión y matriculación.”
- “PC02-S02. Acciones dirigidas a la formación integral del estudiante: acogida (jornadas presentación, cursos cero); apoyo (becas y ayudas); acción tutorial, mentorías.”
- “PC02-S03. Gestión de la orientación profesional y difusión de los perfiles de egreso.”
- “PC02-S04. Gestión de la información académica orientada al estudiante (calendarios, horarios, instrucciones).”

“PC03. Diseño, desarrollo de las enseñanzas y difusión de las guías docentes”:

- “PC03-S01. Configuración y desarrollo de las enseñanzas (guías docentes).”
- “PC03-S02. Evaluación del aprendizaje”
- “PC03-S03. Configuración y desarrollo de los Trabajos Fin de Grado, Máster y Tesis Doctorales”

“PC04. Gestión de los programas de movilidad”

- “PC04-S01. Gestión movilidad entrante Erasmus”
- “PC04-S02. Gestión movilidad saliente Erasmus”
- “PC04-S03. Gestión movilidad SICUE”

“PC05. Gestión de los programas de prácticas externas: elaboración y gestión de la oferta de prácticas.”

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.

El SIGC cuenta con procesos adecuados para regular 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. El procedimiento "PC02-S01. Definición y difusión de los perfiles de ingreso y de los procedimientos de selección, admisión y matriculación" define cómo los estudiantes acceden, son admitidos y se matriculan en los títulos oficiales impartidos en los centros de la UCM, y establece el modo en que la Facultad de Geografía e Historia define, hace públicos y actualiza los perfiles de ingreso de sus estudiantes para cada una de las titulaciones oficiales que oferta.

La UCM dispone de normativa institucional sobre reconocimiento y transferencia de créditos en las enseñanzas de Grado y Máster. No obstante, no se identifica una referencia explícita a dicha normativa en el PC02-S01. El PC02-S01 no desarrolla el procedimiento específico de reconocimiento de créditos ni incorpora un enlace directo a la normativa aplicable. En el PC02-S01 se hace referencia al reconocimiento de créditos en el apartado 5.1.3 Matrícula, al incluir como acción la tramitación de reconocimiento de créditos optativos, y en el apartado 7 Documentación generada: evidencias, al contemplar como evidencias los registros de admisión, matriculación, reconocimiento de formación y experiencia.

Revisadas las evidencias de los expedientes de admisión y de reconocimiento de créditos, se observa una aplicación adecuada de los procedimientos establecidos. Las evidencias se generan y se custodian en la Secretaría de Alumnos, utilizándose el Portal de Gestión Académica (GEA), administrado por la propia Secretaría.

La normativa de Doctorado se gestiona a través de la Escuela de Doctorado, incluyendo un apartado específico de admisión y matrícula, siendo normativa académica de aplicación general en la Universidad.

Los resultados se valoran en los Informes de Seguimiento Anuales y en el informe de calidad de la Facultad, con el fin de abrir acciones de mejora cuando resulte necesario. Los resultados de aprendizaje son positivos en general, si bien la tasa de abandono es un aspecto que preocupa al centro, constando como acción prevista la realización de un análisis comparativo con grados de otras facultades y con datos del Ministerio. No se han encontrado evidencias de la ejecución de estas acciones en el plan de mejora del centro presentado como evidencia.

Durante la visita, el estudiantado y las personas egresadas destacaron de forma reiterada la eficacia del apoyo administrativo prestado desde la Secretaría del centro en los procesos de admisión y matriculación, valorando positivamente la atención recibida, tanto por vía telefónica como por correo electrónico, así como la capacidad de respuesta ante incidencias o dudas administrativas. Asimismo, se constató la realización de jornadas de bienvenida al inicio de los estudios, en las que se proporciona información sobre el funcionamiento académico, los plazos administrativos y los principales procedimientos de gestión, contribuyendo a una incorporación ordenada del estudiantado a la vida universitaria.

En el caso de los programas de Doctorado, se evidenció que los procedimientos de preadmisión han evolucionado hacia una mayor exigencia en los perfiles de acceso, reforzando la adecuación del estudiantado admitido a las líneas de investigación de los programas.

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.

El SIGC dispone de los procedimientos PC02-S02, cuyo objeto es definir y actualizar las acciones referentes a la formación integral del estudiante, acogida, apoyo, acción tutorial, y garantizar la correcta gestión de la orientación profesional y la difusión de los perfiles de egreso conforme a las expectativas de los grupos de interés.

Se evidencia el seguimiento de egresados en los informes de seguimiento de las titulaciones y en el informe de calidad del centro, así como la identificación de acciones de mejora derivadas de debilidades detectadas en este ámbito, tales como continuar informando por correo electrónico al estudiantado sobre la existencia de encuestas a personas egresadas del Rectorado, explorar el uso de la red profesional LinkedIn como vía de contacto, y promover el Programa Alumni UCM como palanca para reforzar el sentimiento de pertenencia y mejorar la captación de información sobre personas egresadas, incluyendo la visibilización y mejora de la bolsa de empleo.

Los sistemas de información, apoyo y orientación al estudiantado muestran un funcionamiento adecuado. La Universidad ha establecido diversas actividades que facilitan el conocimiento de servicios disponibles, como las jornadas celebradas en septiembre, en las que se comparte información y servicios para estudiantes. Asimismo, se dispone de "La casa del estudiante" como espacio de atención con vocación de apoyo, acompañamiento y cuidados. La UCM cuenta, además, con la Oficina de Prácticas y Empleo (OPE), orientada a promover la empleabilidad y mejorar las oportunidades de inserción profesional, desarrollando actividades y servicios en áreas de formación, prácticas, empleo y estudios y análisis.

A lo anterior, se añade que el sistema contempla, además, el procedimiento "PC02-S04. Gestión de la información académica orientada al estudiante", que regula la planificación, coordinación y difusión de elementos de la programación docente (calendarios, horarios, instrucciones), contribuyendo a la accesibilidad de la información académica y a la previsibilidad organizativa.

Se valoró de forma favorable la claridad de la información publicada en la página web del centro, especialmente en relación con procesos de acceso, matrícula, organización académica y movilidad.

En relación con la orientación académica, se constata la existencia de figuras de coordinación (coordinadoras/es de grado, máster y movilidad) que desempeñan un papel relevante en el acompañamiento del estudiantado. Se pusieron de manifiesto prácticas de información y orientación,

como la celebración de reuniones específicas con estudiantes para clarificar itinerarios, particularmente en cursos avanzados, y las jornadas de acogida al inicio de los estudios, orientadas a facilitar la integración del estudiantado y el conocimiento de recursos y servicios.

En el ámbito de los estudios de posgrado, el estudiantado destacó una orientación especialmente sólida hacia la carrera investigadora, con apoyo e información sobre becas predoctorales, contratos de investigación y oposiciones, incluyendo jornadas específicas de orientación. En el caso de los programas de doctorado, se constató la realización de jornadas de bienvenida, sesiones informativas sobre plazos y actividades formativas, así como jornadas anuales de seguimiento de tesis, como mecanismos de acompañamiento del doctorando.

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.

En el Manual de Calidad se contempla, en el apartado 2.3, Misión, visión y valores del centro, que la Facultad asume en su visión los planteamientos del Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento para asegurar su calidad, señalándose en su artículo 4 que los planes de estudio deberán tener como referente principios y valores democráticos y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluyendo el respeto a los derechos humanos y derechos fundamentales, el reconocimiento y respeto a la diversidad, la eliminación de todo contenido o práctica discriminatoria, la cultura de la paz y la participación, así como el respeto a la igualdad de género, atendiendo a lo establecido en la Ley Orgánica 3/2007.

Asimismo, en el procedimiento "PC03 S02. Evaluación de los aprendizajes" se contempla, en el apartado 5.2, Revisión de las calificaciones, que la revisión será personal e individualizada, se adaptará a las necesidades específicas de los estudiantes con discapacidad y deberá llevarse a cabo con anterioridad a la finalización del plazo de entrega de actas, teniendo en cuenta lo dispuesto en el Real Decreto 1791/2010 por el que se aprueba el Estatuto del Estudiante Universitario.

En el procedimiento "PC05. Gestión de prácticas externas" se contempla, en el apartado 5.4, Asignación de prácticas al/a la estudiante, que se otorgará prioridad en la elección y en la adjudicación de prácticas a estudiantes con discapacidad, con el objeto de que puedan optar a entidades colaboradoras en las que estén aseguradas medidas de accesibilidad universal, incluidas las referidas al transporte para su traslado y acceso.

En el procedimiento "PS02. Gestión de recursos y servicios para el aprendizaje", su objeto contempla definir cómo la Facultad garantiza la correcta gestión de recursos humanos, recursos materiales y servicios para estar adaptada permanentemente a las necesidades de las enseñanzas impartidas, cumpliendo con las expectativas de los grupos de interés.

En la página web de la UCM se presentan los servicios de apoyo, orientación y atención a la diversidad, centralizados bajo la Unidad de Orientación y Difusión, con enlaces a recursos destinados a distintos colectivos, incluyendo, entre otros, Universidad para Mayores, PSICALL, Unidad de Diversidad y Unidad de Igualdad. Dentro de la Unidad de Diversidad se incluyen programas de atención a personas con discapacidad y necesidades específicas de apoyo y programas de atención a la diversidad, equidad y no discriminación, así como protocolos de prevención y actuación ante la discriminación por diversidad. También se puede acceder a algunos servicios desde la página de bienvenida del centro.

En el procedimiento "PC02-S02. Acciones dirigidas a la formación integral del estudiante" se contempla, como responsabilidad del Vicedecanato de Estudiantes, la atención a estudiantes con necesidades educativas especiales.

El procedimiento "PC03-S01. Configuración y desarrollo de las enseñanzas", garantiza la directriz 3.3 mediante la obligación de aplicar las metodologías docentes previstas en las memorias verificadas, su inclusión detallada en las guías docentes y la supervisión continua por parte de coordinadoras/es y comisiones de calidad. Se ha revisado la documentación del centro y se ha constatado que las metodologías docentes están descritas en las guías docentes y que son accesibles desde la página web de cada titulación, evidenciándose una aplicación consistente de las sistemáticas definidas.

Durante la visita, el estudiantado y las personas egresadas manifestaron que, con carácter general, las metodologías docentes empleadas fomentan la participación activa, el debate y el trabajo autónomo, especialmente a través de metodologías dinámicas, seminarios y trabajos aplicados. Estas prácticas contribuyen a la adquisición de los resultados de aprendizaje previstos y al desarrollo de competencias transversales.

En particular, se puso de manifiesto que en los másteres de orientación investigadora existe una elevada exigencia académica y una carga de trabajo significativa, coherente con los objetivos formativos de estos estudios. Asimismo, se constató que el centro ha mostrado capacidad de ajuste y mejora en cursos posteriores cuando se han detectado desequilibrios en la carga de trabajo, utilizando la información disponible para mejorar la experiencia de aprendizaje.

El estudiantado valoró de forma positiva la participación de profesorado externo invitado en determinados másteres, destacando su contribución a la calidad de la docencia y al enriquecimiento de las metodologías empleadas, reforzando la conexión entre docencia, investigación y, en su caso, transferencia de conocimiento.

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.

El procedimiento "PC07. Gestión y difusión de la información sobre titulaciones y programas" describe cómo la Facultad de Geografía e Historia recoge, actualiza y difunde la información relativa a los títulos que imparte, para el conocimiento de la comunidad universitaria y la rendición de cuentas a los distintos grupos de interés.

El procedimiento "PC03-S02. Evaluación del aprendizaje" establece cómo la Facultad define y actualiza las acciones orientadas a garantizar la correcta evaluación del aprendizaje del estudiantado en cada una de las titulaciones que oferta. Esta acción responde a criterios públicos y objetivos y se asegura que la evaluación se ajusta a lo establecido en los planes docentes de las materias y asignaturas aprobados por los departamentos y, en su caso, por las comisiones competentes, siguiendo siempre las directrices de la memoria de verificación de las titulaciones y según establece el artículo 25 del Estatuto del Estudiante Universitario (Real Decreto 1791/2010, de 30 de diciembre).

En relación con la publicidad y antelación suficiente, en el procedimiento "PC03 S01. Configuración y desarrollo de las enseñanzas (guías docentes)" se establece que, con antelación a la apertura del período de matrícula del siguiente curso académico, se publicará en la página web de la Facultad la información relativa al calendario académico, la programación anual, los horarios y el profesorado que impartirá las distintas asignaturas, así como que las guías docentes se publicarán en las páginas web de los títulos en cada asignatura. Se ha verificado, mediante la revisión de guías docentes de diversas titulaciones, que estas incluyen información estructurada sobre objetivos formativos, competencias, metodología de aprendizaje, contenidos temáticos, criterios de evaluación, cronograma y recursos, lo que contribuye a la previsibilidad y transparencia del proceso evaluador.

El procedimiento PC03-S02 define, asimismo, las responsabilidades de los distintos agentes implicados en la evaluación. El profesorado actualiza y aplica los criterios de evaluación conforme a guías docentes y memorias verificadas, los departamentos y comisiones académicas aprueban las guías docentes incorporando los criterios de evaluación, la Comisión de Calidad de Grado, Máster y Doctorado verifica el cumplimiento de los criterios de evaluación y realiza seguimiento de anomalías detectadas en los procesos de evaluación y en los mecanismos de coordinación publicados, y el equipo decanal aplica la normativa cuando resulta necesario. El procedimiento incorpora, además, mecanismos de revisión de calificaciones y de tramitación de reclamaciones, ajustados a la normativa institucional, contemplándose expresamente la adaptación de la revisión a las necesidades específicas del estudiantado con discapacidad.

En relación con la validez para certificar la adquisición de los resultados de aprendizaje, las metodologías y sistemas de evaluación recogidos en las guías docentes se adecuan a lo establecido en los planes de estudio de las titulaciones y resultan coherentes con los resultados de aprendizaje previstos en las memorias verificadas. Se evidencian mecanismos de coordinación docente y de seguimiento, así como el análisis de los resultados en los informes de seguimiento, con identificación de acciones de mejora cuando procede.

En cuanto a la promoción de la integridad académica, el procedimiento PC03 S02 contempla la actuación ante fraude, copia o plagio, definiendo supuestos y posibles medidas, incluyendo la intervención de comisiones y, en su caso, la apertura de expediente sancionador conforme a la normativa de la UCM. Se han revisado evidencias de coordinación docente y de órganos académicos que reflejan el seguimiento de aspectos vinculados a la evaluación.

Durante la visita, el estudiantado manifestó que, con carácter general, los sistemas de evaluación son conocidos desde el inicio del curso y se explicitan de manera clara por parte del profesorado, contribuyendo a la transparencia del proceso evaluador. No se identificaron conflictos generalizados ni reclamaciones recurrentes relacionadas con la falta de información o con la aplicación de los criterios de evaluación.

Los sistemas de evaluación empleados combinan pruebas escritas, trabajos individuales y en grupo, exposiciones orales y actividades prácticas, permitiendo una evaluación alineada con los resultados de aprendizaje y con las metodologías docentes aplicadas. En los estudios de posgrado, y especialmente en los másteres de orientación investigadora, el estudiantado señaló que los sistemas de evaluación están adecuadamente vinculados a las competencias que se pretenden adquirir, indicándose que en algunos casos se han realizado ajustes en cursos posteriores a partir de la experiencia acumulada.

En relación con la integridad académica, el centro aplica la normativa institucional de la UCM en materia de honestidad académica y prevención del fraude. Durante la visita no se pusieron de manifiesto incidencias relevantes ni problemáticas específicas en este ámbito, constatándose que las acciones de sensibilización se apoyan fundamentalmente en los marcos normativos generales.

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.

El procedimiento PC03 S03 establece el modo en el que la Facultad de Geografía e Historia organiza el desarrollo, la elaboración y la evaluación de los Trabajos Fin de Grado, los Trabajos Fin de Máster y las Tesis Doctorales, asegurando que las competencias adquiridas en el proceso de aprendizaje sean evaluadas. El seguimiento del proceso se realiza mediante el análisis anual de los datos proporcionados por la Secretaría de Alumnos, incorporándose indicadores específicos del centro, relación anual de trabajos defendidos (TFG, TFM y TD) y tasa de éxito en la defensa, a partir de los datos custodiados por la Secretaría.

Se valora que la gestión de los trabajos de fin de estudios se encuentra descrita de forma sistemática y que la aplicación del procedimiento PC03-S03 contribuye a estandarizar criterios de evaluación mediante el uso de rúbricas, reforzando la transparencia del proceso y la trazabilidad del sistema. Se aportan evidencias que respaldan esta valoración, muestras de TFG, TFM y tesis depositadas, actas de calificación, actas de constitución de tribunales y rúbricas aplicadas para la calificación de competencias.

Todas las titulaciones cuentan con guías docentes para la realización de los Trabajos Fin de Grado y de Máster. Además, existe una Guía de TFG para las titulaciones de Grado, donde se explicitan procedimiento, plazos y condiciones de desarrollo. En el caso de los másteres, se dispone de información sobre el TFM en la página web de cada titulación, observándose su publicación y acceso a través de los canales institucionales.

Respecto a la movilidad, el procedimiento “PC04. Gestión de los programas de movilidad” regula los mecanismos aplicables y los resultados se analizan a nivel de titulación y en el informe de calidad del centro, constatándose la identificación de acciones de mejora orientadas a reforzar la visibilidad y aprovechamiento de determinadas modalidades, como Erasmus Prácticas.

En lo que respecta a las prácticas externas, el procedimiento “PC05. Gestión de los programas de prácticas externas” establece el modo en el que la Facultad garantiza y mejora la calidad de las prácticas externas curriculares y extracurriculares. En base a las evidencias revisadas, el proceso se desarrolla de forma adecuada, recabándose encuestas de satisfacción del estudiantado y analizándose sistemáticamente los resultados en las memorias de seguimiento, en particular en el apartado 5.5 (Análisis de la calidad de las prácticas externas). Asimismo, el informe de calidad de centro incorpora análisis de resultados agregados.

Se constatan, no obstante, discrepancias en la disponibilidad y tratamiento de determinados datos vinculados al Personal Docente e Investigador en relación con prácticas externas, observándose que, aunque existen ítems específicos, en Grado no se reportan resultados cuantitativos en

algunos casos (figurando medias sin datos), mientras que en Máster sí se recogen resultados, si bien el análisis cualitativo en las memorias de seguimiento presenta heterogeneidad, con casos en los que se integra de forma completa la perspectiva de estudiantes, de tutoras y tutores externos y de tutoras y tutores académicos, y otros en los que dicha integración es parcial.

Adicionalmente, se constata que el centro identifica y formula acciones de mejora relacionadas con prácticas y empleabilidad, por ejemplo, continuar visibilizando la posibilidad de convalidar la experiencia profesional por prácticas, proponer temáticas para actividades de formación y empleabilidad, reforzar contactos con entidades profesionales y visibilizar y reconocer a empresas e instituciones colaboradoras y a tutoras/es de prácticas, incluyendo iniciativas de reconocimiento institucional.

Complementariamente, durante la visita, el estudiantado valoró positivamente el acompañamiento académico recibido en TFG y TFM. Asimismo, se puso de manifiesto que, en determinados casos, especialmente en dobles grados, puede resultar conveniente reforzar la claridad inicial sobre planificación y encaje del trabajo final, y que, en algunos másteres, la homogeneidad de la información disponible sobre criterios y fases del TFM podría perfeccionarse mediante documentación más estructurada.

En el ámbito de los programas de doctorado, se constata que los procesos se articulan conforme a la normativa institucional de la UCM y de la Escuela de Doctorado, observándose buenas prácticas que contribuyen al aseguramiento de la calidad y la originalidad de las tesis doctorales, funcionamiento de Comisiones Académicas, jornadas anuales de seguimiento de tesis, seminarios y encuentros de doctorandas y doctorandos. Se evidencia el desarrollo y evaluación del Documento de Actividades del Doctorando conforme a la normativa aplicable, así como la regulación de conflictos y propiedad intelectual en el marco institucional.

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 reforzar el PC02-S01 incorporando, de forma explícita y verificable, la referencia al marco normativo institucional aplicable al reconocimiento y transferencia de créditos, así como la sistemática de aplicación y trazabilidad documental asociada, de modo que la coherencia normativa y procedimental quede claramente evidenciada dentro del propio SIGC.

Se recomienda asegurar la trazabilidad entre las acciones de mejora previstas en los informes de seguimiento, por ejemplo, las relativas al análisis de la tasa de abandono, y su despliegue efectivo en el plan de mejora del centro, incorporando responsables, evidencias de ejecución y seguimiento.

Se recomienda reforzar, de forma más homogénea entre titulaciones, la orientación profesional del estudiantado, complementando la orientación académica e investigadora con información y acciones específicamente orientadas a salidas profesionales no vinculadas exclusivamente a la investigación, y mejorando la visibilidad y accesibilidad de la información sobre inserción laboral y empleabilidad.

Se recomienda sistematizar y hacer más trazable el seguimiento de las personas egresadas y el retorno de la información obtenida, consolidando una operativa que permita incrementar la participación en encuestas, diversificar canales de contacto y evidenciar el uso de resultados en la mejora de los sistemas de orientación, con una comunicación efectiva al estudiantado y a las personas egresadas sobre las acciones derivadas.

Se recomienda continuar reforzando, con trazabilidad documental, el uso sistemático de la información procedente del seguimiento y de la retroalimentación del estudiantado para ajustar la carga de trabajo y, en su caso, perfeccionar las metodologías docentes, especialmente en estudios de posgrado, de modo que se consolide una mejora continua verificable y coherente con los resultados de aprendizaje previstos.

Se recomienda reforzar, con trazabilidad documental, la sistemática de sensibilización y difusión sobre integridad académica, incorporando, cuando proceda, acciones de comunicación específicas a nivel de centro complementarias a los marcos normativos institucionales, de modo que se consolide una comprensión homogénea por parte del estudiantado y del profesorado sobre expectativas, buenas prácticas y procedimientos de actuación ante posibles incidencias.

Se recomienda revisar la coherencia terminológica del proceso de prácticas externas en los distintos soportes y documentos del sistema, dado que se han identificado denominaciones no plenamente alineadas entre web, díptico informativo mapa de procesos, Manual de Calidad y ficha de proceso, con el fin de reforzar la trazabilidad del SIGC y facilitar la verificación externa.

Se recomienda perfeccionar la sistemática de medición y análisis de la satisfacción vinculada a TFG y TFM, asegurando la disponibilidad de evidencias específicas y su incorporación consistente en las memorias de seguimiento y en los análisis de resultados, de modo que las decisiones de mejora queden trazadas y verificables.

Se recomienda homogeneizar el tratamiento y análisis de datos de prácticas externas, incorporando, de manera sistemática y comparable, la perspectiva del estudiantado, de tutoras y tutores externos y de tutoras y tutores académicos, así como la disponibilidad de resultados cuantitativos cuando proceda, para fortalecer la visión integrada del desempeño del proceso.

Se recomienda revisar los indicadores asociados al proceso "PC04. Gestión de los programas de movilidad", de modo que funcionen como instrumentos de medición del desempeño y no como meras evidencias documentales, reforzando su utilidad para el seguimiento, análisis de tendencias y mejora continua.

Se recomienda visibilizar y consolidar las buenas prácticas desarrolladas en los programas de doctorado, incorporándolas de forma más explícita y trazable en el Sistema Interno de Garantía de Calidad del centro, mediante su integración en los procedimientos aplicables, la identificación de evidencias y registros asociados y su seguimiento periódico a través de los órganos responsables del SIGC.

Se recomienda actualizar periódicamente los convenios de prácticas externas, especialmente en los estudios de Máster, reforzando su adecuación a los objetivos formativos.

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.

De conformidad con la Guía SISCAL madri+d, al disponer la Facultad de Geografía e Historia de la Universidad Complutense de Madrid de un certificado de implantación del modelo DOCENTIA, el centro queda exento de la evaluación del Criterio 4, "Gestión del personal docente". En consecuencia, no resulta necesaria la evaluación de este criterio por parte del Panel y, a efectos del presente informe, la valoración asignada a todas las directrices que lo componen es "A. Cumplimiento excelente".

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.

De conformidad con la Guía SISCAL madri+d, al disponer la Facultad de Geografía e Historia de la Universidad Complutense de Madrid de un certificado de implantación del modelo DOCENTIA, el centro queda exento de la evaluación del Criterio 4, "Gestión del personal docente". En consecuencia, no resulta necesaria la evaluación de este criterio por parte del Panel y, a efectos del presente informe, la valoración asignada a todas las directrices que lo componen es "A. Cumplimiento excelente".

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.

De conformidad con la Guía SISCAL madri+d, al disponer la Facultad de Geografía e Historia de la Universidad Complutense de Madrid de un certificado de implantación del modelo DOCENTIA, el centro queda exento de la evaluación del Criterio 4, "Gestión del personal docente". En consecuencia, no resulta necesaria la evaluación de este criterio por parte del Panel y, a efectos del presente informe, la valoración asignada a todas las directrices que lo componen es "A. Cumplimiento excelente".

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.

De conformidad con la Guía SISCAL madri+d, al disponer la Facultad de Geografía e Historia de la Universidad Complutense de Madrid de un certificado de implantación del modelo DOCENTIA, el centro queda exento de la evaluación del Criterio 4, "Gestión del personal docente". En consecuencia, no resulta necesaria la evaluación de este criterio por parte del Panel y, a efectos del presente informe, la valoración asignada a todas las directrices que lo componen es "A. Cumplimiento excelente".

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.

De conformidad con la Guía SISCAL madri+d, al disponer la Facultad de Geografía e Historia de la Universidad Complutense de Madrid de un certificado de implantación del modelo DOCENTIA, el centro queda exento de la evaluación del Criterio 4, "Gestión del personal docente". En consecuencia, no resulta necesaria la evaluación de este criterio por parte del Panel y, a efectos del presente informe, la valoración asignada a todas las directrices que lo componen es "A. Cumplimiento excelente".

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.

Los procesos afectados por este criterio son principalmente:

“PS02. Gestión de recursos y servicios para el aprendizaje”:

- “PS02-S01. Gestión de los recursos humanos”
- “PS02-S02. Gestión de los recursos materiales”
- “PS02-S03. Gestión de los servicios”

“PS03. Gestión de quejas, sugerencias y valoraciones”

“PE03. Sistema de información para el análisis, evaluación y mejora continua”

Se observa una discrepancia documental del sistema respecto a la gestión del personal de apoyo, dado que la “gestión de los recursos humanos” figura como procedimiento independiente (PS02-S01) en el listado de procesos, mientras que su contenido aparece integrado como apartado dentro de la ficha del proceso principal PS02. Esta situación puede debilitar la trazabilidad del sistema y la verificación externa de la sistemática aplicada al PTGAS.

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.

La Facultad de Geografía e Historia articula este ámbito mediante el proceso "PS02. Gestión de los recursos y servicios para el aprendizaje", desplegado a través de "PS02-S01. Gestión de los recursos humanos", "PS02-S02. Gestión de los recursos materiales" y "PS02-S03. Gestión de los servicios", estableciendo el marco para asegurar que los recursos materiales, los servicios y el personal de apoyo (PTGAS) se mantienen alineados con las necesidades de las enseñanzas impartidas y con las expectativas de los grupos de interés. Este proceso incorpora como referentes de medición los indicadores institucionales de la UCM vinculados a satisfacción, entre otros, IUCM-13 (satisfacción media del estudiantado con la titulación), IUCM-14 (satisfacción media del profesorado con la titulación), IUCM-15 (satisfacción media del PAS del centro donde se imparte la titulación), así como los indicadores específicos para Doctorado IDUCM-26, IDUCM-27 y IDUCM-28, y el indicador IDUCM-29 relativo a movilidad.

La información sobre recursos materiales y servicios se encuentra disponible para el estudiantado a través de la página web y, de forma operativa, mediante las páginas de cada titulación, lo que facilita el conocimiento y acceso a los recursos y servicios universitarios aplicables (infraestructuras docentes, biblioteca, servicios de apoyo a la docencia, servicios administrativos y atención al estudiantado). En relación con la atención a la diversidad, la Facultad canaliza el apoyo a necesidades específicas mediante los servicios institucionales especializados de la Universidad, asegurando la derivación y atención cuando procede, además del soporte prestado por los servicios administrativos del centro en la gestión ordinaria.

En cuanto a la medición y análisis, se constata que, aunque los resultados de encuestas incorporan ítems vinculados a "recursos y medios" y se analizan a nivel de titulación en el marco de las Memorias Anuales de Seguimiento (punto 4), en el Informe de Calidad del Centro (curso 2023/2024) no se identifica una síntesis específica sobre la satisfacción del estudiantado con los medios materiales, lo que reduce la trazabilidad agregada a nivel de centro en este ámbito. Adicionalmente, se observa que la capacidad de ampliación o mejora de determinados servicios puede verse condicionada por factores estructurales institucionales, con impacto en algunos servicios universitarios, sin que ello sea atribuible al ámbito de decisión de la Facultad.

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.

La Facultad de Geografía e Historia dispone de procesos definidos en su SIGC orientados a la identificación de necesidades de recursos materiales, servicios y personal de apoyo, integrados en el proceso "PS02. Gestión de los recursos y servicios para el aprendizaje", con sus apartados operativos relativos a la gestión de recursos humanos, recursos materiales y servicios. Este proceso establece el marco para detectar, registrar y canalizar necesidades en coordinación con los responsables del centro y con los servicios institucionales de la Universidad Complutense de Madrid.

En el despliegue del PS02 se contempla la identificación de necesidades de PTGAS, recursos materiales y servicios por la Gerencia, en coordinación con el Decanato, la Dirección de la Biblioteca, los Departamentos y los servicios técnicos, incorporando asimismo la información que aportan los distintos grupos de interés (PDI, PTGAS y estudiantado) a través de los cauces definidos en el sistema. Esta identificación se articula con la planificación y elaboración del anteproyecto de presupuesto, que integra inversiones, equipamiento, mantenimiento y, en su caso, obras, y con la gestión ordinaria de incidencias, mantenimiento e inventariado de recursos.

Para la detección de necesidades y su posterior análisis, el sistema integra fuentes de información y evidencias tales como encuestas y su análisis, memorias anuales y documentación asociada publicada en la web, así como el sistema "PS03. Gestión de quejas, sugerencias, reclamaciones y felicitaciones", como mecanismo complementario para recoger incidencias y oportunidades de mejora relacionadas con recursos, servicios y apoyo administrativo. En este sentido, se ha observado que, en las evidencias aportadas para PS03, se incorpora como "Informe anual de seguimiento" documentación que corresponde, en realidad, a las memorias anuales del centro, donde se incluye el análisis del funcionamiento de quejas y sugerencias (apartado 4), por lo que conviene cuidar la denominación exacta de las evidencias para preservar la trazabilidad documental y la correcta interpretación del alcance de cada registro.

Adicionalmente, en los informes de seguimiento de títulos revisados se identifica la escasez de personal administrativo como un elemento estructural que condiciona determinados aspectos de la gestión y del seguimiento, reflejándose de forma recurrente la necesidad de reforzar el apoyo y dimensionar adecuadamente la plantilla de PTGAS. En coherencia con ello, y como línea de mejora ya detectada en auditoría interna, se valora positivamente que el centro continúe avanzando en la definición de indicadores específicos que permitan analizar de forma más fina el desempeño y el grado de implicación del PTGAS en el SIGC, favoreciendo un seguimiento más objetivo, comparable y orientado a la mejora continua.

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.

La Facultad de Geografía e Historia dispone del proceso "PS02. Gestión de los recursos y servicios para el aprendizaje", y de sus apartados operativos asociados a la gestión de recursos humanos, recursos materiales y servicios, como andamiaje del SIGC para dar respuesta a las necesidades detectadas y asegurar, cuando procede, su tramitación ante los órganos competentes de la Universidad Complutense de Madrid. En este marco, la Comisión de Calidad del Centro y las Comisiones de Calidad de las titulaciones analizan y valoran resultados, elevando propuestas de mejora a la Junta de Facultad para la adopción de medidas y, en su caso, para su escalado institucional.

En relación con el personal de apoyo y, en general, con la dotación de recursos, se constata que el centro articula la respuesta a necesidades mediante cauces definidos, aunque determinadas decisiones se encuentran condicionadas por el marco institucional. En particular, la política de gestión del PTGAS se desarrolla de manera centralizada en la UCM a través de la Gerencia y de la Vicegerencia de Recursos Humanos, en el marco legal vigente, incluyendo la propuesta y tramitación de la Relación de Puestos de Trabajo (RPT) para su aprobación por los órganos de gobierno correspondientes. A nivel de centro, el PS02 contempla vías operativas para afrontar necesidades de PTGAS: reasignación interna de efectivos cuando es viable, solicitud de cobertura de vacantes a la Vicegerencia de Recursos Humanos cuando el centro no puede resolver la necesidad directamente, y propuesta de modificación de la RPT que, cuando procede, se aprueba en Junta de Facultad y se eleva para su tramitación y aprobación institucional. Como evidencias, se aportan registros de contrataciones/gestión de PTGAS de los tres últimos cursos académicos y actas de Junta de Facultad relativas a modificaciones de la RPT del Centro.

Respecto a la dotación de recursos materiales, el PS02 define un circuito de identificación de necesidades por la Gerencia, el Decanato, la Biblioteca, los Departamentos, los servicios técnicos y, cuando procede, a partir de aportaciones de grupos de interés; elaboración del anteproyecto de presupuesto que integra inversiones, equipamiento, mantenimiento y obras; aprobación por los órganos del centro que correspondan (por ejemplo, Comisión Económica y Junta de Facultad, cuando proceda), autorización de gasto por Decanato y Gerencia, y tramitación de adquisiciones a través de la Sección de Asuntos Económicos conforme a la normativa de contratación vigente. Se aporta como evidencia la Memoria económica de la Facultad de los últimos cursos, junto con anexos de cierre presupuestario de los ejercicios 2023 y 2024 (no constando aún la del curso 2024/2025).

En conjunto, las evidencias disponibles permiten constatar que la Facultad cuenta con procesos implementados para la dotación de recursos, servicios y personal de apoyo, así como con mecanismos para solicitar su provisión a los órganos de orden superior cuando la decisión y ejecución no dependen del ámbito del centro. No obstante, se pone de manifiesto que la capacidad de mantenimiento y refuerzo del personal de apoyo puede verse condicionada por factores estructurales de carácter institucional, asociados a las políticas de reposición y cobertura de necesidades en la UCM, con impacto potencial en la carga de trabajo y en la organización de determinados servicios.

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 subsanar la discrepancia estructural detectada en el proceso PS02 en relación con la gestión del personal de apoyo, unificando el criterio de presentación mediante el desarrollo efectivo de la ficha independiente PS02-S01 tal como figura en el mapa de procesos, o, alternativamente, actualizando el inventario documental para reflejar de forma explícita que dicha gestión se integra en el proceso principal, reforzando así la trazabilidad y la verificabilidad externa del SIGC.

Se recomienda clarificar y homogeneizar la denominación de las evidencias asociadas al procedimiento PS03, ya que actualmente se aporta como "Informe anual de seguimiento" documentación que corresponde, en realidad, a las memorias anuales del centro, dentro de las cuales se incluye el análisis del funcionamiento de quejas y sugerencias (apartado 4), facilitando así la trazabilidad documental y la verificación externa del sistema.

Se recomienda unificar la denominación de PS02 y de sus subprocesos en toda la documentación pública y del sistema, asegurando coherencia entre Manual de Calidad, cabeceras de procedimientos, anexos operativos y documentación de evidencias, de modo que se evite ambigüedad y se refuerce la consistencia del enfoque basado en procesos.

Se recomienda reforzar la sistemática de medición y análisis del desempeño del PTGAS en relación con el SIGC, incorporando indicadores específicos y verificables que permitan evaluar su participación e implicación, integrando dicha información en los informes de seguimiento y en los órganos de análisis y toma de decisiones del sistema.

Se recomienda incorporar en el Informe de Calidad del Centro una síntesis explícita y agregada del análisis de la satisfacción del estudiantado con los recursos y medios materiales, conectando los resultados disponibles en las encuestas por titulación con conclusiones de centro y, en su caso, con propuestas de mejora y seguimiento.

Se recomienda reforzar la dotación de personal administrativo, con el fin de mejorar la gestión y del seguimiento de los títulos que actualmente se ven condicionados por limitaciones estructurales de carácter institucional, con impacto en la carga de trabajo y en la organización de determinados servicios.

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.

La obtención, tratamiento y uso de la información se sustenta principalmente en los procedimientos:

- "PC06. Mecanismos de análisis, tratamiento y uso de los resultados de la formación "
- "PS03. Gestión de quejas, sugerencias y valoraciones."
- "PS01. Gestión del PDI (apartado 5.6. Evaluación del personal académico)."
- "PC09. Gestión de la I+D+i y transferencia del conocimiento."
- "PC08. Empleabilidad y emprendimiento."

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.

El procedimiento "PC06. Mecanismos de análisis, tratamiento y uso de los resultados de la formación" describe cómo la Facultad de Geografía e Historia mide y analiza los resultados de formación, inserción laboral y satisfacción de los distintos grupos de interés, establece su difusión y orienta la toma de decisiones para la mejora de la calidad de las enseñanzas. En este marco, la Facultad recoge información de resultados académicos por titulación, incluyendo indicadores como tasas de rendimiento, eficiencia y abandono, que se integran en los informes anuales y memorias de seguimiento, y se sintetizan parcialmente en el Informe de Calidad del centro, en coherencia con la evidencia de que la documentación justificativa se mantiene actualizada en cada Memoria de Seguimiento Anual de los títulos oficiales y se apoya en los sistemas y bases de datos institucionales.

La medición de satisfacción e inserción laboral se articula mediante una sistemática centralizada de la Universidad, dado que el Vicerrectorado de Calidad realiza encuestas de satisfacción a grupos de interés y encuestas de inserción laboral a las personas egresadas, y distribuye los informes a los centros. La Comisión de Calidad del Centro coordina el análisis en la Facultad, con apoyo de Comisiones de Calidad por Titulación responsables de analizar indicadores, elaborar acciones de mejora y redactar memorias de seguimiento. Revisadas las evidencias, se constata la existencia de informes de inserción laboral en grado y máster, disponibles en la web y analizados en las memorias, si bien en los programas de doctorado no se han encontrado evidencias de informes de inserción laboral, aun cuando los resultados disponibles se abordan en el Informe de Calidad del centro. En relación con este ámbito, los informes revisados, incluido el Informe de Calidad del curso 2023/2024, reconocen la dificultad estructural del seguimiento de las personas egresadas, asociada a una baja respuesta y a la desvinculación de parte del colectivo, con mayor impacto en grado, y se proponen medidas para incrementar la disponibilidad de datos, como el uso de fuentes del Observatorio de Empleabilidad, la creación de espacios específicos de egresados y el refuerzo de la comunicación para elevar la participación. En auditoría interna

se recoge la observación OBS4, indicando que, aunque se ha avanzado en el diseño del seguimiento de las personas egresadas, éste aún no se encuentra implantado ni sistematizado de forma general en todos los títulos, proponiéndose acciones de implantación, análisis comparativo, difusión en órganos de calidad y uso para retroalimentar la mejora, constatándose que este aspecto se analiza en memorias de grado y máster 2024/2025 y en la memoria de la Facultad, disponibles en el apartado de Calidad de la web.

La recopilación de resultados de evaluación del profesorado se articula mediante el procedimiento "PS01. Gestión del PDI", a través de DOCENTIA UCM, que contempla autoinformes del profesorado, informes de responsables académicos y opinión del estudiantado, y la custodia de los registros e informes agregados como evidencias del sistema.

En relación con quejas, sugerencias y reclamaciones, el procedimiento "PS03. Gestión de quejas, sugerencias y reclamaciones" define el tratamiento desde su recepción por distintos canales, su registro, tramitación, respuesta, análisis y, en su caso, su traducción en mejoras. Se disponen indicadores como el número anual de quejas, sugerencias y reclamaciones y evidencias de las gestiones realizadas. En la web consta el Procedimiento para la tramitación de sugerencias, quejas y reclamaciones relativas a la docencia en titulaciones de grado y máster, modificado por Comisión de Calidad de Estudios de 24 de septiembre de 2021 y Junta de Facultad de 4 de noviembre de 2021, y tanto en informes de titulación como en el Informe de Calidad del centro se incorpora un apartado específico para estas aportaciones.

En doctorado, el procedimiento "PC09. Gestión de la I+D+i y transferencia del conocimiento" contempla la recopilación de resultados de investigación, incluyendo los derivados de tesis doctorales, y se identifica el indicador institucional IDUCM-32: Contribuciones científicas resultantes de la tesis para recoger producción científica vinculada a las tesis. Durante la visita se aportaron ejemplos de transferencia del conocimiento derivados de tesis, como colaboraciones con instituciones externas, aplicación de resultados en contextos profesionales, actividades de divulgación y aportaciones al entorno social y cultural, si bien estos elementos no aparecen sistematizados como registro y análisis en la documentación del sistema.

A pesar de la existencia de estos procedimientos y evidencias existe margen para avanzar en la implantación y en la definición operativa de algunos elementos. Por un lado, la revisión del procedimiento PC06 evidencia limitaciones en su definición documental a nivel de centro, al no explicitar de manera suficiente la operativa de despliegue, la identificación de grupos de interés específicos, la periodicidad o cronograma de mediciones y las actividades concretas de gestión interna, más allá de la referencia a la centralización institucional y el análisis en comisiones. Por otro lado, en auditoría interna se detectó un incumplimiento asociado a la gestión de sugerencias y quejas (NM4), dado que, aun existiendo un buzón, no se había implantado ni difundido un procedimiento formal para la gestión, seguimiento y análisis de sugerencias y quejas, sin evidenciarse mecanismos que aseguren su trazabilidad ni su integración en la mejora del SIGC, y constatándose un conocimiento limitado del procedimiento por los grupos de interés, con impacto en la transparencia y en el retorno de información. La acción definida recoge que la Facultad dispone ya de un Buzón de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones, pero se plantea continuar mejorando su gestión y seguimiento, trabajando en su implementación y difusión, y estableciendo mecanismos que aseguren la trazabilidad y el retorno de información a los grupos de interés, indicándose que, según el plan de mejora derivado de la auditoría, la fecha de resolución de esta NM4 finaliza en diciembre de 2027.

La Universidad establece en el Plan de acciones de mejora la definición de indicadores de seguimiento (número de quejas, tiempo medio de respuesta, porcentaje de resolución, reincidencias); la integración los resultados del análisis en el sistema de mejora continua del SIGC, presentándolos en informes periódicos y revisiones por el Equipo Decanal; y la difusión del procedimiento a todos los grupos de interés (estudiantado, personal, otros colectivos), mediante canales internos (correo, tablón digital, web del centro); y la generación de evidencias

documentales (procedimiento aprobado, registros de quejas y sugerencias, informes de análisis, actas de difusión); y el análisis anual de la eficacia del procedimiento, recogiendo retroalimentación de los grupos de interés sobre la claridad y utilidad del mecanismo.

La Universidad declara que estas acciones están en su Plan de Mejora y que se están ejecutando..

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.

Se constata que la información recopilada se encuentra disponible y es utilizada en los diferentes niveles y órganos de decisión, con distintos grados de agregación, lo que facilita la toma de decisiones. El seguimiento y análisis se realizan en la Comisión de Calidad de Centro y en las Comisiones de Calidad de Titulación de grado, máster y doctorado, quedando reflejados en actas y documentación asociada, que permiten identificar los asuntos tratados y las propuestas de mejora formuladas.

El procedimiento PC06 establece que los indicadores institucionales de rendimiento académico, permanencia, abandono, eficiencia, satisfacción e inserción laboral son puestos a disposición de coordinaciones, comisiones de calidad y equipo directivo para su análisis en el seguimiento de titulaciones, y su trazabilidad se materializa principalmente a través de las memorias anuales de seguimiento. Esta disponibilidad se ve reforzada por la información cualitativa que aporta PS03 y por evidencias de coordinación docente que, aun cuando se encuadren formalmente en otros procedimientos, resultan funcionalmente relevantes para evidenciar la trazabilidad de la información entre los distintos niveles de gestión y su incorporación a los planes de mejora.

No obstante, el análisis a nivel de centro es susceptible de mejora, al apreciarse un desarrollo limitado en la revisión sistemática de determinados elementos globales del sistema, tales como el análisis de resultados de auditorías, la revisión formal del SIGC o el seguimiento explícito de resultados de objetivos de calidad, así como por la necesidad de reforzar la adecuación formal de ciertas evidencias presentadas como "revisión por la dirección" y la integración explícita de determinadas actas de seguimiento docente en el marco procedimental correspondiente.

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 analizar la idoneidad de determinadas evidencias, tales como las "actas de revisión por la dirección" o las "actas de la Comisión de Seguimiento Docente", valorando su adecuación a lo establecido en el procedimiento correspondiente y, en caso de incorporarlas formalmente al proceso, reforzar su alineación con el mismo para asegurar su utilidad y trazabilidad dentro del SIGC.

Se recomienda visibilizar de forma más sistemática la relación entre la información analizada y las decisiones adoptadas, evidenciando el traslado de las áreas de mejora identificadas a nivel de centro a los planes de mejora y a los acuerdos de los órganos competentes.

Se recomienda completar la ficha del proceso PC06 para que refleje fielmente la sistemática de encuestas.

Se recomienda revisar y unificar la denominación de los procedimientos del Sistema Interno de Garantía de Calidad en toda la documentación del centro, garantizando la coherencia entre el Manual de Calidad, las cabeceras de los procedimientos y los documentos operativos asociados. En particular, se recomienda subsanar la discrepancia detectada en el procedimiento PC06, "Mecanismos de análisis, tratamiento y uso de los resultados de la formación", dado que la descripción ampliada que figura entre paréntesis en la página 27 del Manual de Calidad, referida a inserción laboral de las personas egresadas, satisfacción con la formación recibida, datos académicos y satisfacción de los grupos de interés, no se corresponde con la denominación utilizada en las cabeceras del procedimiento ni en la documentación asociada, pudiendo generar confusión sobre el alcance efectivo del proceso y dificultando la trazabilidad y la verificabilidad externa del sistema.

Se recomienda que, en el procedimiento PC06, cuando se incorporen como anexos cuestionarios de satisfacción u otros instrumentos extensos, se valore su referencia mediante enlaces a URL web corporativas o repositorios institucionales, con el fin de facilitar la consulta, asegurar el control de versiones y evitar una extensión innecesaria del documento, manteniendo al mismo tiempo la accesibilidad y la evidencia trazable de los instrumentos utilizados.

Se recomienda avanzar en la implantación y la difusión efectiva, con evidencias trazables, del procedimiento formal para la gestión, seguimiento y análisis de sugerencias, quejas y reclamaciones, asegurando su integración sistemática en la mejora del SIGC y el retorno de información a los grupos de interés.

Necesidades de Mejora

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

No cumplimientos

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

--

Criterio 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 criterio se articula principalmente a través de:

- “PC07. Gestión y difusión de la información sobre titulaciones y programas”, cuyo objeto es describir cómo la Facultad recoge, actualiza y difunde la información relativa a los títulos que imparte, con fines de conocimiento de la comunidad universitaria y de rendición de cuentas a los grupos de interés.
- “PC08. Empleabilidad y emprendimiento”, en la medida en que contribuye a la transparencia y difusión de información sobre empleabilidad y relación con el entorno profesional.

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.

El centro dispone del procedimiento PC07, que regula los mecanismos de recogida, actualización y difusión de la información sobre titulaciones y programas. En este marco, se identifican responsabilidades asociadas a la propuesta y validación de contenidos por las Comisiones de Calidad, a la decisión de publicación en la web institucional por parte del Decanato o la persona en quien delegue, y a tareas operativas vinculadas a la difusión y comprobación de la actualización por parte de órganos de coordinación. En este punto, se aprecia la conveniencia de revisar la coherencia interna del propio procedimiento, dado que algunas funciones aparecen recogidas en el desarrollo y flujograma del PC07 sin figurar explícitamente en el apartado formal de responsabilidades.

La página web del centro constituye el canal esencial para la difusión de información pública. Se constata la publicación de documentación institucional y del SIGC, incluyendo Manual de Calidad, Plan Estratégico y procesos del sistema. No obstante, se observa que los procesos/procedimientos referidos en el díptico informativo del SIGC no coinciden plenamente con los reflejados en el Mapa de procesos del Manual de Calidad publicado, lo que sugiere una oportunidad para reforzar la consistencia documental.

Como evidencias del despliegue del procedimiento, además de la web institucional, se identifican materiales y canales de comunicación y difusión (p. ej., dípticos informativos en español e inglés) y el uso de canales externos, incluyendo participación en ferias y presencia en redes sociales, destacando una actualización regular y una imagen corporativa consolidada en Instagram, junto con otros canales (YouTube, X, Facebook y TikTok). En el Plan de Mejora 2024/2025 (derivado de auditoría externa) se menciona la elaboración de planes de comunicación de los cursos 2023/2024 y 2024/2025, si bien no se localiza su trazabilidad como evidencia asociada a procedimientos del SIGC ni su referencia explícita en las evidencias presentadas.

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.

El centro contempla a los grupos de interés en sus actuaciones de información pública y transparencia principalmente a través de PC07 y, de forma complementaria, PC08. El PC07 establece la difusión de información hacia colectivos diferenciados mediante canales accesibles como web, tabloneros y comunicaciones electrónicas, e incluye contenidos relevantes para estudiantado potencial y matriculado, profesorado, PTGAS, personas egresadas, colectivo empleador y sociedad, incorporando también la posibilidad de retroalimentación a través de Comisiones de Calidad y del canal de sugerencias y quejas.

Por su parte, el PC08 desarrolla actuaciones específicas vinculadas a la empleabilidad, prácticas externas, orientación profesional y contacto con el colectivo empleador, incluyendo el uso de instrumentos asociados a prácticas (p. ej., registros y valoraciones de tutoras/es de empresa) y la participación de entidades empleadoras en jornadas y foros. Se constata, no obstante, que la evidencia pública disponible permite localizar de forma más clara las encuestas dirigidas a personas egresadas que otros datos de inserción laboral, y que determinados instrumentos identificados como "encuestas" se corresponden en la práctica con informes o memorias, lo que sugiere la conveniencia de clarificar la naturaleza de los instrumentos de recogida de información.

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:
 - Organización.
 - Política.
 - Estrategia.
 - Sistema Interno de Garantía de Calidad implementado.
- Información sobre los programas ofertados:
 - Denominación de los títulos.
 - Universidades y centros implicados, en caso de títulos conjuntos.
 - Perfil de ingreso
 - Criterios y vías de acceso.
 - Criterios de reconocimiento de créditos.
 - Estructura del plan de estudios.
 - Número de plazas ofertadas.
 - Modalidad de impartición.
 - Oferta de movilidad.
 - Oferta de prácticas externas, entidades colaboradoras vinculadas al título.
 - Guías docentes de las asignaturas.
 - Requisitos de idiomas.
 - Cuando corresponda información sobre acceso o vinculación con profesiones reguladas.
 - 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:
 - Información sobre resultados académicos.
 - Resultados de inserción laboral.
 - Satisfacción de los grupos de interés.
 - 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 constata que la Facultad publica de forma sistemática la información relevante a través de su página web institucional, estructurada en apartados que facilitan un acceso ordenado a información dirigida a diferentes colectivos. La web incluye información sobre la organización del centro, así como documentación relacionada con la política de calidad y el Plan Estratégico, además de contenidos institucionales diversos (datos agregados, publicaciones, actividades, recursos y accesibilidad).

En relación con los programas formativos, se ofrece información relativa a titulaciones de Grado, Máster y Doctorado, incluyendo estructura académica, requisitos, guías docentes, calendarios y, cuando corresponde, aspectos de movilidad, prácticas y servicios de apoyo. En el apartado de Calidad se facilita acceso a documentación del SIGC, memorias, informes y resultados asociados a titulaciones, así como al buzón de quejas, reclamaciones y sugerencias.

Durante la evaluación se verificó que, con carácter general, la web de la Facultad y de sus titulaciones contiene información completa y actualizada.

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.

La rendición de cuentas se encuentra desarrollada en los apartados 6, "Grupos de interés: participación y rendición de cuentas", de los distintos procedimientos, así como, de forma específica, en el apartado 6.3, "Rendición de cuentas", del Manual de Calidad. La evidencia de su aplicación se encuentra en la página web de la Facultad (apartado "Calidad"), donde se publica información como: los resultados de los títulos, los niveles de satisfacción, los planes de mejora y los informes de evaluación externa.

Para esta directriz, el centro presenta como evidencias actas de las Comisiones de Calidad del centro y de las subcomisiones de calidad de Grado, Máster y Doctorado, así como actas de reuniones con participación de grupos de interés y registros de comunicaciones.

Las actas analizadas evidencian la participación efectiva de representantes de los distintos colectivos, incluyendo PDI, PTGAS, estudiantado, coordinadoras/es de titulaciones y agente externo, en coherencia con lo establecido en el reglamento de funcionamiento de las comisiones y con la información publicada en la página web del centro sobre la Comisión de Calidad de Estudios. Estas actas recogen el análisis de resultados académicos, de satisfacción, incidencias detectadas y propuestas de mejora, lo que constituye un mecanismo relevante de rendición de cuentas y retroalimentación interna.

Asimismo, se aportan actas de la Junta de Facultad, órgano en el que consta la asistencia y participación de diferentes grupos de interés, tales como PTGAS, estudiantado, PDI, coordinadoras/es de Grado y Máster y directoras/es de departamento. La Junta de Facultad actúa como un espacio clave de información, debate y adopción de acuerdos, permitiendo la difusión de información relevante sobre el funcionamiento del centro, los resultados alcanzados y las principales líneas de actuación en materia académica y de calidad.

Estos mecanismos colegiados permiten garantizar una rendición de cuentas bidireccional, en la medida en que no solo se informa a los distintos colectivos, sino que también se recogen sus aportaciones, observaciones y propuestas, que se integran en los procesos de análisis y mejora del sistema.

No obstante, tal y como se puso de manifiesto en el análisis de las directrices del Criterio 1, la política y los objetivos de calidad del centro presentan margen de mejora en cuanto a su definición operativa, visibilidad y despliegue efectivo. Esta circunstancia condiciona el alcance de la rendición de cuentas en este ámbito, ya que, si bien el centro informa de resultados académicos, de satisfacción y de seguimiento de las titulaciones, la rendición de cuentas específica sobre el grado de cumplimiento de una política y unos objetivos de calidad claramente formulados resulta limitada. En consecuencia, la información que se traslada a los grupos de interés se centra principalmente en los resultados del funcionamiento de las titulaciones y en las acciones de mejora derivadas de procesos de evaluación y auditoría, más que en el seguimiento sistemático de objetivos de calidad previamente definidos.

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

B

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

B

Oportunidades de Mejora

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

Se recomienda incorporar y referenciar explícitamente los planes de comunicación 2023/2024 y 2024/2025 como evidencias documentadas en el procedimiento correspondiente del SIGC, garantizando su correcta identificación, ubicación y trazabilidad.

Se recomienda revisar de forma sistemática la coherencia entre el desarrollo y flujogramas de los procedimientos y el apartado formal de "Responsabilidades", de modo que refleje fielmente las funciones atribuidas a los distintos órganos (por ejemplo, en PC07).

Se recomienda actualizar la terminología del procedimiento, sustituyendo la referencia a "competencias" por la denominación vigente de Resultados de Formación y Aprendizaje, en coherencia con lo establecido en el Real Decreto 822/2021 y con la terminología actualmente vigente en la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.

Se recomienda mejorar la visibilidad pública de los resultados de inserción laboral, asegurando que la información aportada como evidencia interna sea accesible de forma clara y localizable en los espacios web del centro y de las titulaciones.

Se recomienda clarificar y reforzar los instrumentos de recogida de información dirigidos al colectivo empleador, diferenciando entre informes de prácticas y encuestas de satisfacción estructuradas, para garantizar una recogida sistemática y comparable.

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.

El Sistema Interno de Garantía de Calidad contempla, para este criterio, el procedimiento "PC09. Gestión de la I+D+i y transferencia del conocimiento", orientado a promocionar, gestionar y realizar el seguimiento y la justificación de las actividades de investigación, desarrollo e innovación, así como de la transferencia del conocimiento del centro, atendiendo al perfil académico de sus áreas, titulaciones y programas de doctorado, y favoreciendo que los resultados de investigación puedan ser aprovechados por la sociedad.

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.

El centro mantiene identificados sus grupos de investigación, con especial referencia a aquellos vinculados a la actividad doctoral, y dispone de información pública y actualizada sobre su composición y líneas de trabajo a través de los espacios web institucionales de grupos de investigación, así como de las páginas web de los programas de doctorado impartidos. Las líneas de investigación se encuentran definidas en la información disponible de los programas y se complementan con la información publicada por los propios grupos, lo que contribuye a la transparencia y a la orientación de la actividad investigadora en coherencia con las áreas científicas del centro.

De acuerdo con el PC09, el Vicedecanato de Investigación y Doctorado elabora informes periódicos sobre la creación, evaluación y actualización de los grupos de investigación, incorporando los resultados de las evaluaciones realizadas por la Agencia Estatal de Investigación y por la propia Universidad. Esta información se mantiene actualizada y accesible a través de la web institucional de Grupos de Investigación de la Facultad, garantizando la transparencia y la identificación pública de los equipos y sus líneas de trabajo.

Asimismo, el procedimiento contempla la revisión de las principales líneas de investigación de los grupos, analizando su alineación con las áreas científicas de Artes y Humanidades y Ciencias Sociales y Jurídicas, así como su coherencia con el perfil académico de las titulaciones y los programas de doctorado. Las líneas de trabajo y su actualización se reflejan igualmente en las páginas web de los propios grupos como mecanismo de rendición de cuentas.

No obstante, las evidencias aportadas se centran fundamentalmente en listados y evaluaciones cuantitativas de los grupos, sin que se incluyan actas u otros registros colegiados que permitan verificar de forma explícita cómo se analizan, revisan y validan periódicamente las líneas de investigación en el marco del SIGC, tal y como se describe en el apartado 5.3 del PC09.

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

B

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.

La Facultad realiza un análisis periódico de la financiación de sus actividades de investigación, conforme a lo establecido en el apartado 5.3 del PC09. Este análisis incluye la identificación de programas y proyectos de financiación externa, tanto nacionales como internacionales, alineados con las líneas de investigación del centro.

El procedimiento recoge como evidencias la Memoria de Investigación, el Listado de programas de financiación externa, así como el apoyo de los servicios especializados de la UCM, entre ellos el Servicio de Investigación, la OTRI y la Oficina Europea, especialmente en relación con programas competitivos como Horizonte Europa. Asimismo, los resultados de investigación y la participación en proyectos quedan reflejados en el Portal de Producción Científica de la UCM, accesible por grupos de investigación.

Estas evidencias permiten constatar una gestión planificada y sistemática de la financiación de la investigación, alineada con las prioridades científicas del centro.

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

B

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.

La Facultad realiza un análisis periódico de la financiación de sus actividades de investigación, conforme a lo establecido en el apartado 5.3 del PC09. Este análisis incluye la identificación de programas y proyectos de financiación externa, tanto nacionales como internacionales, alineados con las líneas de investigación del centro.

El procedimiento recoge como evidencias la Memoria de Investigación, el Listado de programas de financiación externa, así como el apoyo de los servicios especializados de la UCM, entre ellos el Servicio de Investigación, la OTRI y la Oficina Europea, especialmente en relación con programas competitivos como Horizonte Europa. Asimismo, los resultados de investigación y la participación en proyectos quedan reflejados en el Portal de Producción Científica de la UCM, accesible por grupos de investigación.

Estas evidencias permiten constatar una gestión planificada y sistemática de la financiación de la investigación, alineada con las prioridades científicas del centro.

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

B

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.

El PC09 establece que los grupos de investigación que participan en la dirección y tutela de tesis doctorales son evaluados periódicamente, lo que permite garantizar que su actividad y producción científica se mantiene alineada con las líneas de investigación de los programas de doctorado de la Facultad. La Evaluación de los Grupos de Investigación, recogida como evidencia institucional y actualizada de manera permanente, constituye un mecanismo esencial para verificar esta coherencia, dado que analiza las líneas activas, la producción asociada y su relación con las áreas científicas propias de la Facultad. Asimismo, la actualización continua de la información en las páginas web de los grupos contribuye a asegurar la transparencia sobre dicha alineación.

De igual modo, la transferencia de conocimiento que se deriva de las actividades de I+D+i desarrolladas por el centro se articula mediante instrumentos que también permiten verificar esta coherencia con las líneas de los programas de doctorado. En particular, los Registros de patentes, contratos con empresas u organizaciones externas, recogidos como evidencia del PC09, muestran que la producción transferible de los grupos se inserta dentro de sus propias líneas de investigación y, con ello, dentro de las líneas definidas por los programas de doctorado. Estos registros permiten identificar de forma trazable cómo los resultados generados por los grupos vinculados a los programas se trasladan a agentes externos a través de patentes, contratos u otras actividades de transferencia, consolidando la alineación entre investigación, innovación y formación doctoral.

No obstante, con las evidencias disponibles no queda suficientemente documentada la vinculación directa entre líneas concretas de investigación de los programas de doctorado y resultados específicos de investigación y transferencia, por lo que convendría reforzar la trazabilidad de dicha relación.

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

B

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.

La Universidad Complutense de Madrid dispone del repositorio institucional en acceso abierto "Docta Complutense", en el que se depositan los resultados científicos del personal docente e investigador, favoreciendo su preservación, accesibilidad y visibilidad pública.

De forma complementaria, la Facultad cuenta con un conjunto amplio de revistas científicas propias, en formato impreso y electrónico, vinculadas a sus departamentos, grupos de investigación e institutos, que contribuyen a la difusión y transferencia del conocimiento generado.

Asimismo, en las páginas web de los programas de doctorado se facilita el acceso estructurado a información sobre la actividad investigadora asociada. A modo de ejemplo, el Doctorado en Historia del Arte incorpora un apartado específico en el que se recopilan y presentan datos relativos a proyectos, grupos y otras iniciativas, tesis doctorales y producción científica vinculada al programa.

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 reforzar las evidencias asociadas a la revisión periódica de las líneas de investigación de los programas de doctorado, incorporando actas u otros registros que documenten los procesos de análisis, validación y propuestas de mejora vinculadas a los grupos de investigación.

Se recomienda incorporar una sistemática de trazabilidad que relacione, de forma explícita y verificable, las líneas de investigación de cada programa de doctorado con resultados concretos, tales como publicaciones, contribuciones derivadas de tesis, proyectos competitivos, contratos, convenios o registros de transferencia, integrándola en las memorias de seguimiento o en registros equivalentes del procedimiento PC09.

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 Sistema Interno de Garantía de Calidad se apoya, entre otros, en los siguientes procedimientos para estructurar la recogida de información, su análisis y el ciclo de mejora:

- “PE01. Elaboración, revisión y actualización de la política y objetivos de calidad.”
- “PC01. Gestión del ciclo de vida de los títulos oficiales.”
- “PS03. Gestión de quejas, sugerencias y valoraciones.”
- “PS04. Sistema de gestión documental del SIGC (Sistema Interno de Garantía de Calidad).”
- “PE03. Sistema de información para el análisis, evaluación y mejora continua.”

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 constata un despliegue sistemático del análisis y la mejora a nivel de titulación. El seguimiento de los títulos se realiza con periodicidad anual, mediante la elaboración de las memorias anuales de seguimiento de Grado, Máster y Doctorado, coordinadas por las personas responsables de cada programa junto con las comisiones académicas y de calidad correspondientes, y aprobadas conforme a los cauces del centro. Las actas de los órganos colegiados aportadas evidencian la aprobación de dichas memorias y la consideración de su contenido en los espacios de calidad del centro. Asimismo, el procedimiento "PC01. Gestión del ciclo de vida de los títulos oficiales" proporciona el marco para estructurar la planificación, seguimiento, modificación y, en su caso, extinción de los títulos, garantizando que el análisis anual se traduzca en propuestas de mejora y en el mantenimiento de la calidad de la oferta formativa.

El análisis de la documentación disponible permite verificar que las titulaciones disponen de informes y memorias de seguimiento del periodo evaluado y que, en las comisiones de calidad de las titulaciones, se analizan resultados académicos, resultados de encuestas de satisfacción, incidencias y, cuando procede, la información derivada de quejas y sugerencias, identificándose líneas de actuación y acciones de mejora. En el caso de los programas de doctorado, se observa la existencia de informes y memorias de seguimiento que recogen elementos relevantes del funcionamiento del programa, y se identifica la disponibilidad de información institucional vinculada a resultados de investigación y producción científica, si bien su incorporación en un análisis integrado de centro puede reforzarse.

A nivel de centro, se aporta un informe de calidad que analiza algunos aspectos del funcionamiento de las titulaciones e identifica fortalezas y propuestas de mejora. En la auditoría interna del sistema se identificó la NM3, que reseñaba que no se había evidenciado un informe institucional de centro que integre y analice, de forma global, los resultados del SIGC. En consecuencia, el análisis disponible se realiza principalmente por titulaciones, sin una lectura transversal que permita extraer conclusiones de conjunto y apoyar decisiones estratégicas a nivel de centro.

El centro dispone de Informes de Calidad del Centro que analizan aspectos transversales, tales como datos agregados de titulaciones, movilidad, egresados o prácticas externa. No obstante el Plan de Mejora 2024/2025 aportado se orienta a las observaciones derivadas de la auditoría interna y no se identifica un instrumento unificado que integre de manera sistemática las acciones de mejora procedentes del seguimiento de titulaciones, de la gestión del centro y de las auditorías, con trazabilidad desde el origen hasta el cierre y valoración de eficacia.

Si bien según el plan de mejora derivado de la auditoría interna, su cierre completo del plan de mejora se sitúa en diciembre de 2027, el centro ha avanzado en la implementación de acciones de mejora. Con el objetivo de reforzar la explicitación y trazabilidad de esta revisión global, la Facultad ha integrado en el Plan de Mejora implantado desde junio de 2025 la formalización de una sistemática de revisión completa del SIGC.

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.

El centro dispone de un marco institucional para el análisis y mejora del personal docente, apoyado en el procedimiento PS01 (Gestión del PDI) y en el programa DOCENTIA UCM, con ciclos trienales de evaluación y participación del profesorado en el Plan Anual de Encuestas. En las memorias e informes de seguimiento de titulaciones se evidencia el uso de resultados de evaluación docente, estructura del profesorado y satisfacción del estudiantado con la docencia, incorporándose, cuando procede, propuestas de mejora vinculadas a la actividad docente.

A nivel de centro, aunque la información está disponible y llega a los órganos de calidad, conviene reforzar la evidencia documental de un análisis sistemático y periódico de estos resultados con enfoque global, así como su traducción explícita en decisiones y acciones de mejora dirigidas al PDI, con responsables, plazos 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.

El SIGC contempla la mejora de recursos materiales, servicios y personal de apoyo mediante el procedimiento "PS02. Gestión de los recursos y servicios para el aprendizaje", complementado por el procedimiento "PE03.Sistema de información para el análisis, evaluación y mejora continua", junto con los canales de quejas, sugerencias y reclamaciones del PS03, el control documental del PS04 y la identificación de oportunidades de mejora a través de auditorías internas conforme al PS05.

La información de satisfacción y las incidencias recogidas se analizan en el marco del seguimiento de titulaciones y se traducen en planes de mejora asociados, observándose medidas orientadas a la actualización de materiales, recursos y servicios vinculados a la docencia. Aun

existiendo evidencias a nivel de titulaciones, resulta pertinente reforzar la sistemática y la evidencia de análisis global a nivel de centro, incluyendo de forma más explícita el desempeño y la formación del PTGAS en la lógica de mejora continua.

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

B

Directriz 9.4

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

El centro dispone de información suficiente para revisar y mejorar los sistemas de obtención de resultados y de información pública, apoyándose en el procedimiento PE03, el procedimiento "PC06.Mecanismos de análisis, tratamiento y uso de los resultados de la formación" y el procedimiento "PC07.Gestión y difusión de la información sobre titulaciones y programas". La información sobre resultados académicos, satisfacción, inserción laboral, así como quejas, sugerencias y reclamaciones, se analiza en el seguimiento de titulaciones y se refleja en planes de mejora y acciones de seguimiento, incluyendo actuaciones orientadas a reforzar la calidad y utilidad de la información pública, especialmente a través de la web del centro y de las titulaciones.

En conjunto, se constata el uso de la información disponible para impulsar mejoras en los sistemas de resultados y de transparencia. No obstante, es recomendable hacer más explícita la trazabilidad entre el análisis realizado y las mejoras introducidas, así como documentar de forma más sistemática la revisión periódica de la información publicada y su actualización.

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.

El SIGC del centro dispone del procedimiento "PS05. Desarrollo de auditorías internas del SIGC" que regula la planificación, realización y seguimiento de auditorías internas, con el objetivo de evaluar de manera sistemática la eficacia del sistema e identificar oportunidades de mejora. Las auditorías internas tienen carácter periódico y se conciben como un instrumento clave para verificar el grado de implantación y funcionamiento del SIGC.

Las evidencias disponibles muestran que el centro ha realizado una única auditoría interna recientemente (junio de 2025) cuyos resultados permitieron identificar diversas necesidades de mejora relacionadas con la revisión de la política de calidad, el despliegue del plan de

comunicación del SIGC, la elaboración de un informe institucional integrado del sistema, la gestión de quejas y sugerencias y la trazabilidad del cierre de acciones de mejora derivadas de procesos de evaluación externa.

Como respuesta a esta auditoría, la Facultad ha elaborado un Plan de Acciones de Mejora (PAM) que recoge, en el caso de las necesidades de mejora detectadas, las acciones correctivas a desarrollar, identifica responsables, plazos de ejecución y evidencias asociadas.

El Plan de Acciones de Mejora (PAM) evidencia el compromiso del centro con la mejora del SIGC y constituye una herramienta adecuada para dar respuesta a las necesidades de mejora identificadas en los procesos de evaluación, si bien presenta margen de fortalecimiento en lo relativo al seguimiento sistemático y a la evaluación objetiva de su grado de avance. En particular, se hay margen para reforzar la incorporación de indicadores específicos de seguimiento, que permitan medir de forma objetiva el nivel de ejecución y la eficacia real de las acciones implantadas. La definición de indicadores claros, medibles y verificables facilitaría una gestión más basada en evidencias, permitiría identificar desviaciones de manera temprana y contribuiría a consolidar un enfoque de mejora continua alineado con los principios del Sistema Interno de Garantía de Calidad.

Asimismo, aunque el índice de contenidos del PAM se estructura en torno a las Necesidades de Mejora derivadas de la auditoría, el documento incorpora, de manera complementaria, Observaciones y Oportunidades de Mejora, para las que se proponen acciones concretas orientadas a su atención. No obstante, estas acciones no se encuentran integradas en la misma lógica de planificación y seguimiento que las necesidades de mejora, al no incorporar de forma sistemática plazos de ejecución, responsables asignados ni indicadores de seguimiento. Esta diferencia de tratamiento dificulta la trazabilidad global del PAM y limita la posibilidad de realizar un seguimiento homogéneo y estructurado del conjunto de acciones de mejora, independientemente de su origen.

El centro ha avanzado en la formalización de la Comisión de Seguimiento de la Calidad Institucional, concebida como órgano técnico de apoyo a la Junta de Facultad para la supervisión de la implantación y seguimiento del SIGC en el marco del programa SISCAL. La consolidación de este órgano refuerza la gobernanza del sistema y la supervisión de las acciones de mejora a nivel institucional.

No obstante, dado que una parte relevante de las acciones del PAM se encuentra en fase de implantación no se dispone aún de evidencias que permitan verificar su eficacia. La periodicidad de revisión global del SIGC no se encuentra definida de forma explícita en la documentación, ni se aportan indicadores específicos que permitan evaluar de manera sistemática el funcionamiento global del sistema más allá de los resultados de auditoría.

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

B

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

B

Oportunidades de Mejora

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

Se recomienda incorporar de forma explícita en el procedimiento PE03 indicadores específicos de investigación para los programas de doctorado, complementando los actuales indicadores de satisfacción y reforzando la toma de decisiones basada en evidencias en este ámbito.

Se recomienda clarificar en la documentación del SIGC la articulación funcional entre la Comisión de Calidad del Centro y la Comisión de Seguimiento de la Calidad Institucional, asegurando una delimitación clara de responsabilidades en el análisis y seguimiento de las acciones de mejora.

Se recomienda consolidar, a nivel de centro, un espacio sistemático de análisis de resultados relativos al PDI (DOCENTIA, satisfacción del estudiantado, estructura y dedicación del profesorado), dejando trazabilidad en actas, acuerdos y planes de mejora, de modo que queden claramente identificadas las acciones acordadas, su seguimiento y la valoración de eficacia.

Se recomienda reforzar el análisis a nivel de centro sobre recursos, servicios y personal de apoyo, dejando evidencia en actas y planes de mejora del traslado de conclusiones a decisiones y actuaciones transversales.

Se recomienda definir y documentar con mayor claridad los mecanismos vinculados al desempeño y la formación del PTGAS, de modo que su seguimiento y mejora quede integrado de forma trazable en el SIGC.

Se recomienda reforzar la trazabilidad entre resultados analizados y mejoras introducidas en los sistemas de información pública, haciendo más explícitos en las evidencias los acuerdos adoptados y las actuaciones implementadas.

Se recomienda sistematizar la revisión periódica de la información publicada, identificando responsables, periodicidad, criterios de actualización y evidencias documentales en el marco del SIGC.

Se recomienda integrar el uso del SIGC como práctica habitual de gestión, reforzando su presencia operativa en la planificación, el seguimiento y la toma de decisiones, para potenciar su utilidad más allá de contextos de auditoría o evaluación.

Se recomienda homogeneizar el tratamiento de todas las acciones incluidas en el Plan de Acciones de Mejora, incorporando también para observaciones y oportunidades de mejora responsables, plazos e indicadores de seguimiento, e integrándolas en un sistema único de control que refuerce la coherencia y la trazabilidad.

Se recomienda desarrollar indicadores específicos de funcionamiento del SIGC que permitan evaluar su eficacia y madurez de manera objetiva, complementando la información disponible a partir de auditorías.

Se recomienda seguir desplegando y completar, conforme al plan previsto, una sistemática que asegure que la información relevante de los programas formativos se analiza de forma periódica y se utiliza como base para acordar y priorizar acciones de mejora, especialmente las orientadas a elevar los resultados académicos y la satisfacción de los grupos de interés. En el caso de los programas de doctorado, esta sistemática debería incorporar explícitamente el análisis de los indicadores de investigación del programa y su traducción en decisiones y acciones de mejora, con evidencias trazables de seguimiento.

Se recomienda consolidar la implantación y el seguimiento del Plan de Acciones de Mejora, garantizando la trazabilidad formal y documentada del cierre de las acciones, en particular las derivadas de procesos de evaluación externa, y la verificación de su eficacia mediante evidencias contrastables, incluyendo su comprobación en auditorías internas posteriores.

Se recomienda definir y documentar de forma explícita la sistemática de revisión global del SIGC, incluyendo periodicidad, órganos responsables, elementos a analizar y evidencias resultantes, de modo que pueda acreditarse una revisión periódica y completa del funcionamiento 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".

Valoración del SIGC

Fortalezas del Sistema

Detalle de las fortalezas del sistema identificadas durante la evaluación

1. Se valora positivamente el liderazgo y la implicación efectiva del equipo directivo en el despliegue del SIGC, con soporte institucional de la Universidad, lo que refuerza la gobernanza del sistema y la orientación a la mejora.
2. El SIGC cuenta con un marco documental y procedimental definido, con asignación de responsabilidades y órganos de calidad establecidos, lo que aporta estructura y claridad para la gestión académica y la gestión de la calidad.
3. La realización de una auditoría interna del SIGC, de carácter voluntario, evidencia una orientación proactiva hacia la autoevaluación y la identificación sistemática de ámbitos de mejora del sistema.
4. La existencia del programa DOCENTIA implantado y certificado aporta un marco estructurado para la evaluación del desempeño docente y para el refuerzo de la calidad del profesorado.
5. Se valora el valor académico y profesional de la oferta formativa y del ecosistema de actividades del centro, con una programación amplia de iniciativas académicas y complementarias que enriquecen la formación (seminarios, jornadas, talleres y actividades culturales y de extensión).
6. En determinadas titulaciones se identifican elementos diferenciales que aportan valor añadido, como el enfoque interdisciplinar en másteres interuniversitarios y la participación de profesorado externo y de perfil profesionalizante, junto con una conexión reforzada con el entorno profesional mediante colaboraciones y actividades vinculadas a la empleabilidad.

Relación de Oportunidades de mejora

1. Se recomienda establecer la Política de Calidad como un documento único e independiente, accesible y referenciado (código de identificación, fecha de aprobación y número de revisión vigente), de modo que el Manual de Calidad y el procedimiento PE01 la referencien como documento oficial en lugar de incorporarla como anexo; en caso de mantenerse como anexo, se debería garantizar que se trata de una copia exacta de la versión oficial, con control de versión visible.
2. Se recomienda mejorar la visibilidad y accesibilidad de la Política de Calidad en la página web del centro, publicándola de forma directa y claramente identificable, sin necesidad de acceder a documentos extensos, y evitando su duplicación en anexos y procedimientos, con el objetivo de reforzar la claridad y coherencia del mensaje institucional de calidad.
3. Se recomienda clarificar la denominación y el alcance del Manual de Calidad, diferenciando de forma explícita entre el Sistema Interno de Garantía de Calidad del centro y el sello o modelo de certificación SISCAL madri+d, a fin de evitar confusiones conceptuales y reforzar el papel del Manual como documento marco del sistema propio del centro.
4. Se recomienda formalizar un procedimiento específico de planificación estratégica del centro, integrado en el SIGC, que permita definir de manera sistemática los objetivos estratégicos, su despliegue en acciones, responsables, indicadores de seguimiento y mecanismos de revisión periódica, facilitando la trazabilidad entre la Política de Calidad, la estrategia del centro y los procesos de mejora continua.

5. Se recomienda reforzar la trazabilidad de la participación de los distintos grupos de interés en la revisión anual de la Política y Objetivos de Calidad, asegurando mecanismos formales, sistemáticos y evidencias verificables (actas, registros de consulta y retorno) que permitan acreditar el ciclo participativo y su impacto en decisiones.
6. Se recomienda consolidar la participación de colectivos externos, especialmente personas egresadas y colectivo empleador, en la revisión de la Política de Calidad mediante un enfoque estable y planificado, evitando que su contribución quede limitada a convocatorias puntuales, y asegurando su reflejo documental en el proceso PE01 y en los registros asociados.
7. Se recomienda mejorar la identificación, denominación y trazabilidad de las evidencias asociadas a la revisión de la Política de Calidad, aplicando una nomenclatura homogénea y explícita (por ejemplo, acta de revisión de Política de Calidad, acta de aprobación de Política y Objetivos), e incorporando una breve explicación de su función dentro de PE01.
8. Se recomienda completar la evidencia de participación derivada de instrumentos de consulta, incorporando, cuando proceda, información mínima de representatividad (por ejemplo, tamaño de muestra y alcance) en encuestas dirigidas a agentes externos y valorando su ampliación a otros perfiles, incluyendo ítems específicos sobre conocimiento y valoración de la Política y Objetivos de Calidad.
9. Se recomienda asegurar la integridad y trazabilidad documental del SIGC, estableciendo un criterio único: o bien actualizar las plantillas de procesos para cumplir con la instrucción técnica vigente, o bien adaptar la instrucción técnica a las necesidades actuales, garantizando en cualquier caso coherencia de estructura, control de cambios y trazabilidad.
10. Se recomienda revisar y completar los diagramas de flujo de los procesos del SIGC, identificando explícitamente entradas, salidas e interrelaciones con otros procesos, con el fin de evidenciar la interconexión del sistema y reforzar el enfoque basado en procesos.
11. Se recomienda revisar y unificar la denominación de las comisiones y órganos del Sistema Interno de Garantía de Calidad en toda la documentación del centro, asegurando la coherencia terminológica entre el Manual de Calidad, los procedimientos del sistema, los documentos de síntesis y la información publicada en la página web. En particular, conviene armonizar las distintas denominaciones utilizadas para las comisiones vinculadas a los estudios de Grado, Máster y Doctorado, de modo que cada órgano tenga una denominación única, estable y claramente identificable, facilitando la comprensión del SIGC, la trazabilidad de responsabilidades y la verificación externa del sistema.
12. Se recomienda reforzar el procedimiento PE03 para que defina claramente la sistemática, periodicidad y responsables de los canales de comunicación y difusión del SIGC y de la Política y Objetivos de Calidad, de modo que la difusión sea planificada, continua, verificable y orientada a rendición de cuentas a los distintos grupos de interés.
13. Se recomienda alinear objetivos estratégicos y objetivos de calidad con enfoque operativo y medible. Se sugiere avanzar en el despliegue de los objetivos integrando, de manera verificable, metas, acciones, recursos, responsables, horizonte temporal e indicadores, de modo que la contribución del SIGC a la estrategia del centro resulte trazable y evaluable.
14. Se recomienda reforzar la estructura de mejora continua a nivel de centro, que permita analizar de forma integrada los resultados del SIGC y apoyar la toma de decisiones y priorización de mejoras con visión transversal, más allá del seguimiento por titulaciones, y disponer de evidencias de su aplicación.
15. Se recomienda avanzar en la implantación de los mecanismos necesarios para el seguimiento y evaluación de los objetivos de calidad, así como la utilización sistemática de los resultados para la mejora continua del sistema, evidenciando su tratamiento en actas e informes del centro.

16. Se recomienda avanzar en la implementación de indicadores de desempeño para la totalidad de los procesos del SIGC, incorporando indicadores en los procesos que carecen de ellos (incluyendo PE01, PE02, PS04 y PS01) y garantizando que la evaluación del desempeño y la toma de decisiones se basan en evidencias.
17. Se recomienda completar el despliegue del plan de comunicación del SIGC y verificar su eficacia mediante una implantación operativa que incorpore una sistemática de evaluación de alcance y efectividad por colectivos, canales y mensajes clave, garantizando que la difusión del SIGC y de sus resultados sea estructurada, comprensible y verificable, reforzando así la transparencia y el conocimiento efectivo del sistema por parte del estudiantado.
18. Se recomienda reforzar la consideración singular del estudiantado en el despliegue de la Política de Calidad, evidenciando de forma clara y sistemática el análisis, uso y retorno de sus aportaciones en la toma de decisiones y en la mejora continua, con trazabilidad en actas, informes y registros del sistema.
19. Se recomienda consolidar y sistematizar la comunicación y difusión del Sistema Interno de Garantía de Calidad mediante un despliegue planificado, continuo y trazable, integrado en la operativa del SIGC, que permita acreditar el conocimiento efectivo de la Política de Calidad, del funcionamiento del SIGC y de los principales procesos de calidad por parte de todos los grupos de interés, definiendo de forma explícita los canales, la periodicidad, las responsabilidades, los contenidos mínimos y los mecanismos de seguimiento de su eficacia.
20. Se recomienda implantar de manera efectiva y sistemática la revisión periódica de la Política de Calidad y de los objetivos de calidad, vinculándola al análisis de resultados y a los procesos de mejora continua del sistema.
21. Se recomienda reforzar la integración explícita de los estudios de doctorado en los procedimientos del SIGC del centro, incorporando de forma más visible los elementos clave de la normativa institucional aplicable, y clarificando la articulación entre procedimientos del centro y mecanismos institucionales en esta materia, a fin de facilitar la comprensión del sistema por los grupos de interés.
22. Se recomienda revisar la programación docente de asignaturas optativas para detectar y prevenir solapamientos, incorporando una sistemática de revisión periódica y validación académica que favorezca la coherencia de la oferta y reduzca impactos en la experiencia del estudiantado.
23. Se recomienda incorporar en la ficha del procedimiento PE02 un sistema de indicadores, actualmente no evidenciado, y, en general, establecer, documentar e implementar indicadores de desempeño para la totalidad de los procesos del SIGC, de modo que la medición del funcionamiento del sistema resulte homogénea y trazable.
24. Se recomienda reestructurar el PC01 desagregando sus fases principales, verificación, seguimiento, modificación y extinción, en procedimientos específicos o fichas independientes, tomando como referencia modelos de desagregación ya utilizados en otros procesos del sistema, con el fin de disponer de una descripción más detallada de actividades, responsabilidades y flujos de trabajo.
25. Se recomienda redefinir y completar el esquema de indicadores asociado al PC01 para asegurar que todas las fases cuenten con mecanismos de medición, incorporando, además de resultados académicos, indicadores que permitan valorar la eficacia y eficiencia de la gestión, por ejemplo, tiempos de tramitación, número de requerimientos o subsanaciones, y otros equivalentes.
26. Se recomienda revisar y completar los diagramas de flujo vinculados a los procesos del criterio, identificando explícitamente entradas y salidas y su conexión con otros procesos del SIGC, de modo que se evidencie la interrelación entre las distintas partes del sistema y se refuerce el enfoque basado en procesos.

27. Se recomienda reforzar el PC02-S01 incorporando, de forma explícita y verificable, la referencia al marco normativo institucional aplicable al reconocimiento y transferencia de créditos, así como la sistemática de aplicación y trazabilidad documental asociada, de modo que la coherencia normativa y procedimental quede claramente evidenciada dentro del propio SIGC.
28. Se recomienda asegurar la trazabilidad entre las acciones de mejora previstas en los informes de seguimiento, por ejemplo, las relativas al análisis de la tasa de abandono, y su despliegue efectivo en el plan de mejora del centro, incorporando responsables, evidencias de ejecución y seguimiento.
29. Se recomienda reforzar, de forma más homogénea entre titulaciones, la orientación profesional del estudiantado, complementando la orientación académica e investigadora con información y acciones específicamente orientadas a salidas profesionales no vinculadas exclusivamente a la investigación, y mejorando la visibilidad y accesibilidad de la información sobre inserción laboral y empleabilidad.
30. Se recomienda sistematizar y hacer más trazable el seguimiento de las personas egresadas y el retorno de la información obtenida, consolidando una operativa que permita incrementar la participación en encuestas, diversificar canales de contacto y evidenciar el uso de resultados en la mejora de los sistemas de orientación, con una comunicación efectiva al estudiantado y a las personas egresadas sobre las acciones derivadas.
31. Se recomienda continuar reforzando, con trazabilidad documental, el uso sistemático de la información procedente del seguimiento y de la retroalimentación del estudiantado para ajustar la carga de trabajo y, en su caso, perfeccionar las metodologías docentes, especialmente en estudios de posgrado, de modo que se consolide una mejora continua verificable y coherente con los resultados de aprendizaje previstos.
32. Se recomienda reforzar, con trazabilidad documental, la sistemática de sensibilización y difusión sobre integridad académica, incorporando, cuando proceda, acciones de comunicación específicas a nivel de centro complementarias a los marcos normativos institucionales, de modo que se consolide una comprensión homogénea por parte del estudiantado y del profesorado sobre expectativas, buenas prácticas y procedimientos de actuación ante posibles incidencias.
33. Se recomienda revisar la coherencia terminológica del proceso de prácticas externas en los distintos soportes y documentos del sistema, dado que se han identificado denominaciones no plenamente alineadas entre web, díptico informativo mapa de procesos, Manual de Calidad y ficha de proceso, con el fin de reforzar la trazabilidad del SIGC y facilitar la verificación externa.
34. Se recomienda perfeccionar la sistemática de medición y análisis de la satisfacción vinculada a TFG y TFM, asegurando la disponibilidad de evidencias específicas y su incorporación consistente en las memorias de seguimiento y en los análisis de resultados, de modo que las decisiones de mejora queden trazadas y verificables.
35. Se recomienda homogeneizar el tratamiento y análisis de datos de prácticas externas, incorporando, de manera sistemática y comparable, la perspectiva del estudiantado, de tutoras y tutores externos y de tutoras y tutores académicos, así como la disponibilidad de resultados cuantitativos cuando proceda, para fortalecer la visión integrada del desempeño del proceso.
36. Se recomienda revisar los indicadores asociados al proceso "PC04. Gestión de los programas de movilidad", de modo que funcionen como instrumentos de medición del desempeño y no como meras evidencias documentales, reforzando su utilidad para el seguimiento, análisis de tendencias y mejora continua.
37. Se recomienda visibilizar y consolidar las buenas prácticas desarrolladas en los programas de doctorado, incorporándolas de forma más explícita y trazable en el Sistema Interno de Garantía de Calidad del centro, mediante su integración en los procedimientos aplicables, la identificación de evidencias y registros asociados y su seguimiento periódico a través de los órganos responsables del SIGC.

38. Se recomienda actualizar periódicamente los convenios de prácticas externas, especialmente en los estudios de Máster, reforzando su adecuación a los objetivos formativos.
39. Se recomienda subsanar la discrepancia estructural detectada en el proceso PS02 en relación con la gestión del personal de apoyo, unificando el criterio de presentación mediante el desarrollo efectivo de la ficha independiente PS02-S01 tal como figura en el mapa de procesos, o, alternativamente, actualizando el inventario documental para reflejar de forma explícita que dicha gestión se integra en el proceso principal, reforzando así la trazabilidad y la verificabilidad externa del SIGC.
40. Se recomienda clarificar y homogeneizar la denominación de las evidencias asociadas al procedimiento PS03, ya que actualmente se aporta como "Informe anual de seguimiento" documentación que corresponde, en realidad, a las memorias anuales del centro, dentro de las cuales se incluye el análisis del funcionamiento de quejas y sugerencias (apartado 4), facilitando así la trazabilidad documental y la verificación externa del sistema.
41. Se recomienda unificar la denominación de PS02 y de sus subprocesos en toda la documentación pública y del sistema, asegurando coherencia entre Manual de Calidad, cabeceras de procedimientos, anexos operativos y documentación de evidencias, de modo que se evite ambigüedad y se refuerce la consistencia del enfoque basado en procesos.
42. Se recomienda reforzar la sistemática de medición y análisis del desempeño del PTGAS en relación con el SIGC, incorporando indicadores específicos y verificables que permitan evaluar su participación e implicación, integrando dicha información en los informes de seguimiento y en los órganos de análisis y toma de decisiones del sistema.
43. Se recomienda incorporar en el Informe de Calidad del Centro una síntesis explícita y agregada del análisis de la satisfacción del estudiantado con los recursos y medios materiales, conectando los resultados disponibles en las encuestas por titulación con conclusiones de centro y, en su caso, con propuestas de mejora y seguimiento.
44. Se recomienda reforzar la dotación de personal administrativo, con el fin de mejorar la gestión y del seguimiento de los títulos que actualmente se ven condicionados por limitaciones estructurales de carácter institucional, con impacto en la carga de trabajo y en la organización de determinados servicios.
45. Se recomienda analizar la idoneidad de determinadas evidencias, tales como las "actas de revisión por la dirección" o las "actas de la Comisión de Seguimiento Docente", valorando su adecuación a lo establecido en el procedimiento correspondiente y, en caso de incorporarlas formalmente al proceso, reforzar su alineación con el mismo para asegurar su utilidad y trazabilidad dentro del SIGC.
46. Se recomienda visibilizar de forma más sistemática la relación entre la información analizada y las decisiones adoptadas, evidenciando el traslado de las áreas de mejora identificadas a nivel de centro a los planes de mejora y a los acuerdos de los órganos competentes.
47. Se recomienda completar la ficha del proceso PC06 para que refleje fielmente la sistemática de encuestas.
48. Se recomienda revisar y unificar la denominación de los procedimientos del Sistema Interno de Garantía de Calidad en toda la documentación del centro, garantizando la coherencia entre el Manual de Calidad, las cabeceras de los procedimientos y los documentos operativos asociados. En particular, se recomienda subsanar la discrepancia detectada en el procedimiento PC06, "Mecanismos de análisis, tratamiento y uso de los resultados de la formación", dado que la descripción ampliada que figura entre paréntesis en la página 27 del Manual de Calidad, referida a inserción laboral de las personas egresadas, satisfacción con la formación recibida, datos académicos y satisfacción de los grupos de interés, no se corresponde con la denominación utilizada en las cabeceras del procedimiento ni en la documentación asociada, pudiendo generar confusión sobre el alcance efectivo del proceso y dificultando la trazabilidad y la verificabilidad externa del sistema.

49. Se recomienda que, en el procedimiento PC06, cuando se incorporen como anexos cuestionarios de satisfacción u otros instrumentos extensos, se valore su referencia mediante enlaces a URL web corporativas o repositorios institucionales, con el fin de facilitar la consulta, asegurar el control de versiones y evitar una extensión innecesaria del documento, manteniendo al mismo tiempo la accesibilidad y la evidencia trazable de los instrumentos utilizados.
50. Se recomienda avanzar en la implantación y la difusión efectiva, con evidencias trazables, del procedimiento formal para la gestión, seguimiento y análisis de sugerencias, quejas y reclamaciones, asegurando su integración sistemática en la mejora del SIGC y el retorno de información a los grupos de interés.
51. Se recomienda incorporar y referenciar explícitamente los planes de comunicación 2023/2024 y 2024/2025 como evidencias documentadas en el procedimiento correspondiente del SIGC, garantizando su correcta identificación, ubicación y trazabilidad.
52. Se recomienda revisar de forma sistemática la coherencia entre el desarrollo y flujogramas de los procedimientos y el apartado formal de "Responsabilidades", de modo que refleje fielmente las funciones atribuidas a los distintos órganos (por ejemplo, en PC07).
53. Se recomienda actualizar la terminología del procedimiento, sustituyendo la referencia a "competencias" por la denominación vigente de Resultados de Formación y Aprendizaje, en coherencia con lo establecido en el Real Decreto 822/2021 y con la terminología actualmente vigente en la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.
54. Se recomienda mejorar la visibilidad pública de los resultados de inserción laboral, asegurando que la información aportada como evidencia interna sea accesible de forma clara y localizable en los espacios web del centro y de las titulaciones.
55. Se recomienda clarificar y reforzar los instrumentos de recogida de información dirigidos al colectivo empleador, diferenciando entre informes de prácticas y encuestas de satisfacción estructuradas, para garantizar una recogida sistemática y comparable.
56. Se recomienda reforzar las evidencias asociadas a la revisión periódica de las líneas de investigación de los programas de doctorado, incorporando actas u otros registros que documenten los procesos de análisis, validación y propuestas de mejora vinculadas a los grupos de investigación.
57. Se recomienda incorporar una sistemática de trazabilidad que relacione, de forma explícita y verificable, las líneas de investigación de cada programa de doctorado con resultados concretos, tales como publicaciones, contribuciones derivadas de tesis, proyectos competitivos, contratos, convenios o registros de transferencia, integrándola en las memorias de seguimiento o en registros equivalentes del procedimiento PC09.
58. Se recomienda incorporar de forma explícita en el procedimiento PE03 indicadores específicos de investigación para los programas de doctorado, complementando los actuales indicadores de satisfacción y reforzando la toma de decisiones basada en evidencias en este ámbito.
59. Se recomienda clarificar en la documentación del SIGC la articulación funcional entre la Comisión de Calidad del Centro y la Comisión de Seguimiento de la Calidad Institucional, asegurando una delimitación clara de responsabilidades en el análisis y seguimiento de las acciones de mejora.
60. Se recomienda consolidar, a nivel de centro, un espacio sistemático de análisis de resultados relativos al PDI (DOCENTIA, satisfacción del estudiantado, estructura y dedicación del profesorado), dejando trazabilidad en actas, acuerdos y planes de mejora, de modo que queden claramente identificadas las acciones acordadas, su seguimiento y la valoración de eficacia.
61. Se recomienda reforzar el análisis a nivel de centro sobre recursos, servicios y personal de apoyo, dejando evidencia en actas y planes de mejora del traslado de conclusiones a decisiones y actuaciones transversales.

62. Se recomienda definir y documentar con mayor claridad los mecanismos vinculados al desempeño y la formación del PTGAS, de modo que su seguimiento y mejora quede integrado de forma trazable en el SIGC.
63. Se recomienda reforzar la trazabilidad entre resultados analizados y mejoras introducidas en los sistemas de información pública, haciendo más explícitos en las evidencias los acuerdos adoptados y las actuaciones implementadas.
64. Se recomienda sistematizar la revisión periódica de la información publicada, identificando responsables, periodicidad, criterios de actualización y evidencias documentales en el marco del SIGC.
65. Se recomienda integrar el uso del SIGC como práctica habitual de gestión, reforzando su presencia operativa en la planificación, el seguimiento y la toma de decisiones, para potenciar su utilidad más allá de contextos de auditoría o evaluación.
66. Se recomienda homogeneizar el tratamiento de todas las acciones incluidas en el Plan de Acciones de Mejora, incorporando también para observaciones y oportunidades de mejora responsables, plazos e indicadores de seguimiento, e integrándolas en un sistema único de control que refuerce la coherencia y la trazabilidad.
67. Se recomienda desarrollar indicadores específicos de funcionamiento del SIGC que permitan evaluar su eficacia y madurez de manera objetiva, complementando la información disponible a partir de auditorías.
68. Se recomienda seguir desplegando y completar, conforme al plan previsto, una sistemática que asegure que la información relevante de los programas formativos se analiza de forma periódica y se utiliza como base para acordar y priorizar acciones de mejora, especialmente las orientadas a elevar los resultados académicos y la satisfacción de los grupos de interés. En el caso de los programas de doctorado, esta sistemática debería incorporar explícitamente el análisis de los indicadores de investigación del programa y su traducción en decisiones y acciones de mejora, con evidencias trazables de seguimiento.
69. Se recomienda consolidar la implantación y el seguimiento del Plan de Acciones de Mejora, garantizando la trazabilidad formal y documentada del cierre de las acciones, en particular las derivadas de procesos de evaluación externa, y la verificación de su eficacia mediante evidencias contrastables, incluyendo su comprobación en auditorías internas posteriores.
70. Se recomienda definir y documentar de forma explícita la sistemática de revisión global del SIGC, incluyendo periodicidad, órganos responsables, elementos a analizar y evidencias resultantes, de modo que pueda acreditarse una revisión periódica y completa del funcionamiento del sistema.

Relación de Necesidades de Mejora

--

Relación de No cumplimientos

--

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 DE LA COMISIÓN DE CERTIFICACIÓN

Nombre: Federico Morán

A fecha de firma electrónica