

## INFORME FINAL DE LA SUBCOMISIÓN DE EVALUACIÓN DE CENTROS (SEC) DE LA ACPUA SOBRE LA EVALUACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA INTERNO DE CALIDAD.

### PROGRAMA PACE-SGIC DE LA ACPUA

**UNIVERSIDAD:** Universidad de Zaragoza

**CENTRO:** Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte de la Universidad de Zaragoza (Campus de Huesca)

**CÓDIGO RUCT:** 22006149

El 30 de julio de 2020 la Universidad de Zaragoza presentó la solicitud de evaluación para la certificación de la implantación del Sistema de Garantía Interno de Calidad de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte.

El 5 de febrero de 2021, la APCUA envió a la Universidad de Zaragoza la propuesta de panel de evaluación que no fue objeto de recusación, siendo nombrado por el Director de la ACPUA vía resolución el 1 de marzo de 2021. El panel ha incluido en su composición un experto académico de la rama de Ciencias de la Salud.

Este panel evaluador conjuntamente con la Agencia acordó las fechas y la agenda de la visita. En el diseño de la misma se tuvieron en cuenta los grupos de interés con los que el panel quería entrevistarse.

La visita se celebró de forma virtual los días 15 y 16 de abril de 2021 según lo previsto.

Con fecha 26 de mayo de 2021 y conforme al protocolo de evaluación del PACE-SGIC de la ACPUA, se remitió al Centro un informe de visita fruto del estudio del autoinforme presentado, de una amplia documentación puesta a disposición por la Facultad relativa al SGIC y de la información pública disponible. El panel de evaluadores expertos mantuvo durante su visita una serie de entrevistas con responsables, profesores, estudiantes y otros grupos de interés del centro. El informe remitido no incluía valoración cualitativa ni cuantitativa alguna sobre el cumplimiento de cada criterio, pero incorporó, en cumplimiento de la normativa vigente, posibles sugerencias y áreas de mejora.

La Agencia puso, por tanto, a disposición de la Universidad, dicho informe salvaguardando el derecho a la revisión del mismo para subsanar posibles errores.

Con fecha 1 de junio de 2021 la Facultad envió un escrito señalando algunas cuestiones sobre el informe de visita que fueron revisadas por el panel de evaluación. Una vez cerrado el informe de visita por el panel de evaluación, la Subcomisión de Evaluación de Centros (SEC) de la ACPUA en

sesión de 11 de junio de 2021 estudió la documentación presentada por la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte de la Universidad de Zaragoza para la certificación de la implantación de su Sistema de Garantía Interno de Calidad (SGIC) conforme al programa PACE-SGIC, así como el informe realizado por el panel de visita incorporando sugerencias de áreas de mejora emitiendo la consiguiente propuesta de informe.

La propuesta fue remitida al centro con fecha 17 de junio de 2021, abriéndose un plazo de 20 días para que el centro pudiera realizar alegaciones, presentar el Plan de mejora solicitado y aportar evidencias de las acciones que pudieran estar ya avanzadas. La Facultad presentó el correspondiente escrito de alegaciones el 15 de julio, aportando el Plan de mejora solicitado, así como las evidencias de las mejoras que se habían introducido desde la visita del panel evaluador.

Finalmente, la SEC, en su reunión del día 22 de julio de 2021, emite el presente informe final:

<b>FAVORABLE</b>
------------------

La certificación del SGIC a la que conduce este informe será objeto de un **seguimiento externo anual** por parte de ACPUA, a partir de un “informe de seguimiento anual del SGIC” que el centro deberá elaborar, describiendo los avances del Plan de mejora comprometido y la implantación anual del SGIC (revisión), con el objetivo de confirmar su efectividad y sostenibilidad. Estos informes de seguimiento serán las evidencias principales para el mantenimiento y futura renovación de la certificación del SGIC.

Las reclamaciones o recursos asociados a este proceso de evaluación pueden interponerse ante la ACPUA tal y como se recoge en el documento marco que recoge el programa PACE-SGIC de la ACPUA para la Certificación de la Implantación de los Sistemas de Garantía de Calidad de los centros universitarios.

A continuación, se incluye el análisis del cumplimiento de los criterios con la identificación de los aspectos de especial seguimiento y las recomendaciones identificadas en la propuesta de informe y matizadas tras el análisis del Plan de mejora (que se adjunta como Anexo II) presentado por el centro.

### ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS

La Facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte formalizó en 2020 la implantación de un SGIC del centro, a partir de los SGIC que venían desarrollándose con éxito para las titulaciones (como se ha demostrado en los procesos de renovación de la acreditación). En el momento de solicitud de la evaluación, las evidencias disponibles sobre la implantación del mismo (que es el objeto de evaluación en este informe), eran limitadas y apenas alcanzan la perspectiva de al menos un curso académico (requisito del programa PACE y de la normativa nacional sobre acreditación institucional).

En ese sentido, en la propuesta de informe no fue posible concluir una valoración de “suficientemente implantado” en algunos de los criterios de evaluación por lo que se solicitó al centro la presentación de un Plan de mejora.

Recibido el Plan de mejora diseñado por la Facultad, la SEC procede a la revisión de la valoración de los diferentes criterios emitiendo este informe final.

### Plan de mejora

El Plan de mejora presentado por la Facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte integra un conjunto de acciones que persiguen dar respuesta a los aspectos de especial seguimiento y las recomendaciones incluidas en informe SEC para la mejora de su Sistema de Garantía Interna de Calidad (SGIC).

En el escrito de respuesta a la propuesta de informe emitido por la SEC, la Facultad recoge “Esta Propuesta de Informe ha sido elaborada por el Equipo de la Comisión de Calidad de la FCCSD, contrastando su contenido con responsables y representantes de los diferentes grupos de interés; siendo asimismo revisado por el Área de Calidad y Mejora de la Universidad de Zaragoza contando con el visto bueno del Vicerrector de Política Académica.

El Plan de Mejora y Alegaciones diseñado viene orientado principalmente por las observaciones realizadas por la Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón (ACPUA) en su Propuesta de Informe de la Subcomisión de Evaluación de Centros (SEC) sobre la evaluación para la implantación del Sistema de Garantía Interno de Calidad en la FCCSD, y tiene en cuenta la dinámica de mejora continua que adopta el centro para su gestión.

Gran parte de las acciones de mejora propuestas afectan a los procedimientos del centro:

- Procedimientos estratégicos: Revisión del PRE\_001: Elaboración y revisión de la política de calidad; y del PRE-003 Procedimiento de elaboración del Informe de Gestión y Programa de Actuación.
- Procedimientos clave: Elaboración e implantación del nuevo procedimiento PRC-005 de definición y revisión de perfiles de ingreso/egreso
- Procedimientos de apoyo: Revisión del PRA-004 Control de indicadores; y PRA-005 de Comunicación interna y externa.

Del conjunto total de acciones propuestas, 4 ya están implantadas. El resto tienen implantación diferida debido a que su realización requiere de un marco temporal concreto, además en 5 de ellas se ha solicitado a la Universidad de Zaragoza que inicie alguna acción de mejora técnica.

Hay que recordar que el SGIC lleva completamente implantado desde junio de 2020, aunque es necesario un periodo más amplio de rodaje que permita ganar en fluidez y madurez.

Las evidencias de implantación de cada una de las acciones descritas en el Plan de Mejora se han puesto a disposición de la ACPUA en una carpeta de Google Drive con el nombre de “Evidencias Plan Mejora FCCSD”. “

## ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS

### DIMENSIÓN 1: POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD.

#### CRITERIO 1.1: ESTABLECIMIENTO DE UNA CULTURA DE CALIDAD.

*El centro define actuaciones, que revisa periódicamente, para desarrollar una cultura de calidad implicando a los diferentes grupos de interés. Estarán basadas en su política de calidad y en los objetivos estratégicos de la universidad.*

#### Valoración del cumplimiento del criterio:

##### SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO

*El equipo de gobierno del centro y de la propia universidad apoya y dota de recursos al proceso de implantación del SGIC, los procesos y actuaciones del centro son un reflejo de su cultura de la calidad, que hace del SGIC una estrategia de mejora continua de la oferta formativa del centro, de la calidad de las enseñanzas impartidas y del proceso de enseñanza-aprendizaje centrado en el estudiante.*

El equipo de gobierno de la Facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte de la Universidad de Zaragoza han mostrado durante la visita su apoyo e impulso a la implantación del SGIC de la Facultad, declarando su interés en que sea una herramienta útil para la vida del centro.

La Universidad de Zaragoza, a través de la figura de su Vicerrector de Política Académica, respaldó durante la visita la implantación del sistema, haciendo visible la colaboración existente entre la Facultad y la Universidad.

La Facultad ha definido e implantado recientemente su propio Sistema de Garantía Interna de Calidad y opera en coordinación con la Universidad de Zaragoza a través del Vicerrectorado de Política Académica y del Área de Calidad y Mejora. El SGIC de la Facultad se apoya en los procedimientos ya existentes en el marco del Sistema de Garantía Interno de la Calidad (SGIC) diseñado por la propia Universidad de Zaragoza.

La Facultad dota de recursos al proceso de implantación del SGIC, pero todavía no es un reflejo de su cultura de calidad debido a que dicho sistema se encuentra en un estadio muy incipiente de implantación.

*El equipo de gobierno del centro revisa la implantación del SGIC para reflexionar sobre el funcionamiento del sistema, si es adecuado y si se alcanzan los objetivos planificados*

El centro tiene definido el procedimiento PRE-004 Revisión del SGIC que implica la revisión anual del sistema. No se han encontrado evidencias de que el equipo de gobierno de la Facultad haya revisado su SGIC (siguiendo el PRE-004 Revisión del SGIC) aunque el equipo directivo elaboró un informe de fecha 12 de marzo de 2021 que se remitió a la agencia con el objetivo de actualizar la información de la que disponía el panel que databa de junio de 2020, momento en el que se solicitó la evaluación, dicho documento no sigue el formato del PRE-004 ni contiene el análisis de indicadores de procesos, ni determina acciones de

mejora. Se trata de un documento que cuenta los avances que se están haciendo en la implantación del sistema, pero no constituye una revisión del sistema completo una vez implantado.

*Los diferentes grupos de interés, incluidos los estudiantes, están involucrados en la implantación del SGIC, en su mantenimiento, revisión y mejora. La estructura definida del SGIC y su implantación es coherente con la estructura del centro. La organización académica y administrativa del centro se apoya en el SGIC implantado en sus actividades.*

Aunque se han incluido a los diferentes grupos de interés, también al estudiantado, en la implantación del SGIC no existen evidencias de que participen de su mantenimiento, revisión y mejora.

La estructura definida del SGIC y su implantación no son completamente coherentes con la estructura de la Facultad. Las evidencias disponibles sobre la implantación de algunos de los procedimientos son limitadas y no reflejan que la cultura de la calidad y la estrategia de mejora continua estén desplegadas en el centro. La Facultad tiene definido el procedimiento PRE-004 de Revisión del SGIC del Centro, aprobado en 28/04/2020. No se presentan evidencias de la implantación de este procedimiento. En el informe de autoría interna de julio de 2020 se recomendaba lo siguiente: «Independientemente de que en la fase inicial haya un seguimiento estrecho del SGIC para ajustarlo y completarlo, el centro debería llevar a cabo una revisión completa del sistema, una vez efectuado un ciclo completo y analizado el funcionamiento y los resultados, tal y como indica el procedimiento PRE-004».

Existe un procedimiento de elaboración y revisión de la política de calidad y de los objetivos de calidad (PRE\_001). En el autoinforme se especifica que la política se revisa anualmente, teniendo en cuenta, por un lado, los resultados de la revisión del SGIC, los informes de evaluación de calidad de las titulaciones (internos y externos), el seguimiento de planes de innovación y mejora y, por otro lado, dando respuesta a la política institucional y los cambios normativos, y atendiendo las necesidades detectadas. No se ha podido constatar que esto se esté llevando a cabo. Se presenta como evidencia el documento «Política y objetivos de calidad» (aprobado el 16/06/2020), en el que se define una serie de objetivos generales y específicos, pero no se han encontrado evidencias de cómo se despliegan dichos objetivos, cuáles son las acciones concretas para lograrlos, quienes son los responsables de la ejecución y seguimiento de dichas acciones y cuál es el grado de cumplimiento.

La organización académica y administrativa de la Facultad se apoya en el SGIC y ha adaptado sus procedimientos e instrucciones, así como la «Carta de Servicios».

*La política de calidad y los objetivos estratégicos del centro son públicos, marcan las prioridades de mejora continua, están elaboradas con la participación de los diferentes grupos de interés, y se revisan periódicamente para atender las necesidades detectadas dentro y fuera del centro.*

Se constata que la política de calidad y los objetivos del centro son públicos y marcan las prioridades de mejora continua. Además, se ha contado con la participación de los diferentes grupos de interés, pero no se han encontrado evidencias de la revisión periódica para atender las necesidades detectadas dentro y fuera del centro.

*El centro analiza la consecución de sus objetivos estratégicos a través de la implantación del SGIC y define acciones de mejora si fuera necesario.*

Aunque se aporta un Catálogo de Indicadores vinculado al PRA004, y se incluye el PRE001\_1, lo cierto es que lo que se recoge no se pueden considerar indicadores. Tampoco se incluyen ni metas, ni el necesario despliegue de los objetivos de centro ni de las líneas estratégicas lo que no permite el análisis de la consecución de los citados objetivos estratégicos.

*El centro contempla el desarrollo de revisiones o auditorías internas periódicas, con el objetivo de determinar si el SGIC está implantado adecuadamente y se mantiene de manera eficaz y eficiente.*

El SGIC de la Facultad contempla la realización de auditorías internas a través del procedimiento PRA-003 Procedimiento de auditorías internas. Se presenta como evidencia el Informe de auditoría realizado en julio de 2020 y el Informe de actuaciones en relación con las recomendaciones del informe de auditoría interna que es una revisión del estado de las evidencias relativas a cada criterio. El documento no establece acciones de mejora para todas las recomendaciones derivadas de este informe (por ejemplo, las recomendaciones vinculadas al personal de apoyo).

#### **Aspectos de especial seguimiento:**

En el marco del Plan de mejora del SGIC establecido por el centro y dentro del proceso de seguimiento periódico de la certificación de la implantación del SGIC, se deberán recoger evidencias que demuestren la puesta en marcha y eficacia de las acciones definidas en el Plan de mejora del centro dirigidas a atender los siguientes aspectos de especial seguimiento:

- Implantar completamente el PRE-004, Procedimiento de revisión del SGIC y el PRA-004 Control de indicadores ya que no hay evidencia del ANEXO III, Seguimiento de Indicadores.
- Relacionar el registro y análisis consecuencia del “PRAPT-004 Procedimiento para el control de indicadores” con los Planes Anuales de Mejora, completando la definición de objetivos y acciones de mejora con la identificación de indicadores cuantificables para los que se definan los valores teóricos a alcanzar (metas) que permitan valorar el grado de cumplimiento de los mismos. El Procedimiento para el control de indicadores debe enlazar con el de Mejora continua o acciones de mejora. En la revisión de los indicadores, punto 6.3, se da la opción de cambiar los indicadores, pero no definir acciones de mejora en función del valor del indicador.
- Definir los objetivos de calidad y las líneas estratégicas para que coincidan con los que recoge el plan de actuación, que parece que actúa sobre objetivos que sí dimanen de la puesta en marcha del SGIC. Se recomienda especificar en el procedimiento PRE-001 si el despliegue de los objetivos de calidad se realiza a través de los Planes de actuación o en todo caso, especificar la sistemática que se establezca para ello.

- Completar la definición de objetivos y acciones de mejora con la identificación de indicadores cuantificables para los que se definan valores meta que permitan valorar el grado de cumplimiento de los mismos.

#### **Recomendaciones:**

En el marco del Plan de mejora del SGIC establecido por el centro y dentro del proceso de seguimiento periódico de la certificación de la implantación del SGIC, se deberán recoger evidencias que demuestren la puesta en marcha y eficacia de las acciones definidas en el Plan de mejora del centro dirigidas a atender las siguientes recomendaciones:

- Valorar la oportunidad de contar con un único informe que sea la herramienta a través de la cual se haga el seguimiento y análisis de la consecución de los objetivos de calidad, de la revisión del SGIC (vinculada a las dimensiones y criterios señalados en el programa PACE-SGIC) y de los resultados de las auditorías y/o evaluaciones externas. Sería interesante contar, en dicho informe, con las series históricas de los indicadores para poder valorar la evolución de los mismos y favorecer el análisis del cumplimiento de los objetivos respecto a las metas propuestas.
- Valorar la oportunidad de incluir un sistema de priorización de las acciones de mejora identificadas.

## **DIMENSIÓN 2: GESTIÓN DEL DISEÑO DE LOS PROGRAMAS.**

### **CRITERIO 2.1: GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS.**

*El centro tiene procedimientos para diseñar, aprobar y acreditar periódicamente sus programas de grado, máster y doctorado, garantizando la participación de los grupos de interés, y en especial, de los estudiantes, lo que le permite mantener y renovar su oferta formativa.*

#### **Valoración del cumplimiento del criterio:**

##### **SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO**

*El centro dispone de los procedimientos para diseñar, aprobar, implantar, seguir, acreditar y en su caso extinguir los programas de grado, máster y doctorado atendiendo a las singularidades de cada uno de ellos. En los procedimientos se tiene en cuenta la participación de los grupos de interés.*

La Facultad cuenta con mecanismos para regular los procesos de toma de decisiones sobre la oferta formativa y el diseño y los objetivos de las titulaciones. En todos estos procesos están representados los distintos grupos de interés (estudiantado, profesorado y personal de administración y servicios) que forman parte de las comisiones de centro y de la Universidad de Zaragoza, a los que se someten las nuevas propuestas de titulaciones.

*El centro dispone de sistemas de recogida y análisis de la información que alimentan los procesos internos de seguimiento de las titulaciones de grado, máster y doctorado.*

La Facultad dispone de sistemas de recogida y análisis de la información para asegurar que los títulos se desarrollan adecuadamente. Para ello cuenta con de la aplicación de analítica de datos de la Universidad de Zaragoza, DATUZ <https://unidadcalidad.unizar.es/datuz>, que es una herramienta que integra en un único entorno las distintas bases de datos centralizadas (matrícula, admisión, gestión de personal, gestión de la investigación, etc.), y sirve de fuente de datos que alimenta los procesos de evaluación de las titulaciones.

*El centro asegura que los títulos se desarrollan conforme a los objetivos globales del programa formativo, alineados con la estrategia institucional, y sus resultados de aprendizaje son explícitos.*

Existen procedimientos para la recogida de datos vinculados a las titulaciones: «Q222 Análisis de la satisfacción de los estudiantes con la titulación de Grado o Máster» o «Q 224 Seguimiento de la inserción laboral de los titulados», entre otros, que posteriormente son utilizados y analizados en las revisiones internas de las diferentes titulaciones, como queda evidenciado en los Informes de evaluación de la calidad y de los resultados del aprendizaje.

*El equipo de gobierno del centro revisa y aprueba informes internos de seguimiento de sus programas formativos y, en su caso, planes de mejora que desarrolla estructuradamente pudiendo proponer acciones de mejora transversales del centro.*

El seguimiento de los títulos se lleva a cabo según lo establecido en los procedimientos «Q212 para la elaboración del Informe anual de evaluación de la calidad y de los resultados de aprendizaje» y el «Q214 para la elaboración del Plan anual de innovación y mejora (PAIM)».

La plantilla proporcionada por la universidad para que las titulaciones generen los Planes anuales de innovación y mejora (PAIM) no incluyen la valoración de la eficacia de las acciones establecidas. En algunos casos no existe trazabilidad entre el contenido de los informes de seguimiento y los PAIM y/o entre dichos planes de cursos consecutivos. Se deben garantizar en todos los casos la correcta trazabilidad entre el contenido de los informes de seguimiento de los títulos y los Planes de Innovación y Mejora (PAIM) y entre los diferentes años.

Las comisiones realizan el análisis de los datos y toman decisiones de cara a la mejora de los programas formativos (comisiones de Evaluación de la Calidad y de Garantía de la Calidad de los títulos que se imparten en el centro). La recogida de información tiene periodicidad anual y se usa para el análisis y la posterior toma de decisiones, así como la definición de acciones para la mejora quedando evidencia en las actas de dichas comisiones.

Estas comisiones aseguran que los programas formativos se desarrollan conforme a los objetivos globales recogidos en las correspondientes memorias verificadas. Los resultados de aprendizaje quedan reflejados en las guías docentes de las distintas asignaturas de la titulación. Estas guías docentes son públicas y conocidas por todos los grupos de interés.

El Equipo de dirección de la Facultad participa en la revisión de los informes internos de seguimiento de sus programas formativos y, en su caso, en los planes anuales de innovación y mejora que desarrolla estructuradamente, en los cuales se proponen acciones de mejora a distintos niveles. Se presentan como evidencias las actas que recogen los acuerdos tomados en las distintas comisiones responsables de su aprobación.



La auditoría interna marca acciones de mejora para este apartado, aunque no ha sido posible, en todos los casos, evidenciar su resolución.

*Los títulos han evolucionado a partir de los informes de evaluación externa, adoptando las medidas que necesariamente debían atenderse y teniendo en cuenta las recomendaciones recibidas.*

Se aportan evidencias (enlaces) que permiten afirmar que los títulos han evolucionado a partir de los informes de evaluación externa (informes de seguimiento y de renovación de la acreditación). Las recomendaciones contenidas en dichos informes son analizadas en los Informes Anuales de Evaluación de la Calidad y de los Resultados de Aprendizaje (IECRA) y dan lugar a la puesta en marcha de acciones para el título o de forma transversal a todas las titulaciones del centro.

#### **Aspectos de especial seguimiento:**

En el marco del Plan de mejora del SGIC establecido por el centro y dentro del proceso de seguimiento periódico de la certificación de la implantación del SGIC, se deberán recoger evidencias que demuestren la puesta en marcha y eficacia de las acciones definidas en el Plan de mejora del centro dirigidas a atender los siguientes aspectos de especial seguimiento:

- Establecer objetivos concretos medibles a través de indicadores cuantificables y sus respectivas metas asociados a las propuestas de mejora que se definen en los PAIM para facilitar el seguimiento de la eficacia de las mismas.
- Garantizar la correcta trazabilidad entre el contenido de los Informes de seguimiento de las titulaciones y los PAIM y/o entre dichos planes consecutivos.

### **DIMENSIÓN 3: IMPARTICIÓN DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS.**

#### **CRITERIO 3.1: ORIENTACIÓN DE SUS ENSEÑANZAS A LOS ESTUDIANTES.**

*El centro tiene definidos procedimientos que promueven el aprendizaje centrado en el estudiante. Dichos procedimientos deben atender a la diversidad de los perfiles de ingreso y apoyarse en la utilización de modalidades y metodologías de enseñanza, de planes de acción tutorial, de sistemas de evaluación y de otros recursos que favorezcan que los estudiantes alcancen los resultados de aprendizaje acordes con los esperados en el título.*

#### **Valoración del cumplimiento del criterio:**

##### **SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO**

*El centro incluye en su política de calidad el compromiso con la orientación de sus enseñanzas a los estudiantes.*

La Facultad tiene establecido en su política de calidad el compromiso de orientación de las enseñanzas al estudiantado acorde con las necesidades y expectativas de dicho colectivo.

*El centro dispone de procedimientos para promover el aprendizaje centrado en el estudiante. En dichos procedimientos se establece la participación de los estudiantes de forma sistemática. Al menos, el centro contará con los procedimientos relativos a:*

- *definición de perfiles de ingreso /egreso*
- *admisión y matriculación*
- *alegaciones, reclamaciones y sugerencias*
- *apoyo y orientación*
- *enseñanza y evaluación*
- *prácticas externas y movilidad*
- *orientación profesional*

La Facultad tiene implantados (disponibles y actualizados en su web) procedimientos clave de gestión académica y de promoción del aprendizaje centrado en el estudiante, basados en reglamentos y normativas vigentes. Dichos procedimientos atienden a la diversidad de los perfiles de ingreso y se apoyan en la utilización de modalidades y metodologías de enseñanza, de planes de acción tutorial, de sistemas de evaluación y de otros recursos.

En concreto en relación a:

- La definición de perfiles de ingreso/egreso: se evidencia que se trabaja en la definición del perfil de ingreso en el proceso de diseño y verificación de los títulos. Sin embargo, no existe ningún procedimiento que recoja el posterior análisis y mejora del mismo.
- La admisión y matrícula: de aplicación centralizada a través de los procedimientos de la Universidad de Zaragoza «Q411 Admisión a estudios oficiales de Máster Universitario» y «Q412 Admisión a estudios oficiales de Grado». Cada curso se elaboran institucionalmente y se remiten al centro instrucciones detalladas con las fechas y criterios que han de tenerse en cuenta. En los Informes anuales de evaluación de la calidad, apartado 1. Organización y Desarrollo se incluye el análisis de estos procesos por titulación.
- Las alegaciones, reclamaciones y sugerencias: la gestión de estas quejas presentadas por los grupos de interés se define en el Procedimiento «Q231: Gestión de sugerencias, quejas y reclamaciones para la mejora del título». Estas son analizadas en los Informes Anuales de Evaluación de la Calidad.
- El Apoyo y orientación y Orientación profesional: se dispone del «Q417: Desarrollo e implementación del POUZ». Esta información es analizada.
- Enseñanza y evaluación: las metodologías y actividades de enseñanza, aprendizaje y evaluación son definidas para las asignaturas que compone el plan de estudios de cada titulación en el «Q316: Planificación de la docencia y elaboración de las guías docentes».
- Las Prácticas externas y movilidad: las prácticas externas se organizan según lo establecido por el procedimiento «Q311 Gestión y evaluación de los Prácticum». Los resultados de las titulaciones que tienen prácticas se analizan a nivel de titulación.
- La orientación profesional: Las acciones vinculadas a la orientación profesional se llevan a cabo a través del «Q41. Desarrollo e implementación del POUZ», donde se integran los servicios y actividades de apoyo y orientación que la Universidad de Zaragoza pone a disposición del estudiantado. Concretamente las acciones de orientación profesional se

abordan en las fases II y III del citado POUZ. La Memoria anual POUZ sólo se alude a alguna actividad vinculada a la realización de charlas sobre las salidas profesionales que organizan desde la coordinación de las titulaciones.

*El centro dispone de un sistema que permite obtener, valorar y contrastar información relativa al desarrollo de dichos procedimientos.*

El SGIC y la estructura organizativa de la Facultad permiten obtener, valorar y contrastar información relativa al desarrollo de los diferentes procedimientos y disponer de indicadores y evidencias para su seguimiento y para la toma de decisiones, así como para la puesta en marcha de actuaciones de mejora por parte de sus responsables.

La Universidad de Zaragoza dispone de un sistema de recogida de datos que además se encuentran publicados en la página web de la institución y de las titulaciones y que alimentan los diferentes informes generados por el SGIC de la Facultad. En concreto se dispone de indicadores sobre el estudiantado de nuevo ingreso, tasas de abandono, índices de ocupación, que permite además comparar por rama de conocimiento y con otros centros; resultados de encuestas de evaluación de la enseñanza, programas de movilidad, prácticas externas, satisfacción del estudiantado con la titulación, satisfacción con el Trabajo Fin de Grado y Trabajo Fin de Máster y resultados académicos; resultados de evaluación de la enseñanza, de la actividad docente, de movilidad, de prácticas en empresas, de egresados, de PDI, PAS y POUZ.

*El centro analiza la información y propone mejoras en los procedimientos anteriores.*

La Facultad analiza la información y propone mejoras en los procedimientos anteriores. Los acuerdos quedan recogidos en las actas de las comisiones implicadas en el aseguramiento de la calidad de las titulaciones y el seguimiento de las mismas se realiza a través de los documentos de planificación y seguimiento de implantación de los PAIM de titulaciones. Se dispone de evidencias de las reuniones y documentos asociados.

En concreto, el procedimiento «Q212: Elaboración del Informe anual de evaluación de la calidad y de los resultados del aprendizaje de la titulación», describe el proceso a seguir para revisar los resultados académicos alcanzados por el estudiantado para asegurar la adecuación de los mismos. La Comisión de Evaluación de la Calidad de la Titulación incluye las conclusiones del análisis y evaluación periódica de la calidad de la planificación, organización y desarrollo de la titulación en todos sus ámbitos a partir del análisis de sus indicadores, los resultados de las encuestas, así como aquellos informes, estudios o consultas que considere relevantes a tal fin. En estas comisiones participa el estudiantado como miembro de las mismas.

Los diferentes informes de centro/titulaciones muestran que se analiza y valora la información vinculada a las enseñanzas y a los estudiantes. Sin embargo, como ya se indicó anteriormente, en la documentación aportada no se encuentra el Informe de Revisión del SGIC, por lo que no se puede constatar que se haya llevado a cabo la citada revisión de los procedimientos y que estos hayan evolucionado a partir de la revisión. Sí están disponibles los IECRAT que incluyen el análisis de diferentes datos e indicadores: matrícula, vías de acceso, nota media, RQS, movilidad, resultados de aprendizaje, tasas de rendimiento

académico, satisfacción... si bien este informe no recoge información y análisis sobre orientación profesional o perfil de egreso.

#### **Aspectos de especial seguimiento:**

En el marco del Plan de mejora del SGIC establecido por el centro y dentro del proceso de seguimiento periódico de la certificación de la implantación del SGIC, se deberán recoger evidencias que demuestren la puesta en marcha y eficacia de las acciones definidas en el Plan de mejora del centro dirigidas a atender los siguientes aspectos de especial seguimiento:

- Hacer visible el procedimiento utilizado para para la definición de los perfiles de ingreso/egreso de las titulaciones y la sistemática para su revisión (por ejemplo, incluyendo un apartado de reflexión sobre dichos perfiles en los informes de evaluación).
- Establecer un procedimiento para la medición de la satisfacción de los tutores de prácticas de la entidad y de los tutores académicos con las prácticas (diferente de la evaluación de la práctica).

#### **CRITERIO 3.2: GARANTÍA Y MEJORA DE SU PERSONAL ACADÉMICO Y DE APOYO A LA DOCENCIA.**

*El centro desarrolla mecanismos que aseguran que tanto el acceso, la gestión, la formación de su personal académico y de apoyo a la docencia, 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 e integridad académica.*

#### **Valoración del cumplimiento del criterio:**

##### **[VALORACIÓN SUJETA A LA PRESENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA]**

*El centro contempla en su política de calidad el compromiso con la calidad de su personal académico y de apoyo a la docencia.*

La Facultad contempla en las directrices generales de su política de calidad el compromiso con la calidad de su profesorado. Sin embargo, no recoge de forma explícita dicho compromiso. Tampoco el relativo al personal de apoyo a la docencia. En la auditoría interna se recomendaba «Incluir de forma explícita en la política de calidad del centro el compromiso con la calidad del personal de apoyo a la docencia».

El procedimiento de planificación de la docencia y elaboración anual de las guías docentes permite al profesorado desarrollar su actividad docente con las debidas garantías, respetando siempre su libertad e integridad académica («Q316 Planificación de la docencia y de elaboración de las guías docentes»).

*El centro dispone de procedimientos que aseguran el acceso, la gestión, la formación de su personal académico y de apoyo a la docencia.*

La mejora de la formación permanente del profesorado se realiza a través del procedimiento «Q512: Gestión de la formación del PDI», el cual establece la forma en que deben diseñarse, revisarse/actualizarse y mejorar todas las acciones de formación del profesorado; así mismo, el mencionado procedimiento recoge los mecanismos para la participación de los centros.

*El centro dispone de procedimientos para la evaluación periódica y sistemática de la actividad y desempeño docente.*

El SGIC de la Universidad recoge los indicadores que facilitan el análisis del personal académico y de apoyo a la docencia. Estos indicadores quedan recogidos en los Informes anuales de evaluación de la calidad y resultados de aprendizaje de cada titulación, siendo posteriormente analizados por las comisiones de evaluación de la calidad y resultados de aprendizaje de estas.

*El centro dispone de procedimientos para la evaluación periódica y sistemática de la actividad y desempeño del personal de apoyo a la docencia.*

La Facultad no dispone de procedimientos para la evaluación periódica y sistemática de la actividad y el desempeño del personal de apoyo a la docencia, procedimiento que está definiendo actualmente la Inspección General de Servicios, y por tanto no existen evidencias relativas a este punto.

*El SGIC recoge indicadores que facilitan el análisis del personal académico y de apoyo a la docencia como, por ejemplo:*

- *porcentaje de créditos impartidos por doctores.*
- *ratios de sexenios y quinquenios entre el profesorado que imparte el título.*
- *porcentaje de actividad docente del profesorado que imparte el título que es evaluada anualmente.*
- *indicadores de resultados de la evaluación del personal docente y de apoyo a la docencia.*
- *ratios de participación del profesorado y personal de apoyo en acciones de formación y de innovación.*

El SGIC recoge los indicadores necesarios que facilitan el análisis del personal académico. Sin embargo, no existen para el personal de apoyo a la docencia. En la auditoría interna se recomienda "Incluir la evaluación periódica y sistemática de la actividad y el desempeño del personal de apoyo a la docencia, y en análisis de los datos relativos a dicho colectivo, que pueda resultar en la propuesta de acciones de mejora".

*El centro analiza los datos relativos al personal académico y de apoyo a la docencia asegurando que la participación de ambos colectivos en los títulos es suficiente, y disponen de la dedicación para desarrollar sus funciones y atender a los estudiantes.*

En los IECRA se analiza la actividad docente y en los PAIM se recoge la planificación de las necesidades de personal académico y de apoyo a la docencia para asegurar que su participación es suficiente para planificar la convocatoria de plazas necesaria en caso contrario.

La Facultad analiza los datos reflejados en los IECRA y el seguimiento a través de los PAIM relativos al personal académico y de apoyo a la docencia, propone la incorporación a la planificación y seguimiento de la formación de su personal de nuevas actividades

formativas o el fomento en la participación en actividades de innovación organizadas por el Instituto de Ciencias de la Educación (ICE).

En la Universidad de Zaragoza existen diversos proyectos y programas orientados a la innovación y mejora docente, como los Programas de Innovación Estratégica en Centros y Titulaciones (PIEC/PIET), o los Proyectos de Innovación Docente para grupos de profesores (PIIDUZ).

*El centro difunde información general sobre su profesorado y personal de apoyo a la docencia (perfiles, adecuación, actividad investigadora, participación en acciones de formación, resultados agregados de las evaluaciones...).*

La información relativa al profesorado (quinquenios, sexenios y horas de docencia) que se publica en la página web de los títulos y en los informes de evaluación de la calidad y resultados de aprendizaje se extrae de los sistemas para la gestión de la información de la Universidad de Zaragoza.

En la web del Centro, se publican los resultados agregados de las encuestas de valoración de la actividad docente correspondientes al profesorado de la Facultad.

Resulta de interés observar que los resultados de la satisfacción del Personal Docente e Investigador, así como la participación en las encuestas, se ha incrementado en comparación con cursos anteriores y que toda la información se encuentra pública en la página web del Centro, junto con un informe global de las encuestas de los últimos 4 años.

#### **Aspectos de especial seguimiento:**

En el marco del Plan de mejora del SGIC establecido por el centro y dentro del proceso de seguimiento periódico de la certificación de la implantación del SGIC, se deberán recoger evidencias que demuestren la puesta en marcha y eficacia de las acciones definidas en el Plan de mejora del centro dirigidas a atender los siguientes aspectos de especial seguimiento:

- Incluir de forma explícita en la política de calidad del centro el compromiso con la calidad del personal de apoyo a la docencia.
- Incluir la evaluación periódica y sistemática de la actividad y el desempeño del personal de apoyo a la docencia, y el análisis de los datos relativos a dicho colectivo, que pueda resultar, en la propuesta de acciones de mejora.

#### **CRITERIO 3.3: GARANTÍA Y MEJORA DE LOS RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS.**

*El centro se ha dotado de mecanismos que le permiten diseñar, gestionar y mejorar sus servicios y recursos materiales para el adecuado desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes.*

#### **Valoración del cumplimiento del criterio:**

#### **COMPLETAMENTE IMPLANTADO**

*El centro dispone de procedimientos que le permiten diseñar, gestionar y mejorar sus servicios y recursos materiales a través de la evaluación periódica y sistemática de los mismos.*

Se dispone de dos procedimientos para recabar información y mejorar los recursos materiales y garantizar un adecuado desarrollo de la enseñanza y aprendizaje: «Q212: Procedimiento para la elaboración del Informe Anual de Evaluación de la Calidad y los Resultados de Aprendizaje de la titulación» y «Q214: Procedimiento de actuación de la CGC y de aprobación de modificaciones, directrices y planes de innovación y mejora del título».

Con los resultados y los indicadores de estos procedimientos son las comisiones de evaluación de calidad de los títulos las que realizan los primeros análisis dejando constancia en los Informes de Evaluación de Calidad y de los Resultados del Aprendizaje. Una vez recogido en el informe de evaluación se traslada a los PAIM, donde las Comisiones de Garantía revisan las propuestas quedándose esta información a nivel titulación. No se observan PAIM a nivel de centro que aglutinen las debilidades y mejoras de carácter transversal, a pesar de que en el PRE003 se hace alusión al informe integrado de los PAIM.

*El SGIC recoge indicadores que facilitan el análisis del funcionamiento de sus servicios y recursos materiales y recoge la opinión de estudiantes, profesores y PAS sobre los mismos.*

El SGIC recoge datos, entre los que se cuenta con los obtenidos a través de las encuestas de satisfacción realizadas a los estudiantes, al PDI y al PAS.

Se constata que se recoge información a nivel de titulaciones, pero no se analiza a nivel de centro.

En la auditoría interna se recomienda «Aportar evidencias que permitan constatar que se realizan informes de seguimiento de los servicios y recursos materiales del centro que permitan establecer planes de mejora».

*El centro realiza informes de seguimiento de sus servicios y recursos materiales y establece planes de mejora sobre los mismos en caso necesario.*

Las Comisiones de Evaluación de la Calidad de los Títulos realizan el primer análisis sobre el grado de adecuación de los recursos materiales y servicios, que queda recogido en un apartado del Informe de Evaluación de la Calidad y de los Resultados del aprendizaje.

Tras este análisis, las comisiones trasladan propuestas provisionales de mejora a los PAIM. Posteriormente, son las Comisiones de Garantía quienes revisan dicha propuesta provisional que se eleva a definitiva finalmente.

Sin embargo, no existen evidencias de que sea la Facultad la que realice o revise los informes de seguimiento de sus servicios y recursos materiales y establezca planes de mejora al respecto.

### **Recomendaciones:**

En el marco del Plan de mejora del SGIC establecido por el centro y dentro del proceso de seguimiento periódico de la certificación de la implantación del SGIC, se deberán recoger evidencias que demuestren la puesta en marcha y eficacia de las acciones definidas en el Plan de mejora del centro dirigidas a atender las siguientes recomendaciones:

- Valorar la elaboración e implantación de los informes de seguimiento de los servicios y recursos materiales para establecer planes de mejora propios.

## DIMENSIÓN 4: RESULTADOS.

### CRITERIO 4.1: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

*El centro ha definido procedimientos para la recogida continua, análisis y utilización de los datos de los resultados de las enseñanzas y, entre otros, de los resultados del aprendizaje, de la inserción laboral y de la satisfacción de los distintos grupos de interés, para una posterior toma de decisiones y la mejora de la calidad de las enseñanzas.*

#### Valoración del cumplimiento del criterio:

##### COMPLETAMENTE IMPLANTADO

*El centro dispone de procedimientos y sistemas para la recogida, análisis y utilización de indicadores relativos a los resultados del proceso de aprendizaje, de satisfacción y de inserción laboral. Estos procedimientos aseguran la participación de todos los grupos de interés.*

La Facultad analiza y tiene en cuenta los resultados de las enseñanzas, de los resultados del aprendizaje, de la inserción laboral y de la satisfacción de los distintos grupos de interés. Su SGIC, integra los procedimientos y sistemas de recogida de información establecidos por la Universidad de Zaragoza que facilitan datos sobre los resultados del aprendizaje (a través del sistema DATUZ), inserción laboral y satisfacción de los grupos de interés (a través del sistema ATENEA). Dichos procedimientos son:

- Q212: Elaboración del Informe Anual de evaluación de la calidad y de los resultados de aprendizaje de la titulación.
- Q214: Actuación de la CGC y aprobación de modificaciones, directrices y planes de innovación y mejora del título.
- Q222: Análisis de la satisfacción de los estudiantes con la titulación de grado o máster.
- Q223: Análisis de la satisfacción del PDI y PAS implicados en la titulación.
- Q224: Seguimiento de la inserción laboral de los titulados.
- Q231: Gestión de sugerencias, quejas y reclamaciones para la mejora del título.
- IT-002 Instrucción técnica sobre la información pública de las titulaciones oficiales.

La Facultad posee un procedimiento «PRE\_002 Procedimiento de gestión de la calidad de las titulaciones» que establece la elaboración anual de informes de calidad y planes de innovación y mejora para cada titulación del centro. Este procedimiento está correctamente implantado y se encuentran múltiples evidencias en donde se tienen en consideración resultados del aprendizaje, resultados sobre el personal académico o de satisfacción para el análisis y toma de decisiones a nivel de titulación.

El procedimiento «PRE003 Elaboración del informe de gestión y programa de actuación» tiene como objetivo la rendición de cuentas del centro a la comunidad universitaria de manera anual. Los diferentes grupos de interés participan en estos procedimientos a través



de las correspondientes comisiones de titulación, por medio de sus representantes o bien cumplimentando las encuestas de satisfacción, presentando RQS, etc.

*El centro realiza un análisis sistemático de todos esos datos en relación a los objetivos definidos para el centro identificando acciones que permitan la mejora de los resultados y evaluando su eficacia una vez implantados.*

En el Informe de Gestión presentado como evidencia no se analizan los indicadores de los procesos implantados ni a nivel de centro ni del conjunto de las titulaciones. No queda evidenciado cómo el equipo de dirección analiza la información y resultados obtenidos para la mejora continua de la Facultad en su conjunto. No se evidencia un análisis sistemático del centro en relación a los objetivos estratégicos definidos que permita establecer acciones para la mejora de resultados ni se aporta el informe integrado de los PAIM siguiendo lo descrito en el PRE\_003, que agrupe las acciones de mejora de todas las titulaciones del Centro.

*Los resultados de este análisis alimentan el proceso de mejora de los aspectos globales del centro: revisión de la política de calidad, revisión de la oferta formativa y revisión del SGIC.*

No se han encontrado evidencias de que los resultados de este análisis contribuyan a la revisión de la política de calidad y la revisión del SGIC. No queda evidenciado cómo el centro realiza un análisis sistemático de todos los datos de satisfacción, RQS, inserción... con el objetivo de identificar acciones que permitan la mejora de los resultados evaluando su eficacia. La información se analiza a nivel de título individualmente.

*El centro tiene establecido un procedimiento para rendir cuentas sobre los resultados a los diferentes grupos de interés (memorias de actividad, informes de resultados, etc...).*

La Facultad rinde cuentas de todos los aspectos relativos a la mejora de sus programas formativos ateniéndose a lo establecido en el Reglamento de Centros (y Estatutos de la Universidad de Zaragoza) y en el Reglamento Interno del Centro. Para ello, la aplicación del procedimiento «PRE\_003 de Informe de Gestión y Plan de actuación», en concreto en lo relacionado con la información relativa a la rendición de cuentas, se pone a disposición de los grupos de interés según lo establecido en el procedimiento «PRA\_005 Comunicación interna y externa».

### **Recomendaciones:**

En el marco del Plan de mejora del SGIC establecido por el centro y dentro del proceso de seguimiento periódico de la certificación de la implantación del SGIC, se deberán recoger evidencias que demuestren la puesta en marcha y eficacia de las acciones definidas en el Plan de mejora del centro dirigidas a atender las siguientes recomendaciones:

- Continuar con las acciones de mejora establecidas para incrementar la participación de los diferentes grupos de interés en las encuestas de satisfacción, de tal forma que permita disponer de datos objetivos, de cara a la mejora continua de cada una de las titulaciones y del centro.
- Integrar en el Informe de Gestión del Centro el análisis de los resultados que inciden directamente en la Facultad y su SGIC, sea el caso de la Política y Objetivos de Calidad, revisión del sistema... aprovechando sinergias en un mismo instrumento

- Revisar el catálogo de indicadores recogido en el PRE-004 e incluir para cada procedimiento indicadores que sean medibles, cuantificables, que pueden aportar de forma efectiva información y resultados relevantes para la mejora del centro y sus titulaciones
- Aclarar la sistemática de recopilación y análisis de RQS sobre aspectos transversales que afectan a las distintas titulaciones y actividades.
- Incluir en el análisis de las titulaciones los datos de inserción laboral que no se recogen en los IECRA.

## **DIMENSIÓN 5: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

### **CRITERIO 5.1: ANÁLISIS Y USO DE LA INFORMACIÓN GENERADA.**

*El centro dispone de mecanismos que le permiten recopilar, analizar y utilizar la información pertinente para la toma de decisiones, tanto en lo referido a la mejora de las titulaciones, como en aquellos aspectos no académicos pero vinculados a aquellos.*

#### **Valoración del cumplimiento del criterio:**

#### **SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO**

*El centro tiene en consideración aspectos fundamentales del entorno (económico, social y científico) y a todos los grupos de interés en el desarrollo del SGIC.*

La Facultad tiene en cuenta a todos los grupos de interés y los aspectos del entorno económico, social y científico en el desarrollo del SGIC. Para garantizar la mayor relación entre las titulaciones y el entorno se incluyen en las comisiones de evaluación de la calidad de cada título un representante externo vinculado a colegios profesionales o a alguna entidad en la que los estudiantes desarrollan sus prácticas externas.

*El SGIC facilita la elaboración de informes internos de seguimiento del centro (informe de revisión por la dirección) que conducen al diseño de planes de mejora, en los que se incluye, al menos, un conjunto de acciones destinadas a satisfacer las necesidades detectadas, los responsables del desarrollo de dichas acciones, un plazo de ejecución, y un sistema de seguimiento y medición de su ejecución.*

La Facultad dispone del «Informe de Gestión», donde se presentan las actuaciones realizadas por el centro y sus titulaciones, siguiendo lo establecido en el PRE003, sin embargo, dicho informe no recoge un análisis de los resultados ni propone acciones de mejora en ningún caso.

*El equipo de gobierno del centro y de la propia universidad toman decisiones sobre la oferta formativa apoyándose en la información aportada por el SGIC.*

El SGIC del centro cuenta con procedimientos que garantizan la toma de decisiones sobre los programas formativos y se apoyan en la información aportada por el SGIC. Sin embargo, resulta difícil que el centro tome decisiones sobre la oferta formativa apoyándose en la información aportada por el SGIC cuando no realiza el análisis de sus datos.

### Aspectos de especial seguimiento:

En el marco del Plan de mejora del SGIC establecido por el centro y dentro del proceso de seguimiento periódico de la certificación de la implantación del SGIC, se deberán recoger evidencias que demuestren la puesta en marcha y eficacia de las acciones definidas en el Plan de mejora del centro dirigidas a atender los siguientes aspectos de especial seguimiento:

- Establecer acciones que permitan evidenciar que el centro realiza el análisis sistemático de los objetivos estratégicos definidos que puedan conducir a la implementación de acciones para la mejora de resultados y a la revisión de la política de calidad y del SGIC.
- Garantizar la correcta trazabilidad entre el contenido de los Informes de seguimiento de las titulaciones y los PAIMs y/o entre dichos planes consecutivos.

### CRITERIO 5.2: PUBLICACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE SUS ACTIVIDADES Y PROGRAMAS.

*El centro cuenta con procedimientos para la publicación periódica de información actualizada relativa a sus actividades y programas que garantizan los procesos de toma de decisiones, la rendición de cuentas y la mejora continua en todos los niveles de la institución.*

### Valoración del cumplimiento del criterio:

#### SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO

*El centro cuenta con procedimientos para asegurar la publicación, en el momento oportuno, de información actualizada y accesible, relativa a sus actividades y programas. Se informará al menos sobre los siguientes aspectos:*

- *La oferta formativa, objetivos y planificación de las titulaciones.*
- *Las políticas de acceso y de orientación de los estudiantes.*
- *La metodología de enseñanza, aprendizaje y evaluación.*
- *La política de movilidad y los programas de prácticas externas.*
- *Los resultados de aprendizaje.*
- *Los resultados de la inserción laboral.*
- *Los resultados de la satisfacción de los grupos de interés.*
- *Las alegaciones, reclamaciones y sugerencias.*
- *El acceso, evaluación, promoción y reconocimiento del personal académico y de apoyo a la docencia.*
- *La utilización de los recursos materiales y servicios.*
- *Los resultados de las evaluaciones externas (certificaciones, seguimiento, renovación de la acreditación...).*

La Facultad cuenta con procedimientos para publicar información relativa a sus actividades y programas. Se informa sobre la oferta formativa, objetivos y planificación de las titulaciones, las políticas de acceso y de orientación de los estudiantes, la metodología de enseñanza, aprendizaje y evaluación, movilidad y los programas de prácticas externas, los resultados de las evaluaciones externas (certificaciones, seguimiento, renovación de la acreditación...), las reclamaciones y sugerencias, la utilización de los recursos materiales y servicios, los resultados del aprendizaje y los resultados de la satisfacción de los grupos de interés.

*La documentación del SGIC es accesible y describe de manera fiel y actualizada tanto los procesos que se llevan a cabo en el centro, como sus mecanismos de medición, análisis y mejora.*

La documentación del SGIC es accesible a todos los grupos de interés en la web del centro y describe los mecanismos para medir, analizar y mejorar los diferentes procedimientos llevados a cabo en el centro.

*El centro cuenta con procedimientos para la revisión y mejora de la información pública que tienen en cuenta a los diferentes grupos de interés.*

La FCCSD cuenta dentro de la documentación propia, con el «PRA\_005: Procedimiento de comunicación interna y externa», que contiene la «ITA-005-01 Instrucción técnica para la gestión de la página web del centro». En ella se indica que para la información que sea publicada y actualizada de forma centralizada en la página web correspondiente a cada titulación (<https://estudios.unizar.es/>) se estará a lo dispuesto en el procedimiento «IT-002: Información pública de titulaciones oficiales de la Universidad de Zaragoza», indicando en las columnas de los responsables “Procedimiento IT-002”.

En los informes de evaluación de la calidad y de los resultados del aprendizaje no se observa un análisis de la información pública, ni el desarrollo de acciones que, como consecuencia de dicho análisis habría que poner en marcha. Aunque en las encuestas se recoge la satisfacción de los estudiantes con la información web, si bien luego esto no se integra en la valoración y análisis realizada en los IECRA.

Tampoco se encuentran evidencias de que la Facultad realice la revisión y mejora de la información pública teniendo en cuenta la valoración de los diferentes grupos de interés. Aunque en las entrevistas realizadas durante la visita se constata que se hacen esfuerzos por hacer llegar la información web a los estudiantes a través de los delegados y mentores y al personal de administración y servicios.

#### **Aspectos de especial seguimiento:**

En el marco del Plan de mejora del SGIC establecido por el centro y dentro del proceso de seguimiento periódico de la certificación de la implantación del SGIC, se deberán recoger evidencias que demuestren la puesta en marcha y eficacia de las acciones definidas en el Plan de mejora del centro dirigidas a atender los siguientes aspectos de especial seguimiento:

- Incorporar en los procedimientos relativos a la publicación de información en la web, las acciones necesarias para la revisión periódica de la página web, el análisis de la información publicada y su actualización pensando en los diferentes perfiles

de público (futuros estudiantes nacionales e internacionales, estudiantes, profesores, padres, empleadores y otros agentes sociales...).

#### **Recomendaciones:**

En el marco del Plan de mejora del SGIC establecido por el centro y dentro del proceso de seguimiento periódico de la certificación de la implantación del SGIC, se deberán recoger evidencias que demuestren la puesta en marcha y eficacia de las acciones definidas en el Plan de mejora del centro dirigidas a atender las siguientes recomendaciones:

- Continuar fomentando que el profesorado que imparte docencia en el centro complete la información disponible en su CV público (SIDERAL), accesible a través de la página de estudios de la UZ.

**Tabla resumen de resultados por criterios:**

<b>DIMENSIÓN 1: POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD</b>	
Criterio 1.1: Establecimiento de una cultura de calidad.	SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO
<b>DIMENSIÓN 2: GESTIÓN DEL DISEÑO DE LOS PROGRAMAS</b>	
Criterio 2.1: Garantía de la calidad de los programas formativos.	SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO
<b>DIMENSIÓN 3: IMPARTICIÓN DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS</b>	
Criterio 3.1: Orientación de sus enseñanzas a los estudiantes.	SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO
Criterio 3.2: Garantía y mejora de su personal académico y de apoyo a la docencia.	SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO
Criterio 3.3: Garantía y mejora de los recursos materiales y servicios.	COMPLETAMENTE IMPLANTADO
<b>DIMENSIÓN 4: RESULTADOS</b>	
Criterio 4.1: Análisis de los resultados.	COMPLETAMENTE IMPLANTADO
<b>DIMENSIÓN 5: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	
Criterio 5.1: Análisis y uso de la información generada.	SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO
Criterio 5.2: Publicación de la información sobre sus actividades y programas.	SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO

EL PRESIDENTE DE LA SUBCOMISIÓN DE EVALUACIÓN  
DE CENTROS DE LA ACPUA



## ANEXO I

**Información sobre la visita realizada virtualmente los días 15 y 16 de abril de 2021 a la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte de la Universidad de Zaragoza (Campus de Huesca)**

### COMPOSICIÓN DEL PANEL DE VISITA:

Composición	Nombre	Institución	Área de conocimiento	Cuerpo
Presidenta	María Pilar Gómez Serranillos Cuadrado	Universidad Complutense de Madrid	Farmacología	CU
Vocal académica	Gloria Zaballa Pérez	Universidad de Deusto	Evaluación y Mejora de la Calidad	TU
Vocal profesional	Ana Esther Cruz González	Universidad de la Laguna	Evaluación y Mejora de la Calidad	
Vocal estudiante	Ariadna Roca Fernández	Universitat Rovira i Virgili	Medicina	
Vocal internacional	Francisco Aracena Bernal	Universidad Andrés Bello (Chile)	Acreditación Institucional	
Secretaria técnica	Eva María Sánchez Gómez	ACPUA		

### PROGRAMA DE LA VISITA VIRTUAL:

15 de abril de 2021

08:45 - 09:00 Preparación de la conexión (plataforma ZOOM: comprobación de la conexión, salas de reunión...).

09:00 – 09:30 Reunión privada del panel de visita.

09:30 – 09:45 Presentación institucional.

- José Ángel Castellanos Gómez. Vicerrector de Política Académica.
- Germán Vicente Rodríguez. Decano de la Facultad.
- Fernando Gimeno Marco. Vicedecano de Calidad e Infraestructuras de la Facultad (coordinador de la visita).
- Antonio Serrano González. Director de la ACPUA.

9:45 – 10:30 Entrevista coordinador de la visita.

- Fernando Gimeno. Vicedecano de Calidad e Infraestructuras de la Facultad (coordinador de la visita).

10:30 – 10:45 Reunión privada del panel de visita.

10:45 – 11:30 Entrevista Estudiantado.

- María Martínez Gallart (2º Odontología. Deleg. – Consejo de Estud. – Comisión de Garantía).
- Lucía Sopeña Borroy (2º CC. AF y Deporte. Delg. – Consejo Estud. – Comisión Garantía Calidad – Comisión Permanencia – Asoc. Nacional CCAFD).
- Pilar Aznar Samper (4º Nutrición Humana y Dietética – Comisión Garantía Calidad – Consejo de Estudiantes).
- Pablo Serreta Higuera (2º Medicina – Consejo de Estudiantes).
- Joaquín Gálvez Villar (4º Nutrición Humana y Dietética – Deleg. Máster U. Eval. Y Entrenamiento Físico para la Salud – Comisión Eval. de la Calidad del Máster).
- Silvia Pradas Valverde (Máster U. Eval. y Entrenamiento Físico – Egresada Grado CC. AF y Deporte – Erasmus).
- Nazaret Lorente Castillejo (4º Nutrición Humana y Dietética – Programa SICUE).

11:45 – 12:00 Reunión privada del panel de visita / Preparación de la conexión.

12:00 – 12:45 Audiencia abierta.

Sin asistencia.

12:45 – 13:00 Reunión privada del panel de visita / Preparación de la conexión.

13:00 – 13:45 Entrevista Profesorado / responsables de la oferta formativa.

- Alejandro González de Agüero Lafuente (Vicedecano y Coord. Grado En CC de la AF y del Deporte)
- Rocío Mateo Gallego (Coord. Gr. Nutrición Humana y Dietética)
- Teresa Mª Sanclemente Hernández (Vicedecana y Coord. del Grado en Odontología)
- Beatriz Puisac Uriol (Vicedecana y Coord. Asoc. del Gr. Medicina)
- Ángel Matute Llorente (Coord. Máster Eval. y Entrenamiento Físico Para La Salud)
- Carmen Mayolas-Pi (Coord. Plan de Orientación Universitaria)
- Luis Óscar Alonso Ezpeleta (Responsable Prácticas Odontológicas)
- Eduardo Generelo Lanaspá (Prof. Gr. Cc Af y Del Deporte)

13:45 – 14:00 Reunión privada del panel de visita / Preparación de la conexión.



14:00 – 14:45 Entrevista Egresados y Empleadores.

- Enrique Coderque Serveto. Opel España.
- Jose Enrique Alonso. Arco Electrónica.
- Juan Cruzán Morano. Agroseguro.
- José Luis Núñez. Ita Innova.
- Jesús Sánchez. Acciona.
- Fernando Quero Sanz. Tecnalía.

14:45 – 15:00 Reunión privada del panel de visita.

17 de marzo de 2021

9:00 – 9:15 Reunión privada del panel de visita. Preparación de la conexión.

9:15 – 10:00 Entrevista Egresados.

- Daniel Castilla Alagón (Egr. Gr. CC AF y del Deporte – Coord. Área Entrenamiento Progr. Rehabilitación Patologías Crónicas. Asoc. ARPER)
- Isabel Castillo Salazar (Resp. Gestión Económica y Tut. Prácticum de ARPER)
- Ana Cortés Otal (Dietista Asoc. Cadis – Egr. Gr. Nutrición y Dietética – Tut. Prác. y Codirec. Tfg Gr. Nutrición y Dietética)
- Mónica Aznar Ceamanos (Presidenta Col. Ofic. Licenc. en EF. de Aragón)
- Jorge Marín Puyalto (Egr. CC. de la AF Y Del Deporte – Prof. Gr. CC. de la AF y del Deporte)
- Alejandro de la Parte Serna (Secret. Comisión Deontológica del Col. Ofic. Odontólogos y Estomatólogos De Aragón – Prof. Área Estomatología)
- Alba Santaliestra Pasías (Presidenta Col. Prof. Nutricionistas Aragón – Egr. Gr. Nutrición Humana Y Dietética).

9:00 – 9:15 Reunión privada del panel de visita. Preparación de la conexión.

9:15 – 10:00 Personal de Administración y Servicios (PAS).

- José Manuel Martín Casales (Técnico Medios Inform. y Audiovisuales)
- Silvia González Arruebo (Encargada Conserjería)
- Ana Belén Benedicto Expósito (Téc. Laboratorio Áreas Biomédicas)
- Francisco Javier García Bosqued (Resp. Admon. Prácticas Odontológicas)
- Silvia Sanz Callén (Oficial del laboratorio dental)
- M<sup>a</sup> Jesús Broto Martínez (Dra. biblioteca FCCSD)

- Inmaculada Carilla Monclús (jefa de negociado administrativo)
- Alegría Magdalena Solanilla Lecina

10:00 – 10:15 Reunión privada del panel de visita. Preparación de la conexión.

10:15 – 11:00 Responsables del Sistema de Garantía Interno de Calidad de la Facultad.

- Germán Vicente Rodríguez (Decano)
- Fernando Gimeno Marco (Coord. Comis. Calidad – Vicedecano Calidad e Infraestr.)
- Ana Delia Jaúregui (Administradora)
- Lucía Calleja Rodríguez (Vicedecana Ordenación Académica)
- Luis García González (Vicedecano Internacionalización Y Movilidad)
- M<sup>a</sup> Cristina Yagüe Ruiz (Prof. Secret. Fccsd – Comisión De Calidad)
- Ricardo Ros Mar (Pte. Comis. Gar. Calidad Gr. CC AF y del Deporte)
- Carlos Castellas Otín (Pte. Comis. Gar. Calidad Máster Eval. y Entrenamiento Físico)

11:15 – 11:45 Estudio de evidencias.

11:45 – 12:00 Reunión privada del panel de visita.

12:00 – 12:45 Entrevista coordinador de la visita.

- Fernando Gimeno Marco. Vicedecano de Calidad e Infraestructuras de la Facultad (coordinador de la visita).

12:45 – 13:30 Reunión privada del panel de visita.

Incidencias reseñables:

No se registran.

## ANEXO II

### Plan de mejora remitido por la Facultad de Ciencias DE LA Salud y el Deporte de la Universidad de Zaragoza