

# Programa ACPUA de Renovación de la Acreditación Institucional

## *Informe final*

**Aprobado por la SEC de la ACPUA con fecha de 11 de marzo de 2026**

**UNIVERSIDAD:** Universidad San Jorge

**CENTRO:** Facultad de Ciencias de la Salud

**CÓDIGO RUCT:** 50012013

**FECHA VISITA:** miércoles 4 y jueves 5 de febrero de 2026

La ACPUA, conforme a lo establecido en el Real Decreto Real Decreto 640/2021, de 27 de julio, de creación, reconocimiento y autorización de universidades y centros universitarios, y acreditación institucional de centros universitarios, ha procedido a la evaluación del centro arriba indicado.

La evaluación del centro incluyó una visita presencial realizada por un panel integrado por personas expertas el cual emitió un informe que junto con el resto de la información incluida en el dossier de acreditación ha sido analizado por la Subcomisión de Evaluación de Centros (SEC) de la ACPUA.

En concreto el dossier de evaluación consta de la siguiente información:

- Autoinforme de evaluación de la renovación de la acreditación institucional preparado por el centro.
- Acceso a la documentación específica del SIGC: Manual de Calidad, mapa de procesos, conjunto de procedimientos, política y objetivos de calidad, cuadro de indicadores, informe de revisión del sistema etc. (debe de estar accesible en la página web o repositorio documental del centro).
- Informes de seguimiento interno de las titulaciones oficiales del centro (accesibles en la página web o repositorio documental).
- Informe de certificación de la implantación del SIGC derivado del Programa PACE-SIGC de la ACPUA.
- Informe de visita del panel de evaluación de la ACPUA<sup>1</sup>.
- Informe eBox.

---

<sup>1</sup> El presente informe incluye en los anexos I la información sobre la visita realizada al título.

La Subcomisión de Evaluación de Centros de la ACPUA, en su reunión del 11 de marzo de 2026, analizó toda la información disponible conforme a los criterios establecidos en el Programa ACPUA de renovación de la acreditación institucional, aprobado por la Comisión de Evaluación, Certificación y Acreditación (CECA) en sesión de 10 de julio de 2024 y publicado en la página web de la ACPUA. Como resultado de este análisis, elaboró una propuesta de informe de renovación de la acreditación institucional que fue remitida al centro, abriéndose el correspondiente plazo de alegaciones.

La Universidad comunicó que no tenía alegaciones a la propuesta de informe. A la vista de todo lo anterior, se emite el siguiente **informe de renovación de la acreditación institucional**:

## FAVORABLE

A continuación, se listan los **puntos fuertes** identificados en la evaluación y se señalan algunas **recomendaciones** para la mejora del centro. El presente informe incluye en el anexo I la información sobre la visita realizada al título.

## PUNTOS FUERTES

- **Integración coherente de la Agenda 2030, el sistema EMAS y la iniciativa Green Campus** en la planificación de recursos y servicios del centro, con métricas verificables —como el autoconsumo energético y la reducción del consumo y de la huella ambiental— que evidencian su compromiso con la sostenibilidad.
- **Elaboración sistemática, transparente y accesible** públicamente de las **Memorias Anuales de las titulaciones**, que incorporan información completa y estructurada sobre indicadores académicos, resultados de satisfacción y acciones de mejora, constituyendo una herramienta sólida para el seguimiento y la toma de decisiones.
- **Solidez del Sistema Interno de Garantía de Calidad**, integrado en el modelo institucional y respaldado por certificaciones externas (ISO y PACE) como estructura vertebradora para el diseño, revisión y actualización de las titulaciones, asegurando coherencia metodológica y un enfoque continuo de mejora.
- Disponibilidad de un **sistema amplio y estructurado de orientación académica**, personal y profesional, articulado a través del Plan de Acción Tutorial, los servicios de apoyo específicos y el Servicio de Orientación Profesional, que proporciona una base sólida, si bien con margen de mejora en determinados procesos específicos, especialmente en el ámbito de la orientación profesional.
- Existencia de **canales consolidados y eficaces de recopilación de información**, que facilitan la integración de la voz del estudiantado en la toma de decisiones, especialmente a través de los mecanismos cualitativos y de interacción directa, aunque con margen de mejora en la participación en encuestas.

## RECOMENDACIONES

- **Reforzar el conocimiento y la concienciación del profesorado acerca del Sistema**

**Interno de Garantía de Calidad**, asegurando que identifican, localizan y aplican adecuadamente los procedimientos que les son de referencia directa en su actividad docente y de gestión.

- **Documentar y formalizar la metodología de selección y designación de los miembros de las comisiones del centro**, especificando criterios, perfiles requeridos, proceso de nombramiento y su difusión, con el fin de garantizar la trazabilidad y transparencia en la participación de los distintos grupos de interés.
- **Incorporar la fecha de actualización en la Política de Calidad** publicada y reforzar la evidencia de su revisión participativa, asegurando la trazabilidad del proceso y la aportación de los distintos grupos de interés.
- **Reforzar el análisis crítico de los resultados del SIGC** y ampliar los indicadores del proceso PE-01, de modo que la evaluación de la eficacia y evolución del sistema sea más completa y sistemática.
- **Potenciar la participación** activa, sistemática y documentada de **los grupos de interés en los procesos de revisión del SIGC**, de definición, revisión y seguimiento de la planificación estratégica y de revisión, actualización y prospectiva de la oferta formativa, garantizando la trazabilidad de sus aportaciones en la toma de decisiones.
- **Elaborar y publicar una planificación estratégica propia de la Facultad**, incorporando metas cuantificables y homogéneas para los indicadores asociados a los objetivos que faciliten su seguimiento y la evaluación objetiva de su grado de cumplimiento y su comparabilidad interanual.
- **Fortalecer la trazabilidad entre los indicadores, las evidencias y las decisiones adoptadas** sobre la oferta formativa, implantando mecanismos de evaluación más sistemáticos que permitan valorar la eficacia e impacto real de las acciones de mejora. Para ello, se recomienda documentar de forma sistemática las actuaciones realizadas e incorporar indicadores específicos que faciliten la verificación de los resultados obtenidos, tanto en el ámbito académico como en la satisfacción de los grupos de interés.
- Reforzar **la trazabilidad entre las recomendaciones derivadas de evaluaciones externas**, las acciones adoptadas en respuesta a las mismas y los resultados obtenidos, garantizando una documentación clara del ciclo completo de mejora y de su impacto.
- **Sistematizar el análisis de las causas de abandono** y vincularlo a acciones de mejora documentadas en el ámbito de la orientación previa, garantizando una explotación más completa y homogénea de esta información en todas las titulaciones.
- **Especificar** con mayor claridad, en la información previa a la matriculación, **las salidas profesionales asociadas a cada titulación**, diferenciando aquellas que son habilitantes o profesionalizantes, con el fin de ajustar las expectativas del estudiantado y mejorar la orientación inicial.
- **Anticipar y reforzar la orientación profesional** dentro del propio programa formativo, asegurando su inicio en etapas tempranas y su articulación de manera progresiva y estructurada, con el fin de responder a las necesidades detectadas por el estudiantado y de favorecer una transición más planificada hacia el mercado laboral.

- **Actualizar y diversificar la bolsa de empleo** para garantizar su representatividad respecto al conjunto de titulaciones de la Facultad, incorporando mecanismos sistemáticos de revisión y ampliación de ofertas que permitan mejorar su utilidad como herramienta de orientación profesional y empleabilidad.
- **Promover de forma sostenida la innovación docente** en todas las titulaciones, consolidando iniciativas que permitan su sistematización, ampliando los apoyos disponibles y garantizando la evaluación de su impacto en los resultados de aprendizaje y en la satisfacción del estudiantado.
- **Establecer procedimientos homogéneos que aseguren la equidad en los procesos de asignación de prácticas externas** entre titulaciones, incorporando criterios transparentes y mecanismos de seguimiento que permitan verificar su aplicación y resolver posibles asimetrías.
- **Implementar mecanismos que garanticen** la correspondencia entre **los resultados de aprendizaje** adquiridos en las prácticas externas y las competencias profesionales de los títulos habilitantes, **independientemente del centro o país** en que se realicen, asegurando la alineación con la normativa sectorial aplicable.
- Garantizar que el estudiantado recibe **información clara y accesible sobre la carga total de horas de prácticas externas** que debe cursar, especialmente en titulaciones conducentes al ejercicio profesional regulado, facilitando su conocimiento desde el inicio del itinerario formativo.
- Reforzar y **documentar la trazabilidad entre el análisis de los datos e indicadores** y las decisiones adoptadas en materia de **gestión del personal académico**, estableciendo un procedimiento sistemático que muestre cómo la información procedente de los indicadores de rendimiento, las encuestas de satisfacción y los resultados académicos se utiliza para planificar ajustes organizativos y necesidades de personal a medio plazo.
- **Simplificar y unificar los instrumentos de recogida de información** para avanzar hacia un modelo de encuestas integrado y coherente entre titulaciones y asignaturas, reduciendo duplicidades y mejorando la participación del estudiantado.
- **Planificar de manera integral la ampliación y adecuación de los espacios e infraestructuras del centro** —incluyendo áreas de estacionamiento, espacios de estudio y zonas de trabajo para el profesorado— garantizando que su capacidad, funcionalidad y disponibilidad evolucionan coherentemente con el crecimiento de la comunidad universitaria y la ampliación de la oferta académica.
- **Fortalecer el uso del cuadro de indicadores** mediante un análisis longitudinal y comparativo, incorporando **metas y objetivos concretos** que permitan evaluar el grado de cumplimiento y priorizar acciones de mejora.
- **Actualizar y reorganizar la información publicada relativa a la inserción laboral** y al personal de apoyo, garantizando su completitud, homogeneidad y accesibilidad, así como su revisión periódica.
- **Evaluar de forma sistemática la eficacia de los distintos canales de difusión y rendición de cuentas**, identificando aquellos que presentan mayor impacto y potenciando su uso

para mejorar la visibilidad, accesibilidad y alcance de la información dirigida a los grupos de interés.

- **Ampliar progresivamente las líneas de investigación del programa de doctorado**, diversificando áreas y ámbitos de especialización con el fin de incrementar la capacidad de atracción del programa y responder a nuevas demandas científicas, sociales y profesionales del entorno.
- **Reforzar los mecanismos de incentivo y reconocimiento de la actividad investigadora** del personal docente e investigador, consolidando medidas que faciliten la participación en proyectos competitivos, la producción científica y la transferencia de conocimiento, y asegurando su adecuada integración en los criterios institucionales de valoración y carga docente.
- **Sistematizar y visibilizar la actividad de transferencia**, mediante la elaboración de un catálogo estructurado que integre cátedras, contratos, proyectos y resultados de I+D+i, detallando objetivos, entidades colaboradoras y evidencias de impacto, con el fin de mejorar la transparencia y reforzar la conexión entre investigación, entorno y sociedad.

## MOTIVACIÓN

### DIMENSIÓN 0: SITUACIÓN ACTUAL DEL SIGC

#### Criterio 0.1: Gestión del SIGC

##### **Estándar:**

*El centro ha contado, en el periodo a evaluación, con los recursos necesarios para una gestión óptima de su SIGC, manteniendo la organización y estructura definidas por la documentación y con un organigrama de responsabilidades que han permitido una gestión adecuada, la participación activa y la comunicación fluida con los grupos de interés.*

##### **Valoración global del Criterio:**

#### **B. SE ALCANZA**

##### **Directrices:**

*Directriz 0.1.1: El equipo de gobierno del centro y/o la universidad **ha dotado de recursos** al centro para la gestión y mantenimiento del SIGC.*

El centro dispone de una estructura organizativa claramente definida para la gestión institucional del Sistema Interno de Garantía de Calidad (SIGC), al que se suscribe la Facultad de Ciencias de la Salud. Existe la que destaca la figura del Coordinador/a de Calidad, integrada en el organigrama de la Facultad de Ciencias de la Salud desde el curso 2019-2020. Esta figura coordina el funcionamiento del sistema, realiza el seguimiento de los procesos y actúa como nexo entre los distintos órganos de calidad del centro y de la universidad.

El equipo de gobierno de la universidad y del centro ha dotado a la Facultad de los recursos humanos, tecnológicos y organizativos necesarios para la gestión y el mantenimiento del SIGC, asegurando su estabilidad y adecuado funcionamiento. Estos recursos se canalizan y supervisan a través de la Comisión de Calidad. Asimismo, la Universidad proporciona herramientas corporativas que soportan la gestión del sistema, facilitando la trazabilidad de objetivos, acciones de mejora, indicadores y documentación.

La participación de los grupos de interés internos y externos, incluidos egresados y empleadores, se encuentra reflejada en los procesos de revisión del sistema, en la elaboración y análisis de los informes de gestión y planes de acción, así como en la realización de auditorías y evaluaciones externas. No obstante, se identifica como mejorable el proceso de selección de dichos grupos de interés. Durante la visita no ha sido posible evidenciar la metodología empleada para su selección, ni la existencia de una identificación formal de estas personas, ni que profesorado y estudiantado reconozcan claramente quiénes son sus representantes en estos órganos.

*Directriz 0.1.2: Se han mantenido **todos los elementos del SIGC** definidos por la documentación del sistema (manual de calidad, política y objetivos de calidad, mapa de procesos, procedimientos, cuadro de indicadores, proceso de revisión, órganos, etc.).*

El centro mantiene implantados los elementos que conforman el SGC, tales como la política y los objetivos de calidad, el mapa de procesos, los procedimientos, el cuadro de indicadores y los órganos de calidad. La Política de Calidad es accesible a través de la web.

Durante el periodo evaluado se ha realizado la revisión anual del sistema, analizándose objetivos, indicadores y procedimientos, y reflejándose estos aspectos en las memorias de las titulaciones oficiales de Grado, Máster y Doctorado.

*Directriz 0.1.3: El sistema de gestión de la documentación del SIGC ha permitido el control eficiente y sistemático de los documentos, datos y registros que se generan.*

El centro dispone de un sistema de gestión documental estructurado y plenamente integrado en su funcionamiento académico y de calidad. Las memorias anuales de cada titulación incluyen, de manera sistemática, el registro de todas las modificaciones realizadas durante el curso académico, lo que permite mantener la trazabilidad de los cambios y facilita el seguimiento de la evolución de los programas formativos.

Asimismo, todas las actas de las diferentes juntas y órganos colegiados se recopilan en un repositorio institucional que garantiza su conservación y acceso. Este repositorio constituye una fuente estable de evidencias para los procesos de revisión interna y para la verificación externa del funcionamiento del Sistema Interno de Garantía de Calidad.

Además, el centro ha implantado la aplicación Proquo como herramienta corporativa para la gestión integrada de datos y documentación. Esta plataforma centraliza la información relativa a sugerencias, reclamaciones, indicadores, resultados académicos y administrativos, así como otros registros relevantes para el sistema. Tanto el personal docente e investigador (PDI) como el personal técnico y de gestión (PTG) disponen de acceso directo a la aplicación, lo que favorece la transparencia, la actualización continua y una gestión más eficiente de la información.

*Directriz 0.1.4: El centro ha fomentado la participación activa de los grupos de interés en la gestión del SIGC y en la toma de decisiones mediante su participación en órganos como, por ejemplo, la Comisión de Calidad o equivalente.*

El SIGC del centro contempla la participación de los distintos grupos de interés en la Comisión de Calidad de la Facultad, integrada por la Decana, el Coordinador de Calidad, el Vicedecano de Estudiantes, el Vicedecano de Internacional, los Directores de Titulación, la Oficina Técnica, y los representantes de estudiantes, egresados y empleadores.

Sin embargo, a partir de la información pública disponible, no es posible verificar con claridad el grado de participación efectiva de estos colectivos ni su impacto en la toma de decisiones. Aunque se señala la presencia de diversos grupos de interés en las comisiones de calidad, no se detalla su composición nominal ni el rol específico que desempeña cada uno, lo que limita la trazabilidad de su contribución al sistema.

Asimismo, durante la visita se constató un cierto desconocimiento por parte del profesorado respecto a la localización de los procedimientos y, en particular, de aquellos que resultan de aplicación directa para la correcta ejecución de sus funciones. Por ejemplo, no se evidenció un conocimiento adecuado de procedimientos como PEM03 (Evaluación y Mejora del Programa de Prácticas Externas), PEM04 (Evaluación y Mejora del Programa de Movilidad), PR-030 (Gestión de las Prácticas Externas de Grado), PR-023 (Gestión del Programa de Movilidad) o PR-089 (Gestión de las Prácticas Externas de Máster Universitario).

En este sentido, se considera necesario reforzar el conocimiento y la difusión del Sistema Interno de Garantía de Calidad, así como promover la sistematización y correcta aplicación de los procesos asociados.

*Directriz 0.1.5: El proceso de gestión de reclamaciones, incidencias y sugerencias ha evolucionado con el tiempo, ha demostrado su eficacia y ha aportado información útil para la definición de acciones de mejora del centro.*

El centro dispone del procedimiento PR-002 para la gestión de reclamaciones, incidencias y sugerencias, integrado en el Sistema Interno de Garantía de Calidad. Los usuarios pueden presentar sus comunicaciones a través del formulario disponible en el Buzón de Sugerencias, accesible tanto desde la PDU como desde la página web institucional, o bien mediante correo electrónico dirigido a [buzon@usj.es](mailto:buzon@usj.es).

Las entradas registradas por cualquiera de estos canales son analizadas por los órganos de calidad y se incorporan al Informe de Revisión del Sistema de Gestión Integrado elaborado por la Dirección, garantizando su trazabilidad y consideración en los procesos de mejora.

En cuanto a la participación del estudiantado, esta se articula fundamentalmente a través de sus representantes, que desempeñan un papel especialmente relevante en la transmisión, seguimiento y resolución de incidencias y sugerencias. A nivel de titulaciones, se observan diferencias en la evolución y grado de participación del alumnado, así como en la tipología de las solicitudes recibidas, que en su mayoría se resuelven satisfactoriamente, aun cuando no siempre guardan relación directa con aspectos académicos. En las titulaciones de reciente implantación, todavía no se dispone de información suficiente para realizar una valoración completa del funcionamiento del proceso.

### Criterio 0.2: Revisión y mejora del SIGC

#### **Estándar:**

*El centro ha ejecutado periódicamente los procesos para el seguimiento, revisión y mejora de todos los procesos y elementos de su SIGC con la participación de los grupos de interés, demostrando la eficacia y adecuación del sistema y el cumplimiento de los requisitos externos de certificación. A partir del proceso de revisión, el SIGC ha evolucionado para cumplir las necesidades del centro.*

#### **Valoración global del Criterio:**

#### **B. SE ALCANZA**

#### **Directrices:**

*Directriz 0.2.1: El centro **ha revisado periódicamente su política de calidad**, fomentando la participación de los grupos de interés en el debate sobre su adecuación y relevancia y, en su caso, en la aprobación de nuevas versiones.*

La Política de Calidad del centro se encuentra publicada en la página web de la universidad; sin embargo, dicha publicación no incluye la fecha de su última actualización, lo que dificulta su trazabilidad. Por ello, se recomienda incorporar explícitamente esta información.

El autoinforme indica que la Política de Calidad se revisa en el marco de los procesos de revisión del SIGC y que es conocida por los distintos colectivos a través de los órganos de calidad y de su difusión en la web institucional. En esta línea, los informes de revisión del Sistema de Gestión Integrado elaborados por Dirección incluyen de manera sistemática un apartado específico dedicado a su revisión, aunque no se ha modificado desde el año 2020 y no hay evidencia de la participación activa de los distintos grupos de interés en la reflexión sobre su adecuación, más allá de su aprobación en los órganos colegiados correspondientes.

*Directriz 0.2.2: El centro ha llevado a cabo una **revisión formal, periódica y planificada** de su SIGC para valorar su funcionamiento y eficacia y comprobar el grado de cumplimiento de los requisitos externos de certificación, existiendo evidencias de la identificación de mejoras sobre su funcionamiento.*

El centro realiza una revisión periódica y planificada del SIGC, basada en el análisis de indicadores, los resultados de satisfacción de los grupos de interés, los informes de seguimiento de las titulaciones y los resultados de evaluaciones externas. Estas revisiones se documentan en informes y actas de los órganos de calidad y permiten identificar áreas de mejora y acciones correctoras que se incorporan a los planes de actuación del centro.

No obstante, en relación con la medición de la eficacia del sistema, se observa que actualmente solo se dispone de un indicador asociado al proceso PE-01 (Sistema de Gestión Integrado), referido al “Número de certificaciones del sistema de gestión”. Esta limitación reduce la capacidad del SIGC para evaluar de manera más amplia y precisa su eficacia global y su evolución en el tiempo.

*Directriz 0.2.3: El centro ha llevado a cabo **auditorías internas periódicas** para comprobar el nivel de cumplimiento del SIGC en todas sus áreas operativas e identificar posibles acciones de mejora.*

El centro ha realizado auditorías internas del SIGC durante el periodo evaluado, orientadas a comprobar el grado de cumplimiento de los procesos definidos e identificar oportunidades

de mejora. Estas auditorías permiten detectar no conformidades y formular acciones que son incorporadas al sistema.

*Directriz 0.2.4: El centro ha realizado un análisis formal de las recomendaciones de los informes internos y externos del Sistema y un seguimiento posterior, en su caso, de su implantación.*

El centro analiza las recomendaciones derivadas tanto de los informes internos del SIGC como de las evaluaciones externas —incluidos los procesos de seguimiento y renovación de la acreditación de las titulaciones—, integrándolas de manera sistemática en sus procesos de mejora. Estas recomendaciones son tratadas en los órganos de calidad y se concretan en acciones que pasan a formar parte de los planes de mejora del centro.

La documentación aportada por la universidad evidencia que este análisis se realiza de forma estructurada, incorporando las recomendaciones, cuando procede, a los planes de mejora del sistema, con la correspondiente definición de acciones, responsables y plazos, así como el seguimiento de su grado de implantación

## **DIMENSIÓN 1: PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA**

### Criterio 1.1: Planificación estratégica

#### **Estándar:**

*El centro ha dispuesto de un plan estratégico/plan director propio o de un plan de actuación alineado con el plan estratégico de la universidad, en base al que se han programado las acciones para la gestión del centro durante el periodo evaluado. El plan estratégico se ha definido a partir del estudio de las necesidades y expectativas actuales y futuras del entorno y con la participación de los grupos de interés. Periódicamente, se ha realizado el seguimiento de los objetivos estratégicos.*

#### **Valoración global del Criterio:**

### **B. SE ALCANZA**

#### **Directrices:**

*Directriz 1.1.1: El plan estratégico (o similar) del centro está **alineado con los ejes principales de su política de calidad** y con el plan estratégico de la universidad y ha sido definido con la **participación** de los grupos de interés.*

La Universidad San Jorge dispone de un Plan Estratégico institucional vigente (2020–2025), cuyos ejes estratégicos están orientados a la calidad educativa, la mejora continua, la investigación, la empleabilidad, la internacionalización y el desarrollo institucional. Este plan incorpora de manera explícita la Política de Calidad y se articula con el Sistema de Gestión Integrado de la universidad, alineado con estándares de referencia como ISO 9001, ISO 14001, EMAS y con las directrices del programa PACE de la ACPUA.

En este marco, la Facultad de Ciencias de la Salud ha desplegado su planificación y sus objetivos estratégicos en coherencia con el Plan Estratégico institucional y con su propia Política de Calidad, incorporando objetivos específicos que desarrollan los ejes estratégicos universitarios en el ámbito de las Ciencias de la Salud. La documentación disponible y la información publicada en la web permiten constatar esta alineación.

La participación de los grupos de interés (estudiantado, profesorado, personal técnico y de gestión, egresados y empleadores) se canaliza principalmente a través de los órganos de gobierno y de calidad, en particular mediante las Comisiones de Calidad de la Facultad y de las titulaciones, donde se analizan y aprueban objetivos, se realiza su seguimiento y se revisan los resultados anuales. Existen, además, procedimientos específicos del SIGC que regulan esta participación.

No obstante, si bien los objetivos y planes de actuación del centro se encuentran alienados con la planificación estratégica de la universidad, no se identifica de forma clara un documento único de planificación estratégica propio de la Facultad, diferenciado y explícitamente formulado como tal. Asimismo, aunque la participación de los grupos de interés está prevista y se materializa en los órganos de calidad, no siempre resulta posible verificar de manera sistemática su participación directa en la definición inicial de la planificación estratégica del centro.

*Directriz 1.1.2: El plan estratégico tiene en cuenta las líneas marcadas por **referentes externos** como puede ser la Agenda 2030.*

El Plan Estratégico institucional de la Universidad San Jorge incorpora de forma explícita referentes externos relevantes, entre los que destacan los principios y valores asociados a la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como otros marcos vinculados a la sostenibilidad ambiental, la responsabilidad social y la contribución al entorno. Esta orientación se alinea con el Sistema de Gestión Integrado de la universidad y con certificaciones como ISO 14001, EMAS y la iniciativa Green Campus.

En este contexto, la Facultad de Ciencias de la Salud alinea su orientación estratégica y sus objetivos de mejora continua con dichos referentes, integrándolos en actuaciones relacionadas con la docencia, la investigación, la transferencia de conocimiento y la gestión de recursos. Se identifican, asimismo, acciones concretas vinculadas a la sostenibilidad y al compromiso social, como iniciativas de eficiencia energética, promoción de la movilidad sostenible, colaboración con entidades externas y fortalecimiento de la investigación orientada al impacto social.

La planificación estratégica se despliega en objetivos y actuaciones que son objeto de seguimiento y revisión periódica, apoyados en indicadores que permiten analizar el grado de cumplimiento de las líneas estratégicas y fundamentar la toma de decisiones orientadas a la mejora continua. No obstante, si bien la referencia a marcos externos como la Agenda 2030 es clara a nivel institucional, el grado de integración sistemática y explícita de estos referentes en los objetivos estratégicos específicos del centro podría reforzarse, especialmente en lo relativo a la identificación directa de metas y resultados asociados a dichos marcos.

*Directriz 1.1.3: El plan estratégico se ha desplegado en planes anuales para los que se han definido **objetivos específicos** que se revisan periódicamente. Los objetivos tienen asociados **indicadores y metas** de forma que se pueda analizar el grado de cumplimiento de los mismos.*

El Plan Estratégico institucional en el que se enmarca la Facultad de Ciencias de la Salud se despliega operativamente a través de planes anuales de actuación, integrados en el Sistema Interno de Garantía de Calidad. En este marco, el centro define objetivos específicos anuales,

tanto estratégicos como de calidad, alineados con las líneas estratégicas de la universidad y de la Facultad, que son objeto de seguimiento y revisión periódica.

Los planes anuales concretan las acciones a desarrollar, identifican responsables, recursos y plazos, y se apoyan en indicadores que permiten analizar el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos. Este seguimiento se articula mediante distintos instrumentos, como las memorias anuales de las titulaciones, los informes de gestión y el Informe de Revisión del SGC, así como a través del Cuadro de Mando Integral institucional y de Facultad. La implantación de herramientas de gestión como Proquo ha reforzado la trazabilidad entre objetivos, indicadores, acciones y resultados, facilitando el acceso a la información actualizada y el análisis sistemático del cumplimiento.

Asimismo, las memorias anuales de las titulaciones incorporan objetivos definidos mediante indicadores y, en su caso, planes de mejora asociados a aquellos objetivos no alcanzados, incluyendo recursos, plazos y metas de mejora. El grado de cumplimiento global de los objetivos estratégicos se analiza de forma agregada y periódica, proporcionando una base cuantitativa para la toma de decisiones y la mejora continua. La participación de los grupos de interés en este proceso se canaliza a través de los órganos de calidad y de las comisiones correspondientes, donde se debaten los resultados y las acciones de mejora.

No obstante, aunque el sistema de seguimiento está claramente definido y se apoya en indicadores, no en todos los casos se explicitan de manera homogénea las metas asociadas a dichos indicadores, lo que puede dificultar una valoración plenamente objetiva y comparable del grado de consecución de algunos objetivos estratégicos.

## **DIMENSIÓN 2: DISEÑO Y EVOLUCIÓN DE LA OFERTA FORMATIVA**

### Criterio 2.1: Evolución de la oferta formativa

#### **Estándar:**

*El centro ha revisado periódicamente, en línea con su planificación estratégica y junto con los grupos de interés (sobre todo los empleadores) su oferta formativa, tanto las titulaciones oficiales como las titulaciones de formación permanente, utilizando los datos e información que tiene a su alcance para planificar ajustes en la oferta según las necesidades y el entorno.*

#### **Valoración global del Criterio:**

#### **B. SE ALCANZA**

#### **Directrices:**

*Directriz 2.1.1: La **evolución de la oferta formativa** está vinculada con el plan estratégico del centro.*

La evolución de la oferta formativa de la Facultad de Ciencias de la Salud se ha desarrollado de manera coherente y alineada con las líneas estratégicas definidas tanto por la Universidad San Jorge como por el propio centro. El Plan Estratégico institucional (2020–2025) contempla de forma explícita la identificación y el desarrollo de nuevas titulaciones vinculadas a la innovación docente, la empleabilidad, el impacto social y la adaptación a las necesidades del

entorno profesional, objetivos que se reflejan en la planificación y en las decisiones adoptadas por la Facultad.

Esta vinculación estratégica se evidencia en la incorporación progresiva de nuevas titulaciones oficiales y propias en el ámbito de las Ciencias de la Salud, así como en la revisión y adaptación de la oferta existente. Entre los ejemplos más relevantes destacan la implantación reciente del Grado en Medicina, el Máster Universitario en Biomecánica de la Locomoción Humana y el Máster Universitario en Psicología General Sanitaria, así como el desarrollo de nuevos títulos propios y dobles grados, todos ellos justificados en función de la demanda social, la empleabilidad y las necesidades detectadas en el entorno sanitario. Asimismo, se observan ajustes en la capacidad de determinadas titulaciones, como el incremento de plazas en el Grado en Psicología, sustentados en análisis previos de demanda y disponibilidad de recursos.

La coherencia entre la evolución de la oferta formativa y la planificación estratégica también queda reflejada en la documentación del Sistema Interno de Garantía de Calidad y en las memorias de seguimiento de las titulaciones, donde se justifican los cambios introducidos en relación con los objetivos estratégicos del centro y de la universidad. En conjunto, las evidencias disponibles permiten constatar que las decisiones sobre creación, modificación y consolidación de la oferta formativa responden a una planificación estratégica definida y a un enfoque de mejora continua.

*Directriz 2.1.2: La **revisión de la oferta formativa y la prospectiva de nuevas titulaciones se ha llevado a cabo con la participación de los grupos de interés.***

La Facultad de Ciencias de la Salud dispone de mecanismos formales para la revisión de la oferta formativa y la prospectiva de nuevas titulaciones, integrados en el Sistema Interno de Garantía de Calidad y alineados con los procedimientos institucionales establecidos, en particular el Procedimiento para el Diseño de Títulos Oficiales (PR-018). Estos procedimientos contemplan la participación de los distintos grupos de interés en los procesos de análisis, revisión y toma de decisiones sobre la evolución de la oferta formativa.

La participación de los grupos de interés se articula principalmente a través de las Comisiones de Calidad de las titulaciones y del centro, en las que están representados el estudiantado, los egresados, el profesorado, el personal técnico y de gestión y, en determinados casos, empleadores y profesionales del sector. En estas comisiones se analizan los resultados de seguimiento de las titulaciones, los datos de satisfacción, los indicadores académicos y la adecuación de los programas a las necesidades del entorno profesional, lo que permite identificar ajustes en la oferta formativa y plantear nuevas líneas de desarrollo.

Asimismo, la documentación institucional y las memorias de verificación y seguimiento evidencian que, en los procesos de prospectiva de nuevas titulaciones, se realizan análisis de demanda social, empleabilidad y pertinencia, incorporando la consulta a empleadores y expertos externos. Las memorias anuales reflejan, además, que las aportaciones de los grupos de interés han dado lugar a ajustes en la oferta, como modificaciones en la optatividad, en las prácticas externas o en la actualización de competencias, contribuyendo a la mejora y adecuación de los programas formativos.

No obstante, si bien la participación de los grupos de interés está prevista y se materializa a través de los órganos establecidos, no siempre resulta claramente verificable la contribución

sistemática y estructurada de todos los colectivos en los procesos de prospectiva y en la toma de decisiones estratégicas sobre la evolución de la oferta formativa, ni el impacto concreto de sus aportaciones en las decisiones finales.

*Directriz 2.1.3: En su caso, la **identificación de titulaciones a extinguir** se ha realizado a partir del análisis de los datos recogidos relativos a oferta de plazas/matrícula, satisfacción del estudiantado y resultados de aprendizaje y el procedimiento para la extinción se ha ejecutado adecuadamente, asegurando los derechos del estudiantado.*

La Facultad de Ciencias de la Salud dispone de procedimientos institucionales formalizados para la identificación y, en su caso, la extinción de titulaciones, alineados con la normativa vigente y orientados a garantizar los derechos del estudiantado. En particular, el Procedimiento para la extinción de un título oficial (PR-045) establece los criterios, fases y garantías asociadas a este proceso, siendo de aplicación a titulaciones oficiales de grado, máster y doctorado.

La identificación de titulaciones a extinguir se apoya en el análisis de datos objetivos, tales como la evolución de la matrícula, la oferta de plazas, el rendimiento académico y otros indicadores de seguimiento recogidos en las memorias anuales de las titulaciones. Estos datos permiten fundamentar la toma de decisiones en casos de baja demanda sostenida, falta de viabilidad académica o estratégica, o necesidad de sustitución por titulaciones más actualizadas y alineadas con las necesidades del entorno.

En este sentido, se evidencia la aplicación del procedimiento en la supresión del Máster Universitario en Atención Farmacéutica y Farmacoterapia, motivada por la baja demanda de estudiantado y precedida de consultas con los colegios profesionales, el profesorado implicado y otros agentes relevantes. El proceso se ha ejecutado de manera ordenada, sin que se hayan identificado incidencias relacionadas con la vulneración de los derechos del estudiantado, garantizándose en todo momento la finalización de los estudios en las condiciones previstas o, en su caso, la adaptación a nuevas titulaciones.

Asimismo, se constata que el centro aborda de forma periódica, en el marco de las comisiones de calidad y de las reuniones de centro, la pertinencia de mantener, modificar o extinguir titulaciones, combinando decisiones de extinción con acciones de actualización y mejora de los programas existentes. No obstante, se identifica margen de mejora en la incorporación explícita de los resultados de satisfacción del estudiantado como criterio formal en los procedimientos de extinción

#### Criterio 2.2: Diseño, revisión y actualización de los programas formativos

##### **Estándar:**

*Los procedimientos para el diseño, aprobación, revisión periódica y, en su caso, modificación de los programas formativos del centro se han ejecutado eficazmente, garantizando la participación de los grupos de interés, y en especial, del estudiantado, permitiendo el mantenimiento de una oferta formativa actualizada.*

##### **Valoración global del Criterio:**

#### **B. SE ALCANZA**

##### **Directrices:**

*Directriz 2.2.1: En el **proceso de diseño y aprobación** de nuevas titulaciones se ha tenido en cuenta la participación de los grupos de interés, las necesidades y expectativas del entorno y las futuras tendencias del mercado laboral.<sup>2</sup>*

La Universidad San Jorge, y en particular la Facultad de Ciencias de la Salud, dispone de procedimientos institucionales formalizados para el diseño, verificación y aprobación de nuevas titulaciones, alineados con la normativa vigente y con el Sistema Interno de Garantía de Calidad. Dichos procedimientos (especialmente el PR-018 Procedimiento para el diseño de títulos oficiales y el PR-017 Procedimiento para la verificación y autorización de títulos oficiales) establecen la consideración de la demanda social, la empleabilidad, las necesidades del entorno profesional y las tendencias del mercado laboral, así como la participación de distintos grupos de interés en el proceso.

En la documentación analizada, incluidas las memorias anuales y las memorias de verificación de las titulaciones, se evidencia que el diseño y la evolución de la oferta formativa se apoyan en el análisis de indicadores académicos, resultados de seguimiento y datos de empleabilidad, con una atención explícita a la adecuación de los perfiles de egreso a las competencias demandadas en el ámbito de las Ciencias de la Salud. Asimismo, se recogen referencias a la consulta de información procedente de distintos agentes, principalmente a través de resultados de satisfacción y de la interacción con entidades colaboradoras, especialmente en el marco de las prácticas externas.

Los procedimientos del SIGC contemplan la participación de especialistas externos, personal docente e investigador, personal técnico y de gestión, estudiantado y egresados, coordinados por los órganos académicos competentes, lo que proporciona un marco formal para la incorporación de las necesidades y expectativas de los grupos de interés en el diseño de nuevas titulaciones.

No obstante, a partir de la información pública disponible y de las memorias analizadas, no siempre resulta claramente verificable el grado de participación directa y sistemática de los distintos grupos de interés externos en las fases iniciales de diseño y aprobación de nuevas titulaciones, ni el impacto concreto de sus aportaciones en las decisiones finalmente adoptadas. En este sentido, se identifica margen de mejora en la sistematización y visibilización de dicha participación.

*Directriz 2.2.2: El **proceso de seguimiento** de las titulaciones impartidas en el centro se ha ejecutado según lo establecido por el SIGC, con la participación de los grupos de interés. Las mejoras implantadas en los programas formativos se han analizado para asegurar su eficacia.*

La Facultad de Ciencias de la Salud dispone de procedimientos definidos en el marco de su Sistema Interno de Garantía de Calidad para el seguimiento periódico de las titulaciones impartidas. Dicho seguimiento se articula fundamentalmente a través de la elaboración de

---

<sup>2</sup> Si el centro oferta dobles titulaciones, se deberá cumplir con lo dispuesto en el RD 822/2021, artículo 24: “Los órganos de gobierno de la universidad o universidades implicadas, previo informe preceptivo y favorable de sus propios sistemas internos de calidad –o del centro o centros implicados–, aprobarán un documento que explicita el proyecto formativo de estos programas de doble titulaciones, el plan de estudios resultante del itinerario específico, los conocimientos y las competencias esenciales a alcanzar, las prácticas y el modelo de reconocimiento de asignaturas entre los títulos implicados.”

memorias anuales de seguimiento de cada programa formativo, que son accesibles públicamente y recogen de forma sistemática información relevante sobre el desarrollo de las titulaciones.

Estas memorias incluyen el análisis de indicadores académicos, tales como datos de matrícula, tasas de rendimiento y éxito, resultados de aprendizaje, evaluación de la actividad docente y resultados de satisfacción del estudiantado, del profesorado y, en determinados casos, de las entidades colaboradoras en prácticas externas. El proceso de seguimiento se ejecuta de manera regular y conforme a lo establecido en los procedimientos del SIGC, contando con la participación de las Comisiones de Calidad de las titulaciones, en las que están representados los distintos grupos de interés.

A partir del análisis de la información recogida, el centro identifica y documenta acciones de mejora relacionadas con aspectos docentes, organizativos, de coordinación académica y de desarrollo de los programas formativos. Estas acciones se incorporan a planes de mejora específicos y se someten a seguimiento en cursos posteriores, lo que permite analizar su grado de implantación y su eficacia. Asimismo, se constata la utilización de herramientas institucionales de gestión y seguimiento que facilitan la trazabilidad entre los resultados analizados, las decisiones adoptadas y las mejoras implementadas.

En conjunto, las evidencias disponibles permiten concluir que el seguimiento de las titulaciones se realiza conforme a los procedimientos del SIGC, con participación de los grupos de interés y con un enfoque orientado a la mejora continua, incorporando mecanismos para el análisis posterior de la eficacia de las acciones implantadas.

*Directriz 2.2.3: En su caso, el centro ha analizado los **informes externos** recibidos y ha actuado adecuadamente sobre las titulaciones correspondientes, implantando las mejoras necesarias y haciendo un seguimiento de la eficacia de las mismas una vez implantadas.*

La Facultad de Ciencias de la Salud recibe de forma sistemática informes externos de evaluación, seguimiento y, en su caso, renovación de la acreditación de las titulaciones, emitidos por los organismos de calidad competentes. Estos informes constituyen una fuente relevante de información para la revisión y mejora de los programas formativos y están integrados de manera formal en el ciclo de mejora definido por el Sistema Interno de Garantía de Calidad del centro.

A partir de la información recogida en las memorias anuales de seguimiento de las titulaciones y en los informes de revisión del sistema, se constata que el centro analiza las recomendaciones, observaciones y aspectos de especial seguimiento formulados en los informes externos y los traduce en acciones de mejora concretas, que se incorporan a los planes de actuación de los cursos siguientes. Estas acciones se orientan, entre otros aspectos, a la mejora de la organización docente, la coordinación académica, la información pública y determinados elementos del desarrollo de las enseñanzas.

Asimismo, se evidencia que los resultados de las evaluaciones externas se utilizan de forma complementaria como elemento de contraste y refuerzo de los procesos internos de revisión, integrándose en la dinámica de seguimiento del SIGC. En algunos casos concretos, como determinadas titulaciones consolidadas, se documenta el estado de implantación de las mejoras derivadas de recomendaciones externas y su cierre una vez ejecutadas.

No obstante, aunque las acciones derivadas de los informes externos son identificadas y seguidas, no siempre resulta claramente verificable la evaluación sistemática de la eficacia de dichas acciones una vez implantadas, especialmente en términos de impacto en los resultados académicos o en los indicadores de seguimiento. En el caso de titulaciones de reciente implantación, este análisis no ha podido realizarse todavía por no haberse completado los ciclos de evaluación externa.

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

#### Criterio 3.1: Procesos de información previa, admisión y matriculación

##### **Estándar:**

*Los procedimientos de información previa, admisión y matriculación se han aplicado conforme a las diferentes normativas y han evolucionado hacia la mejora, demostrando su eficacia en la atención a las necesidades y expectativas del estudiantado y en la optimización de los recursos del centro.*

##### **Valoración global del Criterio:**

#### **B. SE ALCANZA**

##### **Directrices:**

*Directriz 3.1.1: La **orientación previa** es eficaz y la información difundida es fiel a la realidad del centro. Por ejemplo, para valorar la eficacia del proceso de orientación, se analizan las causas de abandono de las titulaciones aplicando mejoras en caso necesario.*

La Universidad y la Facultad de Ciencias de la Salud disponen de diversos canales institucionales para la información previa y la orientación al estudiantado —entre ellos, la web de admisión, los apartados de requisitos, el proceso de matrícula y las preguntas frecuentes— con contenidos actualizados y desagregados por titulación, que garantizan la accesibilidad y fidelidad de la información pública respecto a la oferta real de la Facultad. Asimismo, el portal de transparencia incorpora resúmenes gráficos que muestran la evolución de los principales indicadores académicos de cada programa.

En el caso de los estudios de grado, el proceso de orientación previa se articula mediante un formulario de preadmisión que enlaza con sesiones informativas, preferentemente presenciales, en las que un profesor y un asesor explican los requisitos de acceso, las tasas, el plan de estudios, las salidas profesionales y las becas disponibles. Además, el estudiantado dispone de formularios en línea, un canal de WhatsApp y un correo electrónico específico para realizar consultas. Para los másteres, la orientación se complementa con formularios web, atención por correo electrónico y un teléfono de soporte. En conjunto, estos canales se valoran como eficaces para asegurar la difusión adecuada de la información sobre las titulaciones.

Durante las audiencias con el estudiantado se confirmó la utilidad de estas acciones de orientación previa, que pueden incluir, cuando se solicita, la participación de las familias. No obstante, se detectaron ciertas lagunas en la información facilitada sobre las salidas profesionales en titulaciones concretas, como el Grado en Psicología, que no habilita para el ejercicio clínico.

La orientación previa y el acompañamiento durante la trayectoria académica se complementan con el Plan de Acción Tutorial (PAT), regulado mediante el PR-007 y el PEM01, y sustentado en guías de apoyo al profesorado (DI-012) y en una Memoria Anual del Plan de Acción Tutorial (DI-050). Las encuestas de valoración de tutores y del PAT muestran niveles de satisfacción elevados (9,4). Las Memorias Anuales de las titulaciones recogen información relativa al número de tutores, su evaluación y los resultados asociados.

No obstante, en algunas titulaciones y cursos académicos —como se observa en la Memoria 2022-2023 del Grado en Psicología— se aprecian limitaciones en la disponibilidad, sistematización y explotación de los datos de abandono. Estas limitaciones se deben, en parte, a bajas tasas de respuesta en las encuestas (inferiores al 50% del estudiantado) y a la ausencia de un cálculo explícito de la tasa de abandono en determinados cursos, pese a registrarse descensos en las matriculaciones. En estos casos, aunque se constata la existencia de bajas y se mencionan cifras globales, no siempre se explicitan las causas ni las acciones correctivas derivadas del análisis, lo que apunta a un margen de mejora en la utilización de esta información para evaluar la eficacia de la orientación previa. No obstante, durante las audiencias con responsables académicos se señaló que el centro activa mecanismos de seguimiento y monitorización individualizada cuando se detectan desviaciones significativas en las tasas de abandono, siempre con el consentimiento del estudiantado implicado.

*Directriz 3.1.2: Los procesos de admisión a las titulaciones impartidas por el centro se ejecutan de acuerdo a la normativa y a lo establecido en las memorias de verificación.*

Los procesos de admisión a las titulaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud se desarrollan conforme a la normativa vigente y a lo establecido en las memorias de verificación, garantizando condiciones de igualdad, transparencia y coherencia con los requisitos de acceso. Además, disponen de dos órganos, la Comisión de Admisión y el Servicio de Gestión Académica (SGA), que aseguran el cumplimiento y el desarrollo de la normativa estatal y propia de la Universidad.

La información relativa a los requisitos de acceso, criterios de admisión, ordenación de solicitudes, listas de espera, plazos, documentación exigida y proceso de matrícula se encuentra publicada y accesible a través de la web institucional, garantizando los principios de igualdad, transparencia y trazabilidad del proceso, tanto en estudios de grado como de máster y doctorado. El Servicio de Gestión Académica actúa como órgano de soporte y supervisión del cumplimiento normativo en todas las fases del proceso.

El centro cuenta con procedimientos específicos que regulan la admisión a las distintas enseñanzas, entre los que destacan los siguientes: PR-025 Procedimiento de Admisión a Programas de Grado, PR-027 Procedimiento para la Matriculación de Estudiantes, PR-037 Procedimiento de Admisión a Programas de Máster Universitario y Títulos Propios, PR-038 Procedimiento de Admisión a Programas de Doctorado.

Estos procedimientos definen las responsabilidades, los criterios aplicables y las actuaciones a desarrollar, garantizando la coherencia entre la normativa institucional y las memorias de verificación.

Asimismo, el autoinforme y las memorias de seguimiento hacen referencia a la existencia de una Comisión de Admisión, encargada de la revisión y supervisión del proceso, asegurando la correcta aplicación de los criterios establecidos. No obstante, aunque en el autoinforme se

indica la existencia de una Comisión de Admisión encargada de la revisión anual de este proceso, la información pública disponible no permite verificar su composición ni acceder a evidencias sobre las actas o acuerdos adoptados, por lo que se identifica margen de mejora en la visibilidad y documentación de su funcionamiento.

En el caso de los másteres, se destaca especialmente la trazabilidad documental del proceso de admisión y matrícula, dada la relevancia de los requisitos específicos de acceso, y la coherencia entre los criterios aplicados y los establecidos en las memorias verificadas.

*Directrices 3.1.3: En aquellas titulaciones en las que existen **complementos formativos** se analiza la eficacia de los mismos a partir de los resultados obtenidos por el estudiantado.*

En aquellas titulaciones que contemplan la posibilidad de complementos formativos (como determinados másteres o programas de doctorado), la Facultad de Ciencias de la Salud dispone de mecanismos de seguimiento del rendimiento académico del estudiantado, lo que permitiría evaluar, en términos generales, la eficacia de dichos complementos.

En determinados másteres universitarios, como el Máster en Psicología Clínica Sanitaria, se establecen requisitos específicos de formación previa (haber obtenido un título de Licenciado o Graduado en Psicología previamente con al menos 90 créditos ECTS de carácter específicamente sanitario), de modo que únicamente en el caso de que el estudiantado no cumpla dichos requisitos se prevé la realización de complementos formativos, circunstancia que queda claramente especificada en la información pública de admisión.

Asimismo, el Doctorado en Ciencias de la Salud tiene prevista la aplicación de complementos formativos cuando sea necesaria, en función del perfil de ingreso de los alumnos. Sin embargo, según la información disponible, no ha sido necesaria su aplicación, por lo que no hay datos sobre la eficacia de los mismos, incluso a pesar de que, en las encuestas, algunos alumnos los han evaluado (Memorias anuales del Programa).

No obstante, en relación con lo anterior, según se indica en el autoinforme, no se han registrado estudiantes que hayan requerido cursar complementos formativos, por lo que no ha sido posible valorar su eficacia en la práctica.

Durante las audiencias, se ha cuestionado a los diferentes grupos de interés sobre aspectos diversos de los complementos formativos. Ninguno de los grupos ha expresado un conocimiento claro de qué son y con qué criterios se aplican o aplicarían estos complementos formativos en caso necesario, incluido profesorado y componentes de la CAPD del Doctorado en Biomedicina.

*Directrices 3.1.4: Los procesos de **reconocimientos de créditos** se realizan de acuerdo a lo establecido en la normativa y en las memorias de verificación, analizándose la adecuación de los mismos.*

Los procesos de reconocimiento de créditos en la Facultad de Ciencias de la Salud se desarrollan conforme a la normativa vigente y a lo establecido en las memorias de verificación de los títulos, garantizando criterios de transparencia y trazabilidad. El Servicio de Gestión Académica es el encargado de la revisión del proceso y establecen claramente sus criterios de revisión en la normativa disponible en su página web.

En este sentido, el centro cuenta con el PR-100 Procedimiento de Reconocimiento, Transferencia y Convalidación de Créditos, que define de manera estructurada las distintas

fases del proceso: solicitud por parte del estudiante, revisión de la documentación, traslado al responsable académico para la valoración, emisión de la resolución, e incorporación de los créditos reconocidos al expediente académico. Este procedimiento garantiza criterios de transparencia, trazabilidad y coherencia académica en la toma de decisiones.

La gestión y supervisión de estos procesos corresponde al Servicio de Gestión Académica, que asegura la correcta aplicación de la normativa y el cumplimiento de los criterios establecidos en cada titulación. Las guías académicas y la información disponible en la web institucional recogen los principios generales del reconocimiento de créditos, facilitando el acceso del estudiantado a la información relevante.

Las memorias anuales de las titulaciones incluyen referencias a la aplicación de los procesos de reconocimiento de créditos y, cuando procede, a su revisión, lo que permite evidenciar la adecuación de los mismos al perfil del estudiantado y a los resultados de aprendizaje previstos. Como evidencia concreta, se ha facilitado documentación relativa al reconocimiento de asignaturas en titulaciones conjuntas, como el Doble grado en Bioinformática y Farmacia, aunque no incluye histórico sobre casos de reconocimientos detallados por curso.

No obstante, la información pública disponible no permite verificar la realización de análisis sistemáticos sobre la adecuación de los créditos reconocidos, ni la adopción de ajustes derivados de dichos análisis. Asimismo, no ha sido posible acceder al enlace relativo al reconocimiento de asignaturas al que se hace referencia en las evidencias aportadas por la Facultad, lo que limita la verificación de este aspecto. En las audiencias se ha ratificado esta dificultad a conocer el histórico, si bien el Equipo directivo dice que existe. Los estudiantes confían en sus tutores para solicitar los reconocimientos y, en líneas generales, se encuentran satisfechos, aunque en casos concretos han tenido la sensación de que podían haber solicitado mayor número de reconocimientos y, en otros, que se les han reconocido asignaturas que esperaban que no se iban a reconocer por incluir contenidos que no estaban en las asignaturas cursadas en otras titulaciones previamente.

### Criterio 3.2: Orientación del estudiantado

#### **Estándar:**

*Los procedimientos de orientación académica, personal y profesional del estudiantado han evolucionado según el perfil de ingreso y las exigencias del mercado laboral.*

#### **Valoración global del Criterio:**

#### **B. SE ALCANZA**

#### **Directrices:**

*Directriz 3.2.1: La **orientación académica y personal** del estudiantado se revisa y evoluciona de acuerdo con las necesidades individuales y con las características del perfil actual de ingreso.*

La Facultad de Ciencias de la Salud ofrece orientación académica, tanto pasiva (página web), como activa y personal al estudiantado, a través de tutorías y programas de acompañamiento y mentorización, con el objetivo de atender necesidades individuales y facilitar la adaptación a la vida universitaria.

El eje central de esta orientación es el Plan de Acción Tutorial (PAT), mediante el cual a cada estudiante se le asigna un tutor académico que realiza funciones de seguimiento académico, orientación personal y acompañamiento durante su trayectoria formativa. Este plan se encuentra regulado por procedimientos específicos y se materializa a través de guías e instrumentos que orientan la labor del profesorado, contando además con mecanismos de evaluación y seguimiento cuyos resultados se recogen en memorias anuales y encuestas de satisfacción, con valoraciones globalmente positivas por parte del estudiantado. El procedimiento PR-007 Procedimiento para la Orientación de los Estudiantes mediante el Plan de Acción Tutorial, sistematiza estos aspectos.

Tanto estudiantes como profesorado, consultados en las audiencias, expresan la utilidad y satisfacción con el PAT, que abarca cuestiones académicas, tanto de carácter general, como particular. Se expresó la especial utilidad que tiene el PAT para alumnos en convocatorias avanzadas de asignaturas, intentando identificar los problemas y buscando soluciones para respetar con éxito el Reglamento de permanencia.

De manera complementaria, la universidad pone a disposición del estudiantado servicios de apoyo específicos, tales como el Servicio de Atención Psicoeducativa, que ofrece atención psicológica ante dificultades de carácter personal o académico, y el Servicio de Apoyo a Estudiantes con Necesidades Específicas, destinado a facilitar la inclusión y el desarrollo académico del estudiantado que presenta necesidades particulares. Estos servicios permiten una atención más personalizada, ajustada a la diversidad de perfiles de ingreso.

En el ámbito académico, las memorias anuales de las titulaciones reflejan la celebración de reuniones periódicas de coordinación entre el profesorado, la coordinación de los títulos y los órganos de gestión académica, especialmente al inicio de cada semestre, con el objetivo de planificar adecuadamente la docencia y garantizar el alcance de los resultados de aprendizaje. Asimismo, dichas memorias incorporan indicadores de satisfacción del estudiantado y acciones de mejora vinculadas a la orientación académica y personal, lo que evidencia un proceso de revisión y ajuste continuo.

*Directriz 3.2.2: La **orientación profesional** al estudiantado se revisa y se ajusta de acuerdo con las necesidades individuales y colectivas y con las tendencias del mercado laboral en cuanto a perfiles profesionales.*

La Universidad subraya la empleabilidad ( $\approx 90\%$  egresados ocupados) y el vínculo con empresas y agentes del entorno, lo que se traduce en actividades de orientación profesional, prácticas y relaciones con empleadores. La Facultad de Ciencias de la Salud dispone de distintos mecanismos de orientación profesional dirigidos al estudiantado, que incluyen tutorías académicas, sesiones informativas y acciones de apoyo vinculadas a las prácticas externas. Estas actuaciones están orientadas a facilitar la transición al mercado laboral y al desarrollo de competencias acordes con el ámbito profesional sanitario.

La orientación profesional se articula principalmente a través del Servicio de Orientación Profesional y Empleo, que ofrece tutorías individualizadas, asesoramiento personalizado en materia de empleabilidad, elaboración de currículum y preparación para procesos de selección. De manera complementaria, el servicio organiza talleres grupales y acciones formativas específicas, adaptables a las necesidades detectadas en el estudiantado, existiendo incluso la posibilidad de solicitar actividades concretas en función de intereses

colectivos. Estas actuaciones se apoyan en la colaboración con empleadores, entidades externas y egresados.

Según se indica en el autoinforme, el centro realiza el seguimiento del estudiantado que participa en los programas gestionados por el Servicio de Orientación Profesional, concretamente el Programa de Acompañamiento Individualizado y el Programa USJ Connecta Talento, quedando dicho seguimiento registrado en el denominado Cuaderno de Orientación. No obstante, en las audiencias con estudiantes se ha sugerido que estas actuaciones deberían comenzar antes dentro del programa formativo, y ser más intensas y personalizadas. Estudiantes y egresados de varias titulaciones también han expresado falta de actualización de la bolsa de empleo que posee la Universidad, además de ser asimétrica, con pocas ofertas de determinadas titulaciones.

El marco normativo de estas actuaciones queda regulado por los procedimientos PR-042 Procedimiento para la Orientación Profesional de los Estudiantes y Egresados y PR-043 Procedimiento para el Seguimiento y Análisis de la Inserción Laboral de los Egresados, que permiten incorporar información sobre empleabilidad, inserción laboral y perfiles profesionales en el proceso de revisión y mejora continua de las acciones de orientación.

Las memorias institucionales (ejemplo: Memoria institucional 2023–2024) y de titulación (páginas web) recogen datos de resultados por programa, así como referencias a la elevada tasa de empleabilidad de los egresados, lo que respalda la adecuación general de las acciones de orientación profesional desarrolladas.

La valoración de la preparación que poseen los estudiantes al término de su formación, realizadas por los empleadores consultados en las audiencias, es muy positiva, tanto en conocimientos como en actitud.

### Criterio 3.3: Aplicación de estrategias de enseñanza, aprendizaje y evaluación

#### **Estándar:**

*Las metodologías de enseñanza, aprendizaje y evaluación han evolucionado, a partir de los datos recogidos por el SIGC en el proceso de seguimiento de las titulaciones, para facilitar el alcance de los resultados de aprendizaje previstos en cada titulación impartida por el centro.*

#### **Valoración global del Criterio:**

#### **B. SE ALCANZA**

#### **Directrices:**

*Directriz 3.3.1: Las metodologías de enseñanza, aprendizaje y evaluación se revisan periódicamente para asegurar su continuada adecuación a los resultados de aprendizaje previstos y a las necesidades del estudiantado y se implantan las mejoras consideradas necesarias. En la revisión se tienen en cuenta la satisfacción del estudiantado, y los indicadores de resultados de las titulaciones.*

La Facultad de Ciencias de la Salud dispone de procedimientos formales para la revisión periódica de las metodologías de enseñanza, aprendizaje y evaluación, considerando la satisfacción del estudiantado y los indicadores asociados a los resultados de aprendizaje. Dicha revisión se realiza con carácter anual y se refleja en la actualización de las guías docentes de las asignaturas. Las guías se realizan anualmente y se revisan por los directores

de Grado. La Comisión de Calidad también es la encargada de validar estas guías para asegurar que se siguen y cumplen las metodologías de enseñanza establecidas por la facultad. Las guías docentes se publican con antelación al periodo de matriculación, permitiendo al estudiantado conocer los sistemas de enseñanza y evaluación antes del inicio de las asignaturas. Finalmente, se han implantado diferentes modelos de encuestas dependiendo de la asignatura y el grado (FI-130, FI-134 y FI-135) para particular aspectos que afecten a cada titulación.

Al cuestionar sobre qué toma el profesorado como referencia para aplicar cambios metodológicos y/o de programación docente, se indicó que, en unos casos, los cursos que la Universidad ofrece sobre actualización de técnicas docentes y, en otros casos, las reuniones del claustro docente en las que se analizan los resultados académicos de los estudiantes. Es reseñable que los procesos de calidad incluyen los mecanismos precisos de identificación, propuesta e implantación de cambios docentes, pero no fueron nombrados.

Aunque el sistema recoge información amplia sobre satisfacción y resultados, la participación del estudiantado en algunas encuestas resulta limitada, lo que puede condicionar la representatividad de los datos utilizados para la revisión metodológica en determinados cursos o titulaciones. Al recabar información en las audiencias, los estudiantes expresan el cansancio o falta de interés para responder las encuestas y, por otro lado, que en algunos casos hay asignaturas con pocos ECTS y temarios densos, o, al contrario, elevado número de ECTS con temarios más escasos. Aun así, no ven un grave problema en su formación porque entienden que hay asignaturas más y menos difíciles.

El dossier de TFG/TFM facilitado refleja una extensión y profundidad adecuada de estos trabajos a los niveles MECES 2 y 3 correspondientes de los diferentes títulos de la Facultad. Durante las audiencias, y al ver un número variable de suspenso en estos TFG/TFM, se preguntó sobre la necesidad de contar con el visto bueno del tutor antes de depositar el trabajo, a lo que se respondió que en el Grado sí es necesario el visto bueno documentado, pero en TFM no lo es.

*Directriz 3.3.2: Los **proyectos de innovación docente** tienen como resultado la implantación de mejoras en las metodologías de enseñanza, aprendizaje y evaluación.*

Se contempla la innovación docente como un eje estratégico dentro de su modelo formativo y de su Sistema Interno de Garantía de Calidad, promoviendo la puesta en marcha de proyectos orientados a la mejora de las metodologías de enseñanza, aprendizaje y evaluación.

Esta apuesta por la innovación docente se refleja tanto en el plan estratégico de la universidad como en los objetivos del sistema de calidad del centro, que incluyen la incorporación de metodologías activas, el refuerzo del aprendizaje práctico y competencial, el uso de tecnologías educativas, actividades de simulación, y enfoques de evaluación formativa. Las iniciativas desarrolladas en este marco se difunden y comparten en las jornadas anuales de Innovación Docente organizadas por la universidad, favoreciendo el intercambio de buenas prácticas entre el profesorado.

Las mejoras derivadas de estos proyectos se reflejan en las Memorias anuales (acciones implantadas y su evaluación), disponibles en abierta vía web, y en la Memoria institucional,

que subraya la aplicación de tecnologías y métodos avanzados para elevar la calidad del aprendizaje.

No obstante, en algunas titulaciones y periodos evaluados, la información disponible sobre los proyectos de innovación docente resulta limitada, bien porque se encuentran en fases iniciales de desarrollo, bien porque no se dispone aún de datos suficientes para valorar de forma objetiva su impacto en los resultados de aprendizaje o en los indicadores académicos (ejemplo: la memoria anual del Grado de Psicología recoge que se debe promover esta innovación docente, aunque aún no se disponen de datos y solo disponen de una persona de apoyo para este fin). En determinados casos, se señala también que el apoyo institucional específico para la innovación docente es todavía reducido, lo que condiciona el alcance y la sistematización de estas iniciativas.

Consultado el profesorado por estos aspectos en las audiencias, existe cierta asimetría en la innovación docente entre títulos, si bien en general se ve como positiva y con repercusión directa sobre la mejora de las titulaciones, como en el Grado en Biomedicina o en los grados más clínicos, a través de técnicas de simulación.

*Directriz 3.3.3: El centro hace un **seguimiento de las prácticas externas** del estudiantado para asegurar la adecuación al perfil del estudiantado y la contribución a los resultados de aprendizaje previstos por las titulaciones. En el seguimiento se tienen en cuenta los datos de satisfacción del estudiantado y de las empresas y/o instituciones.*

La Facultad de Ciencias de la Salud otorga a las prácticas externas un papel central dentro de la formación del estudiantado, especialmente en las titulaciones del ámbito de Ciencias de la Salud, y disponen de procedimientos y mecanismos específicos de seguimiento orientados a garantizar su adecuación al perfil del estudiantado y su contribución efectiva a los resultados de aprendizaje previstos. De hecho, el SIGC garantiza la participación de grupos de interés (incluidas entidades colaboradoras) y la revisión periódica del proceso de prácticas como parte de la calidad de la impartición.

El seguimiento de las prácticas externas del estudiantado a través de los mecanismos de coordinación académica y la participación de los tutores de prácticas, con el fin de asegurar su adecuación al perfil del estudiantado y su contribución a los resultados de aprendizaje previstos en las titulaciones. Asimismo, existe un procedimiento de evaluación y mejora de las prácticas externas, que permite revisar periódicamente su desarrollo y resultados dentro del Sistema Interno de Garantía de Calidad. Como indica el autoinforme, el seguimiento se apoya en diversos instrumentos de evaluación y control de calidad: Elaboración de memorias siguiendo las directrices establecidas por cada titulación, Encuestas de satisfacción al estudiantado, Encuestas a las entidades colaboradoras y a los responsables académicos, Implantación de encuestas específicas para entidades internacionales. El máximo responsable de aplicar y ejecutar el Sistema de Gestión Integrado dentro del programa de prácticas externas es el Responsable del área de Orientación Profesional y Empleo.

Las memorias anuales de las titulaciones recogen información relativa a la implantación de las prácticas externas, la adecuación de los centros colaboradores al perfil del estudiantado y los resultados obtenidos, así como las acciones de mejora propuestas o implementadas a partir del seguimiento realizado. En el caso de algunas titulaciones, como el Grado de Psicología, el programa de prácticas se ha iniciado recientemente, lo que explica la disponibilidad limitada de datos históricos en determinados cursos académicos.

El seguimiento de las prácticas externas se apoya en diversos instrumentos de evaluación, entre los que se incluyen encuestas de satisfacción dirigidas al estudiantado, a las entidades colaboradoras y a los responsables académicos, con el objetivo de recoger información sobre el grado de adecuación de las prácticas, la adquisición de competencias y la contribución al aprendizaje. La información recopilada se incorpora al análisis de resultados del centro y de las titulaciones en las Memorias anuales de cada título.

Todo ello se estructura en torno al procedimiento PEM03, Procedimiento de Evaluación y Mejora del Programa de Prácticas Externas, donde se recogen la normativa sobre los convenios con las diferentes empresas, la información que se les da a los estudiantes y las evaluaciones específicas que existen para saber los datos de satisfacción del estudiantado y sobre las entidades donde se han hecho estas prácticas.

Con el fin de evaluar la calidad del programa de prácticas externas se establecen una serie de herramientas para la recogida de información y posterior uso en el establecimiento de acciones de mejora que conduzcan a la mejora continua tanto del propio programa de prácticas externas, como de las titulaciones y a la satisfacción de los alumnos implicados en el programa: Encuesta de Satisfacción del Estudiante en Estancias Clínicas (FI-134), Encuesta de Satisfacción con el Plan de Formación para Egresados en Prácticas (FI-133), Encuesta de Satisfacción del Estudiante en Prácticas Externas (FI-130), Encuesta de Satisfacción del Estudiante en Prácticas Tuteladas (FI-135), Encuesta de Satisfacción del Estudiante en Prácticas Externas de Educación (FI-136), Encuesta de Satisfacción de la Entidad de Prácticas Externas (FI-131), Informe de Evaluación del Tutor Académico de Prácticas Externas (FI-132), Encuesta de Satisfacción con el Plan de Formación para Egresados en Prácticas (FI-133). También se recoge información en las reuniones de delegados y en el buzón de sugerencias.

La satisfacción de los estudiantes con las prácticas externas es alta o muy alta en todas las titulaciones. No obstante, se constata una baja tasa de participación en las encuestas de satisfacción tanto por parte del estudiantado como de las entidades colaboradoras, lo que limita el análisis sistemático de la percepción de estos grupos de interés y la evaluación del impacto de las prácticas externas. Además, a pesar de todos estos aspectos positivos, el Autoinforme y las Memorias actuales no hacen una referencia explícita al Real Decreto 640/2021 en lo relativo a las PAE (sí a otros aspectos), y específicamente al cumplimiento del ANEXO III que determina las Exigencias especiales para las enseñanzas en el ámbito de las Ciencias de la Salud.

En las audiencias, a pesar de expresar una alta satisfacción general con las prácticas por parte del estudiantado, se detectan ciertas inconsistencias, entre las que destacan:

- Existen diferentes mecanismos de asignación de prácticas en los títulos, entre los que se encuentran, el expediente académico, la entrevista personal, o la entrevista con el centro conveniado. Sin que este aspecto sea esencialmente negativo, requiere una homogeneización y evaluación continuada.
- El 100% de las prácticas clínicas (Prácticas Académicas Externas) del Grado en Fisioterapia pueden, si así lo desea el estudiantado, ser realizadas en Francia. Las diferencias competenciales de los fisioterapeutas españoles y franceses pueden provocar que haya estudiantes del Grado que no adquieran competencias prácticas que sí se les reconocen en el título (regulado por Orden CIN). El responsable de estas

prácticas indicó que la nivelación de competencias se consigue con la prueba ECOE, de reciente implantación en este Grado y para la que el estudiantado no recibe una formación específica, pudiendo tan sólo asistir como observadores a la ECOE del curso anterior.

- En el Grado en Enfermería, se identificó una discrepancia entre las horas de prácticas que, según el responsable académico de las mismas, cursa los alumnos (en torno a las 2300 hora exigidas por normativa europea) y las que los estudiantes creen que realizan (en torno a las 1600 horas).
- Respecto a la rotación de centros conveniados, depende en gran medida del título concreto, como ocurre con el Grado en Enfermería, donde no suele haber cambios, o en el Grado en Fisioterapia, donde sí se aprecian más altas y bajas de centros.

*Directriz 3.3.4: El centro hace el **seguimiento de los programas de movilidad internacional de las titulaciones**. En el seguimiento se tienen en cuenta los datos de satisfacción del estudiantado para mejorar y en su caso ampliar la oferta de destinos.*

Existen mecanismos estructurados de seguimiento de los programas de movilidad internacional, integrados en su Sistema Interno de Garantía de Calidad y orientados a asegurar la calidad de la experiencia del estudiantado y la adecuación académica de los intercambios realizados. El seguimiento de los programas de movilidad se evalúa mediante el Procedimiento de Evaluación y Mejora del Programa de Movilidad (PEM4). En él se recoge de manera sistemática la información necesaria para evaluar la calidad del Programa de Movilidad, y su posterior uso en la mejora continua del mencionado programa, así como las prácticas internacionales realizadas por estudiantes de la Universidad San Jorge. Este procedimiento afecta a todos los estudiantes y personal que participen en el Programa de Movilidad, tanto estudiantes o personal de la Universidad San Jorge como a estudiantes o personal de otras universidades nacionales o extranjeras. Asimismo, afecta a los estudiantes de la Universidad San Jorge que realizan prácticas internacionales.

Las memorias anuales de las titulaciones y las páginas de resultados e indicadores recogen información sobre la participación del estudiantado en los programas de movilidad, las convalidaciones realizadas, y los niveles de satisfacción de los participantes. En los periodos analizados, aunque el número de estudiantes que participa en programas de movilidad es reducido en algunas titulaciones, los niveles de satisfacción declarados son elevados, tanto para estudiantes enviados como para estudiantes acogidos, lo que evidencia una valoración positiva de la experiencia internacional. A modo de ejemplo, en el Grado de Psicología se enseñan las evaluaciones del programa de movilidad y aunque el periodo 22-23 es el primer año con un pequeño porcentaje de estudiantes outgoing (4,7%), la satisfacción es alta (8,3). Además, también han acogido a 6 estudiantes de 6 destinos diferentes con buena calificación (9,1).

La Universidad publica la información de movilidad y las Memorias anuales recogen la participación, convalidaciones y satisfacción de estudiantes con los destinos, y las acciones de mejora. La satisfacción de los participantes en programas de movilidad es alta (web de Resultados e indicadores por título) y valorada conjuntamente entre el Vicedecano de Internacionalización de la Facultad y la International Office, encargada directa de gestionar el programa de movilidad, que pueden realizar tanto estudiantes y personal de la Universidad

San Jorge como estudiantes y personal de otras universidades españolas y extranjeras, en las reuniones que se llevan a cabo con periodicidad mensual.

El Autoinforme indica como acción de mejora la implantación de nuevos modelos de encuesta de movilidades de corta duración -BIP- (FI-147 y FI-148). No obstante, este modelo no es de la USJ, ya que es un tipo de movilidad más, regulado por convocatoria internacional.

Según el SIGC, se realiza una revisión periódica de estos procesos, integrando la voz del estudiantado para ajustar la oferta de movilidad. Así, la International Office se encarga de hacer llegar las encuestas de satisfacción a los respectivos estudiantes, *outgoing* o *incoming*. En el caso de estudiantes y personal *incoming*, se les reúne con al menos una semana de antelación con respecto a la finalización de su estancia en la Universidad San Jorge para entregarles las encuestas para su cumplimentación. En el caso de estudiantes y personal *outgoing*, una vez regresan de su estancia en la correspondiente universidad, se les entrega la encuesta para su cumplimentación. A la finalización del curso académico, el Área de Calidad procede al cierre y tratamiento de resultados de las distintas encuestas, facilitando los resultados obtenidos a los Vicedecanos de Internacional y a la International Office, que analizan los resultados obtenidos en las encuestas y toda la información recogida de las distintas herramientas de recogida de información para establecer las acciones de mejora que consideren necesarias en cada caso, decidiendo, entre otros aspectos, sobre la necesidad o no de seguir contando con universidades que no cumplan los requisitos exigidos. La información del programa de prácticas se clasifica por las distintas titulaciones para su inclusión en la Memoria Anual del Programa (DI-005) Asimismo, la Comisión de Calidad de cada centro analiza los resultados de las herramientas de recogida de información de los distintos grupos de interés y puede establecer acciones de mejora, tanto específicas como transversales, aplicables al programa de movilidad de todos los programas de Grado, Máster Universitario y Doctorado impartidos por el centro.

No obstante, se constata una baja participación del estudiantado en los programas de movilidad, lo que limita el alcance del análisis y la posibilidad de extraer conclusiones representativas sobre su impacto. Al preguntar a los estudiantes sobre esta participación, se hace referencia a motivos particulares, ya que conocen la información, tienen convenios suficientes, los problemas burocráticos son limitados, y las experiencias previas de movilidad se describen como altamente positivas.

## **DIMENSIÓN 4: GESTIÓN Y DESARROLLO DEL PERSONAL**

### Criterio 4.1: Gestión del personal académico

#### **Estándar:**

*El centro ha contado con el personal académico adecuado y suficiente para atender a la oferta docente durante el periodo entre acreditaciones. En su caso, el centro ha establecido acciones formativas alineadas con las novedades a incorporar en la docencia (formación dual, formación a distancia, evaluación de competencias transversales, Agenda 2030, atención a la diversidad...).*

#### **Valoración global del Criterio:**

#### **B. SE ALCANZA**

### **Directrices:**

*Directriz 4.1.1: Los **procesos de toma de decisiones** del centro referentes a la gestión y mejora del personal académico se basan en el análisis de evidencias, datos e indicadores relevantes.*

Las decisiones relacionadas con la gestión del personal académico se basan en la información obtenida de los procesos de seguimiento del SIGC y de los mecanismos de evaluación. El principal punto de información es la satisfacción del estudiantado. También se basan las tomas de decisiones en los indicadores de rendimiento y análisis de resultados académicos. En las comisiones de grado y posteriormente en la Junta de Facultad se debaten los ajustes organizativos y se revisan las metodologías. Sin embargo, no se identifica un procedimiento específico que articule de forma sistemática estos datos en una planificación estructurada del personal académico.

*Directriz 4.1.2: Los **procesos de evaluación y mejora de la actividad docente** han tenido como resultado una mayor satisfacción del estudiantado como grupo de interés principal.*

El SIGC integra de forma estructural la opinión del estudiantado para optimizar la labor docente. Sin embargo, la baja tasa de respuesta en las encuestas periódicas impide obtener una base de datos lo suficientemente representativa para validar el impacto de las mejoras propuestas. Al preguntarle al estudiantado acerca del motivo de esta tasa tan baja, responden que tienen que rellenar muchas encuestas, incluso 3-4 para una misma asignatura si hay varios profesores que la imparten y que no lo hacen por “pereza”.

Sin embargo, el estudiantado se siente muy satisfecho en general con el profesorado y se siente escuchado.

*Directriz 4.1.3: La **formación del profesorado** está alineada con las características de la oferta formativa (en caso necesario, el centro atiende a las necesidades de formación en docencia no presencial, docencia dual, Agenda 2030, competencias transversales etc). Se mide activamente la eficacia de la formación recibida por el personal académico y el impacto que esta tiene en la calidad de las enseñanzas y en la consecución de los resultados de aprendizaje.*

El profesorado se declara satisfecho con la oferta formativa disponible. Tienen acceso a muchos cursos de diferentes temáticas como innovación, herramientas digitales y mejora del proceso enseñanza – aprendizaje.

Después de realizar el curso, se rellena una encuesta de satisfacción y se analizan los datos en la Junta de Facultad.

Por otro lado, el profesorado manifiesta que, si hubiera un interés por realizar un curso no ofertado, la Junta estaría abierta a organizarlo y programarlo.

Además, existe una formación obligatoria para todo nuevo miembro de la Junta de Facultad acerca de Proquo. Se realiza anualmente.

A partir del año que viene, se va a iniciar un nuevo proceso para aumentar la labor investigadora y disminuir la carga docente. Con ello se pretende regular los méritos de los docentes y con ello poder optar a los quinquenios.

*Directriz 4.1.4: El centro fomenta la **participación del profesorado en proyectos de innovación docente**.*

El centro fomenta la participación del profesorado en iniciativas de innovación docente, que se reflejan en la actualización metodológica y en la revisión de las guías docentes. Estas actuaciones se integran en el ciclo anual del SIGC y muestran una orientación clara hacia la mejora continua. Por ejemplo, se está trabajando en el ECOE como nueva metodología de aprendizaje en algunas titulaciones y se pretende expandirlo al resto de la facultad. En otros casos, el profesorado establece un proyecto con alumnos para la divulgación científica en contexto de población en riesgo de exclusión o bien organizan un congreso de estudiantes simulando un congreso científico real.

#### Criterio 4.2: Gestión del personal de apoyo a la docencia

##### **Estándar:**

*El centro ha contado con el personal de apoyo a la docencia adecuado y suficiente para atender a las necesidades de las titulaciones y de los diferentes servicios del centro durante el periodo entre acreditaciones.*

##### **Valoración global del Criterio:**

#### **B. SE ALCANZA**

##### **Directrices:**

*Directriz 4.2.1: Los **procesos de toma de decisiones** del centro referentes a la gestión y mejora del personal de apoyo a la docencia se basan en el análisis de evidencias, datos e indicadores relevantes.*

Las decisiones relativas a la organización y mejora del personal de apoyo se adoptan a partir de las necesidades operativas detectadas en el seguimiento ordinario de la actividad académica. El estudiantado también responde unas encuestas de satisfacción acerca de este tema y manifiesta su satisfacción. Todos los diferentes grupos de alumnos resaltan el sentimiento de ser escuchados y la seguridad de que, si algo no les parece correcto, van a ser escuchados o tenidos en cuenta para solucionarlo.

*Directriz 4.2.2: Los **procesos de evaluación y mejora** del personal de apoyo a la docencia han tenido como resultado una mayor satisfacción del colectivo y una reducción de las incidencias en los servicios de apoyo a la docencia.*

Por lo general, los datos de las encuestas confirman que el PTG trabaja de forma eficiente. El servicio funciona bien sin problemas ni quejas importantes. Así lo manifiestan el estudiantado y el profesorado en las diferentes encuestas de satisfacción. Además, la dirección supervisa para hacer los cambios necesarios y mantener la calidad.

*Directriz 4.2.3: La **formación del personal de apoyo** está alineada con las necesidades del centro. Se mide activamente la eficacia de la formación recibida por el personal de apoyo y el impacto que esta tiene en la calidad de los servicios de apoyo a la docencia.*

El centro dispone de recursos de apoyo y formación para el personal técnico y administrativo, que permiten mantener un nivel adecuado de competencia. La formación del personal de apoyo se encuentra alineada con las necesidades del centro y permite una gestión adecuada de los procesos académicos, administrativos y técnicos. Los trabajadores hacen una evaluación de la formación recibida y la coordinadora de PTG hace una evaluación. Después se reúnen y hay un feedback. Aunque la evaluación del impacto de la formación se realiza de

forma indirecta, los resultados observados avalan su adecuación para sostener la actividad docente con calidad. El adecuado funcionamiento de los servicios de apoyo, la continuidad en la prestación de las tareas administrativas y técnicas y la ausencia de incidencias relevantes sugieren que las acciones formativas recibidas resultan pertinentes y están alineadas con las demandas reales del centro.

## **DIMENSIÓN 5: GESTIÓN DE LOS RECURSOS Y SERVICIOS**

### Criterio 5.1: Gestión de los recursos y servicios

#### **Estándar:**

*Los recursos y servicios del centro se han gestionado eficazmente y han evolucionado hacia la mejora de acuerdo con las necesidades de las titulaciones y de los grupos de interés.*

#### **Valoración global del Criterio:**

#### **B. SE ALCANZA**

#### **Directrices:**

*Directriz 5.1.1: Los procesos de **toma de decisiones** del centro referentes a la gestión y mejora de los recursos y servicios se basan en el análisis de evidencias, datos e indicadores relevantes.*

La planificación y el ajuste de los recursos disponibles se basan en los resultados de satisfacción del estudiantado y profesorado y otros datos como el uso de los laboratorios, aulas de simulación. Al existir una comunicación constante entre equipo directivo y coordinadores de grado, se puede anticipar necesidades, redistribuir espacios o cambios metodológicos.

El profesorado tiene una sala de trabajo, no está separado en departamentos y guardan sus cosas en una taquilla. De momento están cómodos, pero manifiestan que cada vez cuentan con más docentes (al aumentar las titulaciones, como con Medicina) y que esto puede llevar a problemas de espacio. Esta situación ya se está tratando de solventar con la construcción de dos pabellones.

*Directriz 5.1.2: Los **recursos y servicios han evolucionado** de acuerdo con las modificaciones en la oferta académica del centro, con las nuevas necesidades de las titulaciones y con las necesidades de los grupos de interés.*

En general, los recursos y servicios del centro muestran una evolución coherente y sostenida en relación con los cambios introducidos en la oferta académica y con las necesidades específicas de las titulaciones. Con la implantación del Grado en Medicina, el centro ha ampliado sus infraestructuras mediante la habilitación de una nueva sala de disección y la incorporación de cámaras frigoríficas, que se suman a los cinco laboratorios ya disponibles.

Los estudiantes destacan los recursos de los que disponen para realizar las prácticas internas. Son conscientes de que utilizan los materiales y aparataje más punteros, y es uno de los puntos fuertes de la universidad. El profesorado también lo expresa, puesto que muchos son doctorandos que también hacen uso de los recursos de la facultad.

En los grupos entrevistados, tanto de profesorado como de estudiantado y PTG, comentan que se deberían ampliar las plazas de parking, muchos han hecho la sugerencia en el buzón correspondiente.

Por otro lado, también comentan que sobre todo en época de exámenes, la biblioteca se queda un poco pequeña. Sobre todo, teniendo en cuenta los 100 nuevos alumnos que han empezado medicina este curso. Esto deberá ser tenido en cuenta a la hora de planificar la distribución de los nuevos pabellones.

*Directriz 5.1.3: Los procesos para comunicar y resolver las incidencias en los recursos y servicios son ágiles y eficaces.*

El centro dispone de mecanismos eficaces para la comunicación, gestión y resolución de incidencias relacionadas con recursos y servicios, lo que garantiza la continuidad de la actividad académica y la adecuada atención al estudiantado. Todos los grupos de interés conocen el procedimiento para hacer una sugerencia o una queja. Muchos de ellos lo comentan con los delegados, o lo exponen directamente en el buzón de sugerencias. Incluso una parte importante del estudiantado habla directamente con los profesores o el director de grado si tiene algún problema. Destacan la cercanía de la universidad y de nuevo el sentimiento de sentirse escuchados. Cuando las incidencias son resueltas, se enteran por medio de un mail o por los delegados. Tienen la sensación de que las incidencias se resuelven rápido. La coordinación entre el personal de apoyo, el profesorado y los equipos responsables facilita la detección temprana de problemas y su resolución dentro del propio curso académico o en la planificación del curso siguiente.

*Directriz 5.1.4: La gestión de recursos y servicios tiene en cuenta la sostenibilidad y la gestión ambiental más allá del cumplimiento de la normativa vigente.*

La gestión de los recursos y servicios incorpora, de manera efectiva, criterios de sostenibilidad y uso responsable que van más allá del cumplimiento estrictamente normativo.

El estudiantado está al corriente de las diferentes políticas de gestión ambiental, aunque no conozcan su nombre (huella de carbono, coche compartido, bus gratuito el primer año de carrera). Por otro lado, en los laboratorios, el PTG se encarga de fomentar y controlar la eliminación de los residuos y los materiales utilizados por el estudiantado. En la cafetería también tienen una política de cero desperdicio y posibilidad de llevarse lo que sobra en un tupper.

## **DIMENSIÓN 6: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN**

*Criterio 6.1: Recopilación de la información generada*

### **Estándar:**

*Las herramientas y procesos que tiene el centro a su disposición para la recopilación de evidencias, datos e indicadores se han mostrado eficaces y han evolucionado para optimizar los procesos de evaluación y mejora.*

### **Valoración global del Criterio:**

## B. SE ALCANZA

### Directrices:

*Directriz 6.1.1: Los **procedimientos y herramientas de recopilación de información** (tanto interna como externa) son eficaces y proporcionan información fiable. Se han implantado mejoras en los procesos de recopilación de información para mejorar la eficacia de estos y perfeccionar las herramientas asociadas.*

La Comisión de Calidad es la encargada de recopilar y analizar los resultados y datos procedentes de las distintas herramientas del SGIC y definir las acciones de mejora correspondientes. Estos datos se pueden encontrar en los resultados públicos de las encuestas, memorias anuales por grado, etc.

Durante el periodo evaluado, se constata una evolución en los procesos de recopilación de información, orientada a mejorar la fiabilidad de los datos y a facilitar su análisis, mediante la estandarización de indicadores y la mejora de las herramientas utilizadas. Esto se ha visto con herramientas de recopilación de la información como el recopilatorio de SharePoint, al que todos los profesores y otros trabajadores pueden acceder para consultar esta información, y la aplicación Proquo que tiene el mismo fin. Además, esta aplicación también permite que los trabajadores que tengan objetivos asignados para el curso escolar los puedan consultar. El SGIC ha pasado su tercera auditoría interna, dentro del programa PACE de la ACPUA para certificar los sistemas de gestión de calidad de los centros.

Para la evaluación externa se cuentan con auditorías externas con su correspondiente informe y para la evaluación interna se han implementado diversos tipos de encuestas para recoger la información sobre: satisfacción del estudiantado frente a profesorado y asignaturas, satisfacción del profesorado y satisfacción de personal no docente.

También el sistema de reclamaciones y quejas, a través del buzón, parece ser una gran fuente de datos ya que se ha aumentado el número de incidencias, sugerencias y reclamaciones a lo largo de los años, ninguna de índole académico. Se puede constatar que todos los grupos de interés (estudiantes, profesores, PTG...) consideran que los canales de comunicación recopilan bien la información y se toman medidas al respecto. Además, también existen otros mecanismos de recogida de la información que funcionan como las reuniones de delegados con los coordinadores de los grados que hacen que la recogida de la información sea más ágil.

*Directriz 6.1.2: Las personas responsables de gestionar las diferentes áreas del centro disponen de la **información y datos** que necesitan para la toma de decisiones.*

El grupo encargado de evaluar la información y los datos referentes para la toma de decisiones es la Comisión de Calidad (con todos los grupos de interés representados) junto con el equipo directivo. A través de múltiples encuestas y el buzón de sugerencias se toman las acciones necesarias. La Facultad dispone de cuadros de indicadores y sistemas de información que facilitan al equipo directivo el acceso a la información sobre el seguimiento académico y los resultados de aprendizaje, satisfacción y la gestión de los servicios. Estos indicadores son conocidos por los grupos que conforman la universidad y disponen de información en la aplicación Proquo y en sus PDU personales.

Dentro del comité de calidad se encuentran representados los coordinadores de los grados que son los encargados de recopilar la información y las posibles mejoras y transmitirlas en los claustros a los demás docentes y personal de apoyo.

Sin embargo, no siempre se evidencia de forma pública la trazabilidad completa entre la información disponible y las decisiones adoptadas, especialmente en el caso de decisiones estratégicas o transversales.

*Directriz 6.1.3: El **cuadro de indicadores** es una herramienta útil y fiable para la toma de decisiones en las diferentes áreas operativas del centro.*

La Universidad dispone de un gran cuadro de indicadores identificados con su proceso y código y con los resultados obtenidos para cada uno de ellos en los periodos lectivos desde el 2019 al 2024. En la aplicación Proquo todo el personal docente tiene disponible el cuadro de indicadores y esto los hace accesibles para su uso. A pesar de esto se constata que muchos de los grupos entrevistados solo utilizan las tasas de respuesta del estudiantado para la toma de decisiones y no hacen un uso global de esta herramienta como apoyo para la toma de decisiones.

En las Memorias Anuales de las titulaciones si se incluyen algunos indicadores que hacen tener información concreta de cada uno de los grados o másteres. Estos son los que los profesores tienen más en cuenta en la toma de decisiones específicas para cada grado.

No obstante, existe margen de mejora en cuanto a su explotación sistemática como herramienta estratégica, especialmente en lo relativo a la definición de metas y objetivos y a la priorización de acciones de mejora a partir de los resultados.

## **DIMENSIÓN 7: TRANSPARENCIA E INFORMACIÓN PÚBLICA**

### Criterio 7.1: Gestión de la información pública

#### **Estándar:**

*El centro gestiona eficazmente la información pública sobre su oferta formativa, sus actividades y sus resultados, teniendo en cuenta las necesidades de sus diferentes grupos de interés y de la sociedad en general. La información ha sido revisada periódicamente para garantizar su relevancia y actualización.*

#### **Valoración global del Criterio:**

#### **A. SE ALCANZA**

#### **Directrices:**

*Directriz 7.1.1: La página web del centro proporciona **información actualizada y accesible** sobre:*

- *La planificación estratégica del centro.*
- *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.*
- *Los programas de movilidad y 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.*
- *Los recursos materiales y servicios.*
- *Los resultados de las evaluaciones externas (certificaciones, seguimiento, renovación de la acreditación...).*

La página ofrece una información actualizada y exhaustiva coherente con los compromisos del SGIC y con las exigencias del PACE.

Existe un procedimiento específico recogido en el PR-019 “Procedimiento para la publicación de información de Titulaciones con detalles sobre la información a publicar y responsables de cada parte” que reconoce que información se debe incluir y no. Se constata que cualquier cambio que se quiera realizar en la web se puede hacer fácilmente a través de correo electrónico.

La renovación de la web estaba incluida como oportunidad de mejora OM-07 durante el curso 23-24 y se constata que fue reformada el año pasado, así como la PDU de todo el centro para mejorarla y hacer que fuera más interactiva y fácil de usar.

No obstante, determinados indicadores, como los relativos a la inserción laboral, la satisfacción de todos los colectivos implicados y el reconocimiento del personal de apoyo, se presentan de forma limitada o no siempre actualizada. Algunos contenidos requieren una navegación extensa para su consulta, lo que puede afectar a la accesibilidad.

*Directriz 7.1.2: El centro **revisa periódicamente**, con la participación de los grupos de interés, la adecuación y organización de la información en su página web.*

De manera general, la web de la Facultad recoge los últimos datos obtenidos de los parámetros que exponen como pueden ser las encuestas de satisfacción o de evaluación de los grados. Cuentan con procedimientos de revisión (PR-019) de la información de manera regular según sus memorias anuales, donde se establece dónde se publicita la información relativa a la titulación, en qué periodos se realiza esta actualización y si se realizó previa al inicio del curso escolar en caso de los programas de las asignaturas.

La información es revisada desde decanato y dirección de cada uno de los grados al inicio de cada semestre. El protocolo recoge que todos los cambios que se realicen de manera interna serán comunicados a los responsables de la web para su modificación en la misma. Este proceso se lleva a cabo con agilidad y permite detectar más fácilmente los errores. El SGIC hace partícipes de la revisión anual de los datos a todos los grupos de interés (estudiantes, PDI, PTG, egresados y empleadores). Además, la Comisión de Calidad revisa las Memorias Anuales y los apartados de información pública resolviendo las necesidades de actualización o reorganización de esta. Con estos procedimientos se consigue una información rigurosa y actualizada de la facultad, reforzando la transparencia institucional.

Se ha detectado que los estudiantes transmiten sus quejas a través del buzón y sus reclamaciones si son atendidas, aunque no participen activamente en la revisión de la web.

No obstante, a partir de la información disponible es difícil verificar la participación de los grupos de interés en estos procesos y la evidencia de las mejoras implementadas tras la revisión de los contenidos.

*Directriz 7.1.3: Además de su página web, el centro cuenta con **otros mecanismos** para la rendición de cuentas y la difusión de sus actividades hacia sus grupos de interés externos y la sociedad en general.*

La Universidad cuenta con un repositorio interno para los grupos de interés (alumnos ya matriculados) y también con toda la información necesaria para el público general en sus informes institucionales, actas de Comisiones de Calidad, informes de revisión del SGIC y en las memorias de cada titulación.

Disponible para los profesores y empleados dentro de la universidad cuenta con la aplicación Proquo que permite la gestión del SGI y dónde se pueden consultar todas las acciones de mejora, los objetivos y los indicadores del proceso entre otros.

De manera externa, la facultad cuenta con diversos canales de difusión de su información como pueden ser redes sociales y canales de WhatsApp para consultas, jornadas de puertas abiertas, participación en ferias educativas, etc. A través de estos medios difunden la información necesaria de actividades y cursos que ofertan. También cuentan con otros medios de difusión en físico como son folletos publicitarios y guías informativas. Se disponen de equipos de coordinación de redes sociales en los grados para garantizar esta difusión y cuentan con objetivos de difusión propios reflejados en Proquo. Para los estudiantes otro de los canales de información es su PDU o Moodle donde les dan información de conferencias, cursos, etc., así como a través de sus correos electrónicos institucionales donde se les informan de novedades y modificaciones.

## **DIMENSIÓN 8: I+D+I Y TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO.**

*Criterio 8.1: I+D+i y transferencia del conocimiento.*

### **Estándar:**

*El centro ha dispuesto de una planificación estratégica que ha orientado el desarrollo de actividades de I+D+i y de transferencia de conocimiento, así como de la oferta de programas de doctorado. Se han recogido y analizado los resultados de la actividad investigadora para identificar y proponer mejoras en la gestión de dichas actividades y en la oferta de programas de doctorado del centro. Las mejoras implantadas tienen un impacto positivo en la evolución del centro.*

### **Valoración global del Criterio:**

#### **B. SE ALCANZA**

### **Directrices:**

*Directriz 8.1.1: Los **procesos y procedimientos ligados a la I+D+i** y la transferencia de conocimiento han evolucionado para garantizar unos resultados de investigación en consonancia con las líneas de investigación de los programas de doctorado, a su vez vinculadas al plan estratégico de centro.*

El Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad San Jorge dispone de líneas de investigación claramente definidas y coherentes con el ámbito disciplinar, centradas en el envejecimiento saludable, la valoración funcional y el rendimiento, y la interacción fármaco-paciente. Estas líneas se encuentran alineadas con la planificación estratégica de la

Facultad de Ciencias de la Salud y con la estrategia institucional de la universidad, así como con prioridades externas en materia de investigación e innovación, y constituyen el marco de referencia para el desarrollo de la actividad investigadora del personal académico y del estudiantado de doctorado, orientando tanto la producción científica como las acciones de transferencia del conocimiento.

La gestión de la actividad de I+D+i y de la transferencia del conocimiento se articula fundamentalmente a nivel institucional, a través de estructuras específicas de apoyo a la investigación y la innovación, como el vicerrectorado competente y las unidades de soporte correspondientes. En este contexto, la universidad dispone de procedimientos y herramientas formales que regulan y apoyan la evaluación, mejora y fomento de la actividad investigadora, entre los que destacan el Procedimiento de Evaluación y Mejora de la Actividad Investigadora (PEM-09) y el Plan de Fomento de la Investigación (DI-059). Asimismo, se contemplan mecanismos específicos para la creación y seguimiento de grupos de investigación, la participación en proyectos competitivos y el desarrollo de acciones de transferencia de resultados.

*Directriz 8.1.2: El análisis de la información obtenida gracias al SIGC ha servido para la mejora de los procesos y procedimientos relacionados con la I+D+i y la transferencia de conocimiento y sus resultados.*

El Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud dispone de un marco general de recopilación de información relacionado con la actividad de I+D+i y la transferencia de conocimiento, integrado en el Sistema Interno de Garantía de la Calidad y apoyado en herramientas institucionales de gestión de la investigación. Entre ellas destacan sistemas como CRISOL y las bases de datos gestionadas por la OTRI, que permiten registrar y validar información sobre producción científica, participación en proyectos, contratos, patentes y actividad de los grupos de investigación. Asimismo, en el ámbito del doctorado, las memorias anuales y los indicadores de seguimiento recogen información relativa a matrícula, progreso doctoral, tesis defendidas, satisfacción y empleabilidad.

Esta información constituye una base relevante para el seguimiento global de la actividad investigadora y de transferencia, y se utiliza a nivel institucional para el análisis del desempeño investigador y la toma de decisiones estratégicas en materia de investigación. El autoinforme indica que el análisis de los datos obtenidos a través del sistema sirve de apoyo para la revisión y mejora de distintos procesos relacionados con la organización del encargo docente e investigador y con el desarrollo de la actividad de I+D+i.

*Directriz 8.1.3: La gestión de los programas de investigación y de Doctorado ha evolucionado a partir de las mejoras implantadas tras el análisis de evidencias e indicadores y las opiniones de los grupos de interés.*

La Universidad San Jorge dispone de mecanismos de seguimiento del programa de doctorado basados en el análisis de indicadores académicos y científicos, así como en la recopilación de información sobre la satisfacción del estudiantado y del profesorado. En el caso del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud, este seguimiento se integra en los procedimientos institucionales definidos para la evaluación y mejora de los programas de posgrado y de la actividad investigadora.

Se constata que los informes externos de evaluación y renovación de la acreditación, en particular el informe favorable de renovación emitido por la ACPUA en julio de 2023, han constituido un elemento relevante para la identificación de áreas de mejora y la implantación de acciones concretas. Dichas acciones se han incorporado a los planes de actuación y han sido objeto de seguimiento en las Comisiones de Calidad correspondientes, evidenciando una evolución de la gestión del programa guiada por evidencias, estándares externos y requisitos normativos vigentes. Entre los ejemplos identificados se encuentran la revisión de normativa, la incorporación de la valoración de empleadores y el reconocimiento de la tutorización y dirección de tesis en el encargo docente del profesorado.

Asimismo, el autoinforme pone de manifiesto que la oferta formativa y las actividades del programa de doctorado se revisan y adaptan progresivamente a las necesidades del estudiantado, ampliándose en los últimos cursos y obteniendo valoraciones positivas por parte de los doctorandos. Estas mejoras reflejan una utilización de la información disponible para ajustar la organización y el desarrollo del programa.

EL PRESIDENTE DE LA SUBCOMISIÓN DE EVALUACIÓN DE CENTROS

## Anexo I: Composición del panel de visita

PERFIL	NOMBRE	APELLIDOS	INSTITUCIÓN	EXPERIENCIA
<b>PRESIDENTA</b>	María Teresa	Pérez Gracia	Universidad CEU Cardenal Herrera	Catedrática (Microbiología) Evaluadora Madri+d y ACCUA
<b>VOCAL ACADÉMICO</b>	Francisco	Alburquerque Sendín	Universidad de Córdoba	Catedrático (Fisioterapia) Evaluador ACPUA en acreditación de programas de doctorado.
<b>VOCAL PROFESIONAL</b>	Elisa	Peñalva Boronat	Enfermera especialista pediatría SALUD ARAGON	Primera vez como evaluadora.
<b>EXPERTO EN SIGC</b>	Marta	Aguado Tetilla	CIRCE	Responsable de Calidad. Experta en implantación de sistemas de calidad evaluadora del programa PACE de ACPUA.
<b>VOCAL ESTUDIANTE</b>	Elena	Zamorano	Universidad Autónoma de Madrid	Programa de Doctorado en Biociencias Moleculares. Grado en Ciencias Biológicas. Máster en Biología Sanitaria. Vocal estudiante de la CER de Ciencias de la Salud

Todos los miembros del panel cumplen los requisitos de selección establecidos en el Programa PACE-SIGC de la ACPUA y, antes de iniciar sus funciones, firmaron el correspondiente Código Ético de la Agencia.

La labor de secretaría del panel fue desempeñada por Isabel Ortega, coordinadora de la ACPUA, quien prestó apoyo técnico al desarrollo de la evaluación. La visita presencial al centro fue acompañada en todo momento por los técnicos de la ACPUA, Mariano Aspas y Belén Serrano.

El vocal académico participó en la visita mediante videoconferencia debido a la imposibilidad de desplazarse a Zaragoza.

### PROGRAMA DE LA VISITA:

<b>MIÉRCOLES, 4 de febrero de 2026</b> 8:45h a 9:00h Llegada del panel de evaluación a la Facultad y traslado a la sala de reuniones.
9:00h a 9:30h Presentación Institucional
9:30h a 10:30h Equipo directivo
10:30h a 11:00h DESCANSO PANEL
11:00h a 12:00h Responsables del SIGC (Comisiones de garantía de calidad)
12:00h a 13:00h Estudiantado y egresados titulaciones bio
13:00h a 13:45h Profesorado titulaciones bio
13:45h a 14:15h Audiencia abierta (si hay asistentes)
14:15h a 15:30h COMIDA PANEL
15:30h a 16:30h Estudiantado y egresados titulaciones fisio y deporte
16:30h a 17:15h Profesorado grado titulaciones fisio y deporte
17:15h a 18:30h Visita instalaciones (acompañados del PTGAS)

**JUEVES, 5 DE FEBRERO DE 2026**

8:45h a 9:00h Llegada del panel de evaluación a la Facultad y traslado a la sala de reuniones.

9:00h a 10:00h Estudiantado y egresados titulaciones enfermería y farmacia

10:00h a 10:45h Profesorado titulaciones enfermería y farmacia

10:45h a 11:15h DESCANSO PANEL

11:15h a 12:15h Estudiantado y egresados titulaciones medicina y psicología

12:15h a 13:00h Profesorado titulaciones medicina y psicología

13:00h a 13:30h Empleadores

13:30h a 14:00h REUNIÓN PANEL

14:00h a 14:30h Cierre de la visita con equipo directivo

14:30h a 16:00h COMIDA

La visita se desarrolló sin incidencias, asistiendo todas las personas convocadas a las diferentes audiencias.

La audiencia abierta no se realizó porque no hubo personas interesadas en participar en la misma.