ACPUA
AGENCIA DE CALIDAD Y PROSPECTIVA UNIVERSITARIA DE ARAGÓN

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

PROGRAMA PACE-SIGC DE LA ACPUA

UNIVERSIDAD: Universidad de Zaragoza
CENTRO: Facultad de Ciencias de la Salud
CÓDIGO RUCT: 50008991
FECHA VISITA: 20 de febrero de 2024

El 2 de noviembre de 2023 la Universidad de Zaragoza presentó la solicitud de evaluación para la certificación de la implantación del Sistema Interno de Garantía de Calidad de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El 22 de diciembre de 2023, la ACPUA envió a la Universidad de Zaragoza la propuesta de panel de evaluación que no fue objeto de recusación, siendo nombrado por la Directora de la ACPUA vía resolución el 12 de enero de 2024.

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

La visita se celebró de forma virtual el día 20 de febrero según lo previsto.

El panel de evaluadores expertos mantuvo durante su visita una serie de entrevistas con responsables, profesores, estudiantes y otros grupos de interés del centro emitiendo su informe de visita que fue considerado por la Subcomisión de Evaluación de Centros (SEC) de la ACPUA en sesión de 20 de marzo de 2024 emitiendo una propuesta de informe en la que se incluía el análisis del cumplimiento de los criterios con la identificación de los aspectos de especial seguimiento, recomendaciones y puntos fuertes. En el caso de los «aspectos de especial seguimiento» la universidad pudo realizar, en la fase de alegaciones, las aclaraciones oportunas sobre las deficiencias detectadas, así como presentar, un Plan de mejora para atender a las mismas.

La propuesta de informe fue remitida al centro con fecha 26 de marzo de 2024, abriéndose un plazo de 20 días hábiles para que el centro pudiera realizar alegaciones, presentar el Plan de mejora solicitado y aportar evidencias de las acciones que pudieran estar ya avanzadas. La Facultad adelantó por mail el correspondiente escrito de alegaciones el 26 de abril de 2024 llegando por registro oficial a ACPUA el 30 de abril de 2024, aportando el Plan de mejora solicitado (anexo II), así como las evidencias de las mejoras que se habían introducido desde la visita del panel evaluador.

Revisada la documentación presentada por el centro, la SEC, en su reunión del día 14 de mayo de 2024, emite el presente informe final:

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

FAVORABLE

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

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

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

ANÁLISIS DE LAS EVIDENCIAS DE LOS CRITERIOS Y DIRECTRICES

La Facultad de Ciencias de la Salud formalizó en 2023 la implantación de un SIGC del centro, a partir de los SIGC que venían desarrollándose con éxito para las titulaciones (como se ha demostrado en los procesos de renovación de la acreditación).

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

Recibido el Plan de mejora diseñado por la Facultad (documentos que se anexa al informe), la SEC procede a la revisión de la valoración de los diferentes criterios emitiendo este informe final.

Plan de mejora

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

En el escrito de respuesta a la propuesta de informe emitido por la SEC, la Facultad recoge:

"El Plan se despliega en respuesta a las "Acciones de especial seguimiento" y a las "Recomendaciones" reflejadas en la propuesta de informe de la SEC de ACPUA. Para cada acción de mejora se han cumplimentado los apartados indicados en el informe de evaluación. En lo referido al periodo de implantación de estas acciones, durante esta etapa se ha empezado a trabajar en alguna de las acciones propuestas, que se reflejan en el Plan de Mejora como "en proceso". Los plazos de finalización previstos hacen referencia a la obtención del indicador como medida de seguimiento de la aplicación de la acción. Las evidencias de implantación de cada una de las acciones descritas en el Plan de Mejora se recogen en una subcarpeta en NextCloud con

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

nombre "Plan de Mejora", donde también se incorpora un acta que recoge información de las reuniones celebradas".

DIMENSIÓN 1: POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD.

CRITERIO 1.1: ESTABLECIMIENTO DE UNA CULTURA DE CALIDAD.

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

Valoración del cumplimiento del criterio:

SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO

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

La Universidad de Zaragoza (UZ) ha desarrollado un Sistema Interno de Garantía de Calidad (SIGC) con el fin de promover la mejora constante y garantizar la calidad de sus programas formativos, los cuales se centran en el aprendizaje de los estudiantes. Este sistema abarca la definición de objetivos estratégicos y la implementación de una serie de procedimientos para lograr dichas metas. La Facultad de Ciencias de la Salud (FCS), siguiendo la cultura de calidad de la Universidad, comienza en el curso 21/22 a diseñar e implantar su propio Sistema de Garantía Interna de Calidad adoptando los procedimientos del SIGC de la UZ y diseñando otros propios. Para ello ha contado con apoyo institucional de la Universidad a través de sus estructuras vinculadas a la gestión y mejora de la calidad.

El compromiso del equipo de gobierno del centro con la calidad y su mejora se manifiesta especialmente a través de los tres procedimientos estratégicos propios relacionados con la gestión de la calidad que recoge su SIGC. En primer lugar, se elabora y revisa una política y unos objetivos de calidad (PRE-001), se establece una sistemática para evaluar y mejorar las distintas enseñanzas impartidas en el centro (PRE-002) y se establecen mecanismos para revisar el funcionamiento de todas estas iniciativas (PRE-004). Otros dos procedimientos estratégicos propios centrados respectivamente en la elaboración anual de un informe de gestión y un programa de actuación de centro (PRE-003) y en la elaboración del plan estratégico del centro (PRE-005) ponen de manifiesto que la mejora de la calidad se ha convertido en una prioridad fundamental a la hora de determinar el rumbo futuro de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Esta dinámica de mejora continua implica sistematizar otros procedimientos clave y de apoyo vinculados a la implantación y funcionamiento de las titulaciones ofertadas, algunos propios del centro y otros diseñados transversalmente para todos los centros de la Universidad. En todos ellos quedan definidas las responsabilidades y, específicamente el papel del equipo de gobierno del centro y/o de la universidad.

Si bien los procesos propios del centro fueron diseñados recientemente (la mayor parte datan de octubre de 2022) y no se ha generado todavía una rutina documental (en algunos

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

casos sólo hay evidencia de un curso), se aprecia que el compromiso con la calidad va más allá del diseño del SIGC y se traduce en un grado de implantación razonable del mismo, lo que ha implicado desplegar una serie de esfuerzos y recursos. Este compromiso se evidencia en la instauración de estructuras específicas como el Comité de Calidad del Centro, integrado por todos los grupos de interés detectados (dirección, personal docente, investigador, técnico, administrativo, estudiantes, egresados, empleadores y entidades profesionales) así como la designación de Responsable de Calidad de la Vicedecana de Ordenación Académica, Calidad e Innovación. Para fortalecer el SIGC del centro, se ha gestionado e implantado un puesto administrativo de Jefe de Negociado de Calidad.

Por iniciativa del equipo de dirección de la FCS, y como parte del compromiso con la implantación y difusión de la cultura de calidad en el centro, desde septiembre de 2022 se comenzó la publicación de boletines periódicos iFCSalud en la web del centro, a través de los cuales se comunica a todos los grupos de interés las diversas actividades y actuaciones vinculadas a la calidad.

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

El SIGC incluye un procedimiento estratégico propio de la Facultad de Ciencias de la Salud (PRE-004) para revisar el SIGC. Dicho procedimiento establece la realización de un informe de revisión anual estructurado conforme a las cinco dimensiones del programa PACE de ACPUA (1. Política y objetivos de calidad; 2. Gestión del diseño de los programas; 3. Impartición de los programas formativos; 4. Análisis de los resultados; 5. Gestión de la información).

Se constata la realización de un informe de revisión de fecha 6 de julio de 2023 y codificado como IRS_060723. Dicho informe se ajusta a lo especificado en el proceso PRE-004: incluye las cinco secciones especificadas, identifica acciones de mejora y ha sido rubricado por la persona responsable de calidad y por el Decano. Las actas del Comité de Calidad del centro dejan constancia del trabajo realizado para la elaboración del mismo, tal y como se establece también en el procedimiento.

No obstante, en lo que respecta al contenido del informe de revisión, no se realiza una revisión sistemática (uno por uno) de los distintos procesos implicados en cada sección del informe. Dicha revisión debe contemplar tanto el diseño y la configuración del propio proceso como el análisis de los indicadores/resultados que genera. De la misma forma, las propuestas de mejora se plantean de forma escueta (descripción general y responsable), sin especificar tareas a llevar a cabo o plazos previstos. Además, no siempre se deduce su necesidad del análisis previo realizado. Finalmente, no se contempla un apartado para la revisión y seguimiento de acciones de mejora propuestas previamente. Si bien esto puede ser consecuencia de la inexistencia de informes de revisión previos, es algo que convendría tener en cuenta en el futuro y contemplar en el proceso PRE-004.

Se evidencia además que el equipo de gobierno reflexiona sobre el buen funcionamiento del SIGC en otros documentos:

- Informes internos de seguimiento (IIS): redactados por la Decana con una periodicidad bimestral.

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

- Informes de gestión: redactado por la Decana con una periodicidad anual.
- Informe interno de seguimiento de control de indicadores: redactado por la Vicedecana de ordenación académica calidad e innovación con una periodicidad anual.

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

Los diferentes grupos de interés internos (PDI, PTGAS, Estudiantes) están implicados, a través de su participación en la Junta de Facultad, en la aprobación de los principales documentos rectores del SIGC: definición de la política y los objetivos de calidad (PRE-001), informes de gestión y planes de actuación anuales (PRE-002) y plan estratégico (PRE-003). También participan, a través de las comisiones de evaluación de la calidad (CEC) y las comisiones de garantía de la calidad (CGC) de los títulos (PRE-002), en la revisión de los mismos. Además, a través del Comité de Calidad del centro participaran en la elaboración del informe de revisión anual del SIGC (PRE-004). Este Comité incorpora, además, representantes de otros grupos de interés externos (ej. instituciones sanitarias, colegios profesionales, egresados).

La política de calidad del centro es pública, marca sus prioridades de mejora continua, está elaborada con la participación de los diferentes grupos de interés, y se revisa periódicamente para atender las necesidades detectadas dentro y fuera del centro.

El SIGC incluye un procedimiento estratégico propio de la Facultad de Ciencias de la Salud (PRE-001) para elaborar y revisar la política y los objetivos de calidad. Se constata que el 11 de febrero de 2022 se elabora y aprueba en Junta de Facultad una primera versión de la política de calidad estructurada en una serie de directrices generales que recogen los compromisos del centro con la calidad. Dicha política fue modificada por el Comité de Calidad del centro el 4 de julio de 2023, informando en Junta de Facultad, tal y como establece el procedimiento PRE-001, el 7 de julio.

Por lo tanto, de acuerdo al procedimiento PRE-001, aunque no se cuenta con una serie temporal extensa, se evidencia un análisis y una revisión anual de la política de calidad. Los canales utilizados para hacerlo ofrecen la posibilidad de que participen todos los grupos de interés.

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

La política de calidad se elabora y revisa junto a unos objetivos de calidad, todo de acuerdo al procedimiento estratégico propio PRE-001. Al igual que la política, la primera versión de dichos objetivos fue aprobada en Junta de Facultad el 11 de febrero de 2022 y modificada por el Comité de Calidad del centro el 4 de julio de 2023, informando en Junta de Facultad el 7 de julio. A través de estos órganos colegiados, los distintos grupos de interés han tenido la posibilidad de realizar sus aportaciones.

Los objetivos de calidad coinciden con los objetivos estratégicos incluidos en el Plan Estratégico 2021-2024. De hecho, en el procedimiento PRE-005 para la elaboración del Plan Estratégico se habla de objetivos de calidad y no de objetivos estratégicos. En este

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

documento, además, los objetivos aparecen desagregados en acciones estratégicas para las que se establecen, entre otros detalles, responsables, plazos e indicadores.

En lo que respecta a la consecución de estos objetivos, conforme establece el procedimiento estratégico propio PRE-003, se revisan en el informe de gestión 2023, aunque de forma sucinta (tan sólo se señala si han sido alcanzados o están en desarrollo, sin aportar información adicional). En el informe de gestión 2022, no aparecen revisados los objetivos de calidad, pero sí las acciones estratégicas en las que aparecen desagregados en el plan estratégico. Estos objetivos estratégicos/de calidad también se revisan, aunque no sistemáticamente, en el informe anual de revisión del SIGC.

No diferenciar entre objetivos estratégicos y objetivos de calidad lleva a no dejar clara la diferencia entre el informe de revisión anual del SIGC y el informe de gestión anual, puesto que ambos tienen una estructura muy similar. Por otra parte, lleva a que no se establezcan objetivos o metas concretas para los indicadores de los distintos procesos del SIGC.

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

El SIGC es evaluado en el propio centro a través del informe de revisión anual que contempla el proceso PRE-004 y el informe de gestión que contempla el proceso PRE-003. Adicionalmente, el SIGC ha sido sometido a un proceso de auditoría interna, informe con fecha 25 de abril de 2023, de acuerdo al procedimiento de la Universidad Q318. Conforme a este procedimiento, ha participado personal de la Universidad externo al centro y recoge un análisis exhaustivo de las distintas dimensiones y criterios establecidos en el protocolo ACPUA. Se evidencia que las recomendaciones recogidas en dicha auditoría interna han dado lugar a cambios, tal y como se evidencia en el informe de revisión anual aprobado en julio de 2023.

No es posible evidenciar la periodicidad de las auditorías internas puesto que sólo se ha aplicado en una ocasión.

Acciones de especial seguimiento:

- Se debe aclarar la dicotomía entre objetivos de calidad y objetivos estratégicos. Si se mantiene la equiparación entre ambos, debe reflexionarse sobre la necesidad de un proceso para elaborar el plan estratégico (PRE-005) y un proceso para elaborar y revisar los objetivos de calidad (PRE-001) o la necesidad de un informe anual de revisión del SIGC y un informe anual de gestión. De la misma forma, la terminología utilizada en el procedimiento PRE-005 debería ser coherente con la utilizada en el Plan Estratégico 2021-2024.
- Se deben establecer objetivos o metas para los indicadores asociados a los procesos del SIGC.

Punto fuerte:

- Se edita mensualmente un boletín informativo (IFCSalud, https://fcs.unizar.es/boletin-ifcsalud) en el que se informa, entre otras cosas, de los avances realizados en materia de gestión de la calidad.

Recomendaciones:

- Incorporar un flujograma en el procedimiento asociado al proceso PRE-002 de gestión de la calidad de las titulaciones con el fin de mantener la uniformidad en el diseño de los distintos procesos.
- Redactar los procedimientos de forma más precisa, evitando ambigüedades y facilitando que el usuario tenga más claro cómo proceder. Por ejemplo, en el proceso de gestión de la movilidad (PRC-004) se habla de "unidad competente" sin especificar cuál es esta.
- Hacer un análisis más detallado de los distintos procesos del SIGC en el informe de revisión del mismo. Se debe evaluar por una parte el diseño, la conveniencia y la implantación de tales procesos y por otra los indicadores/resultados de los mismos. El catálogo de indicadores, por ejemplo, no aparece en ningún lugar del informe.
- Incluir en el informe de revisión del SIGC la fecha de aprobación del mismo por parte del Comité de Calidad del Centro. De la misma forma, se recomienda explicitar la necesidad de dicha aprobación en el proceso PRE-004.
- Puesto que la Junta de Facultad sólo es informada de la revisión del sistema, no procede que algunos procesos aparezcan aprobados por la Junta de Facultad. Otros procesos aparecen aprobados por el Comité de Calidad, algo que resulta más coherente con la redacción del proceso PRE-004.
- Hacer más evidente la necesidad de las acciones de mejora propuestas a partir del análisis realizado en el informe y planificar con mayor detalle dichas acciones, incluyendo al menos plazos previstos de realización. De la misma forma, se recomienda incorporar al informe un apartado para la revisión de acciones de mejora propuestas previamente e incluir dicho aspecto en el proceso PRE-004.
- Potenciar la participación efectiva de los grupos de interés y, especialmente, de los estudiantes en la implantación, mantenimiento, revisión y mejora. Si bien están representados en distintos órganos, su tasa de asistencia a las sesiones se estima mejorable.
- No incorporar la política de calidad como anexo al procedimiento PRE-001 puesto que cualquier modificación de la misma obligará a aprobar una nueva versión del procedimiento. La versión actual del mismo, de marzo de 2022, incorpora como anexo una política y unos objetivos ya obsoletos.
- Las directrices que integran la política de calidad no deben hacer referencia a la propia política (ej. a la difusión de la misma o la implicación de los grupos de interés). Sería más apropiado redactar estas directrices en términos de compromiso con la difusión de una cultura de calidad o de fomentar la implicación de los grupos de interés en los procesos vinculados con la gestión y mejora de la calidad.
- No incluir en la política de calidad la Misión, la Visión y los Valores del Centro, que son elementos más propios del Plan Estratégico de una organización.

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

- Concretar los objetivos de calidad, centrándolos en los resultados que se desea alcanzar en los distintos procesos del SIGC. De esta forma, el informe anual de revisión del SIGC se centraría en evaluar el diseño y los resultados alcanzados en los distintos procesos que conforman el sistema (estaría centrado en los indicadores de los procesos), mientras que el informe de gestión se centraría en valorar la evolución global del centro (estaría centrado en los indicadores de los objetivos estratégicos).
- Revisar con mayor profundidad los objetivos estratégicos/de calidad en el informe de gestión anual. Se señalan como alcanzados o en desarrollo, sin aportar ninguna información que justifique esta valoración. La revisión de tales objetivos debería vincularse con la revisión de las acciones estratégicas derivadas de los mismos.
- Revisar los indicadores vinculados a las acciones estratégicas incluidas en el plan estratégico puesto que en algunos casos no son tales (ej. el 'listado de convenios' vinculado a la acción AE8 es una evidencia, pero no un indicador sobre el que se puedan establecer objetivos).
- Revisar los indicadores del proceso PRE-001, puesto que están claramente solapados y la mejora de uno implica empeorar el otro. Además, no tiene mucho sentido establecer metas para el porcentaje de objetivos en desarrollo, puesto que lo que se pretende es alcanzarlos.

DIMENSIÓN 2: GESTIÓN DEL DISEÑO DE LOS PROGRAMAS.

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

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

Valoración del cumplimiento del criterio:

COMPLETAMENTE IMPLANTADO

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

La FCS de la UZ asegura y mejora la calidad de sus titulaciones mediante la adopción tanto de los procedimientos generales establecidos por la UZ (Q311 Gestión y Evaluación de los prácticum, Q313 sobre extinción de enseñanzas, Q314 sobre verificación e implantación de nuevas titulaciones, Q315 sobre renovación de la acreditación, Q316 sobre planificación de la docencia, Q212 sobre elaboración del informe de calidad de las titulaciones y el Q214 sobre elaboración de los planes anuales de innovación y mejora, como de otros propios, detallados en su Mapa de procesos. Estos incluyen la gestión de la calidad de las titulaciones (PRE_002), las prácticas académicas externas (PRC_003), los trabajos fin de estudios (PRC_002) y las acciones de movilidad nacional e internacional (PRC_004). La revisión y desarrollo de los programas de grado y máster implican la colaboración activa de diversos agentes internos, entre los que se encuentran las Coordinadoras de titulación, las Comisiones de Garantía y

Evaluación de la Calidad, el Comité de Calidad del centro y la Junta de Facultad, así como personal administrativo clave.

Dentro de los objetivos de calidad de la FCS el eje estratégico 1 hace referencia (1.1) a que la oferta de grado y postgrado de la FCS debe ser sostenible y de calidad que responde a las necesidades del entorno y la Sociedad. Para la elaboración de las Memorias de verificación de las titulaciones se forman grupos de trabajo con la participación de representantes de diferentes grupos de interés. Se evidencia la existencia de grupos de trabajo para la adaptación al RD 822/2021 del Grado en Enfermería, no pudiendo identificarse los diferentes grupos de interés implicados en las mismas por no estar identificados en las actas (8 actas) (problemática que ya se puso de manifiesto a través del informe de auditoría externa).

La FCS promueve la participación de los diferentes grupos de interés mediante un procedimiento específico para la gestión de quejas, sugerencias y otros comentarios (PRA_003).

Se ha podido evidenciar el funcionamiento de los procesos de implantación, modificación y extinción de estudios en la FCS. El Grado en Enfermería se ofrece desde 2008-2009 en Zaragoza, Huesca y Teruel, con modificaciones en 2011 y 2014. El Grado en Fisioterapia se implanta en 2008 y tiene modificaciones en 2011 y en 2018, no se tiene acceso a las memorias de modificación a través de la web institucional. El Grado en Terapia Ocupacional también se implantó en 2008 y tiene modificaciones de 2011 y 2023 cuyas memorias no están accesibles desde la web institucional. El Máster en Gerontología Social, de orientación profesional, se lanzó en 2009-2010 y ha renovado su acreditación en 2015 y 2019, no constan modificaciones y la memoria verificada está accesible desde la web institucional. El Máster de Iniciación a la Investigación en Ciencias de la Enfermería, enfocado en investigación, transformó su estructura a un máster oficial de 60 créditos, renovando su acreditación en 2019, pero no se ofrece en el curso 2023-2024 debido a su extinción conforme a regulaciones de la UZ.

En el PRE_002 se definen el informe de evaluación de calidad (IEC) y el Plan de Innovación y Mejora (PAIM) de cada titulación, el primero como documento que evidencia el análisis realizado por la Comisión de Evaluación de la Calidad que evalúa la enseñanza y la organización de la titulación, destacando áreas para mejorar las cuales sirven de fundamento para el PAIM, que recoge el conjunto de estrategias de mejora e innovación derivadas del IEC y destinadas a ser implementadas en la titulación.

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

Los procesos de seguimiento de titulaciones son gestionados de manera centralizada por los servicios centrales de la Universidad de Zaragoza. Un ejemplo claro de esto son las encuestas de satisfacción realizadas al Personal Docente e Investigador (PDI), al Personal Técnico, de Gestión, Administración y Servicios (PTGAS) y a la docencia impartida por parte de los estudiantes.

Al examinar los informes de evaluación de la calidad, se puede observar que el centro cuenta con métodos adecuados para la recopilación de información y los emplea en la redacción de dichos informes. Es importante destacar que el propio centro genera datos sobre la inserción

laboral de sus estudiantes, lo que resulta en la elaboración de un informe destinado a la evaluación de sus titulaciones.

Punto fuerte: El centro realiza su propia encuesta de inserción laboral y elabora un informe que se utiliza en los procesos de evaluación de las titulaciones.

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

La FCS garantiza el alineamiento de sus programas con los objetivos del programa formativo mediante la supervisión continúa realizada por las Coordinadoras de Titulación y las CGC. Conforme al Autoinforme (AI) las CGC enfocan su atención en la revisión de las guías docentes, asegurando la claridad de los resultados de aprendizaje por asignatura, y toda la documentación relevante se archiva en el sistema de gestión de calidad de la FCS en Nextcloud. Además, la FCS se apoya en los procedimientos transversales de la UZ recogidos en su mapa de procedimientos. Como el procedimiento Q316, que orienta la planificación docente y la elaboración de guías docentes. Este procedimiento especifica los contenidos de las guías docentes, incluyendo información básica, competencias, resultados de aprendizaje, evaluación y metodología. Las guías destacan las competencias y resultados de aprendizaje que cada asignatura busca desarrollar, conforme a la Memoria Verificada. Estas guías son evaluadas anualmente por la CGC, que puede sugerir mejoras para alinearlas aún más con los objetivos formativos. Estas recomendaciones se estudian por la coordinación y se elaboran propuestas concretas que se integran en los PAIM. Si la CGC aprueba estas propuestas en el PAIM se inicia un proceso de revisión de las guías docentes. Se ha verificado que los PAIM incluyen propuestas de mejora referentes a las guías docentes.

La FCS también se alinea con la estrategia institucional de la UZ (http://comprometidosods.unizar.es), respecto de la promoción del desarrollo humano sostenible, alineándose con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Se ha evidenciado la existencia de un apartado específico para los ODS en la web de la FCS, así como el desarrollo de acciones de mejora por parte de las CGC para la inclusión de los citados objetivos en las guías docentes. Particularmente a través de la web institucional de la UZ para los ODS se puede evidenciar la adecuación de asignaturas de los grados impartidos en la FCS a los diferentes ODS.

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

La Facultad genera anualmente para el seguimiento de cada programa formativo dos documentos: el informe de evaluación de la calidad (IEC) y el plan de innovación y mejora (PAIM). Esto lo hace de acuerdo al procedimiento estratégico propio PRE-002 que a su vez asume los procedimientos transversales de la Universidad Q212 y Q214 centrados respectivamente en cada uno de estos documentos.

De acuerdo al procedimiento PRE-002, la Comisión de Evaluación de la Calidad del título genera una primera versión del IEC trabajando sobre un documento inicial que aporta la persona que coordina la titulación. La presidencia de la Comisión de Garantía de Calidad del Título (la misma persona que ocupa el Decanato) somete esta primera versión a un proceso de alegaciones que permiten generar la versión definitiva del informe. Un procedimiento

parecido se aplica para aprobar el PAIM de cada título. Por lo tanto, el equipo de gobierno tiene la oportunidad de revisar los informes internos de seguimiento, aunque formalmente no consta que los apruebe. Sí que consta en el procedimiento que el equipo de dirección del centro realiza un seguimiento de los PAIMs.

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

Las tres titulaciones de grado ofrecidas por la FCS han atravesado un proceso inicial de verificación (2008) y posteriormente han sido objeto de dos procesos de renovación de esta acreditación (2015 y 2021). En todos los casos las renovaciones fueron favorables conforme a los criterios de la ACPUA. Los informes correspondientes a la segunda renovación de la acreditación, efectuada en 2021, incluyen en su Anexo III un resumen histórico de las evaluaciones realizadas desde la verificación inicial en 2008, mencionando los Informes de Seguimiento recibidos en 2011 y 2012, así como el informe correspondiente a la primera renovación de acreditación en 2015.

Los títulos han evolucionado a partir de lo establecido en el plan anual de innovación y mejora (PAIM) del título que a su vez emana del informe de evaluación de la calidad (IEC) del título.

Recomendación:

Redactar el proceso PRE-002 con mayor precisión de forma que quede más claro quien aprueba los distintos documentos (IEC, PAIM). De la misma forma, se recomienda valorar la incorporación en el procedimiento de los informes internos de seguimiento bimestrales (IIS) que se realizan.

DIMENSIÓN 3: IMPARTICIÓN DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS.

CRITERIO 3.1: ORIENTACIÓN DE SUS ENSEÑANZAS A LOS ESTUDIANTES.

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

Valoración del cumplimiento del criterio:

COMPLETAMENTE IMPLANTADO

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

La primera de las directrices incluida en la política de calidad del centro se refiere explícitamente a la orientación de las enseñanzas a los y las estudiantes y a la promoción del aprendizaje centrado en el estudiantado. Tras la auditoría externa, se ha reforzado el compromiso de la FCS con la enseñanza orientada al estudiantado, mediante la modificación de la política de calidad, incluyendo una directriz en la línea de la promoción de un aprendizaje personalizado que cumpla con los estándares académicos deseados.

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

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

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

La admisión y matriculación del centro se gestiona conforme a los procedimientos transversales de la Universidad Q411 y Q412 que hacen referencia a los estudios máster y estudios de grado, respectivamente.

Las alegaciones, reclamaciones y sugerencias se gestionan a través del procedimiento de apoyo propio PRA-003 (Gestión de quejas, sugerencias, felicitaciones, reclamaciones y propuestas de la FCS) que desarrolla en el centro el procedimiento transversal Q231 (sugerencias, quejas y reclamaciones para la mejora del título).

En lo que respecta al apoyo y orientación, la Universidad de Zaragoza cuenta con un procedimiento transversal (Q417, desarrollo e implementación del POUZ de la UZ) que distingue tres fases: orientación de nuevos estudiantes (programa tutor-mentor), orientación del estudiantado de segundo curso y siguientes, y orientación para las personas egresadas. La aplicación de este procedimiento en el centro ha dado lugar al POU de la Facultad de Ciencias de la Salud. En la web de la Universidad se informa al respecto y se publican las memorias anuales del programa que dejan constancia de la realización de actividades, tanto de orientación académica como profesional. No obstante, el centro también ha desarrollado un procedimiento clave propio dedicado a la orientación profesional (PRC_005). Aparentemente desarrolla la fase II recogida en el procedimiento transversal e incluye la creación de un Programa de Orientación al Empleo del centro que no se ha podido localizar en la web.

La enseñanza se planifica mediante el procedimiento Q316 (planificación de la docencia y de elaboración de las guías docentes). El procedimiento Q414 (evaluación del aprendizaje) establece criterios para desarrollar las pruebas de evaluación. No queda sin embargo definido el procedimiento de elaboración de la programación docente anual (asignación de horarios y espacios).

Cabe destacar la incorporación al SIGC del proceso clave propio PRC-006 (Proyección social, cooperación, voluntariado e incorporación de ODS) que se centra en el desarrollo de acciones en el centro relacionadas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y una mayor proyección social. En particular, se incorporan los ODS en las guías docentes que se elaboran conforme al procedimiento transversal Q316.

Las prácticas externas se gestionan conforme al procedimiento clave propio PRC-003 (Gestión de las prácticas académicas externas) que desarrolla en el centro el procedimiento transversal Q311 (gestión y elaboración de los practicum). De la misma forma, la movilidad se gestiona mediante el procedimiento clave propio PRC-004 (Elaboración, evaluación y gestión de las acciones de movilidad) que desarrolla en el centro los procedimientos transversales

Q312_1 y Q312_2 que se refieren a la movilidad internacional y nacional respectivamente. Además, el centro tiene un procedimiento clave propio (PRC-002, elaboración, evaluación y gestión de los trabajos fin de estudios) para gestionar los TFGs y TFMs.

Los perfiles de ingreso/egreso se incorporan a las memorias de verificación de cada título y, por lo tanto, se definen mediante el procedimiento transversal Q314 (verificación e implantación de nuevos estudios oficiales de grado y máster universitario).

Por lo tanto, el centro dispone de procedimientos para promover el aprendizaje centrado en el estudiante y aporta evidencias de su implantación. La participación de los estudiantes se articula a través de los distintos órganos colegiados implicados en la implantación y supervisión de los distintos procesos.

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

De acuerdo al procedimiento Q212, anualmente se elabora un informe de evaluación de la calidad (IEC) de cada título. Para ello, se analiza la información y los indicadores generados por cada uno de los procedimientos relacionados con la gestión académica y el aprendizaje. En particular, se analizan datos sobre el perfil de ingreso y egreso, resultados de aprendizaje, movilidad, o prácticas externas. La preparación de los datos e indicadores corresponde al Área de Calidad y Mejora (ACM) de la inspección general de servicios. Por lo tanto, se obtiene información sobre el funcionamiento de los procedimientos, se analiza y se identifican debilidades.

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

El análisis de la información generada por los procedimientos se realiza en el informe de evaluación de la calidad (IEC) de cada título. Dicho informe da lugar a una Plan anual de Innovación y Mejora (PAIM) en el que se definen las acciones de mejora necesarias para abordar las deficiencias o problemas detectados. La revisión realizada en estos PAIMs permite verificar que se proponen mejoras en los títulos derivados de la información generada por los procedimientos.

El procedimiento propio de revisión del SIGC (PRE-004) también implica generar un informe de revisión anual que incorpora apartados (especialmente el 3-Impartición de los programas formativos y el 4-Análisis de los resultados) que implican también analizar información generada por estos procedimientos relacionados con la enseñanza-aprendizaje e identificar cambios y mejoras necesarios en el diseño de los procedimientos.

Punto fuerte:

Se ha incorporado un proceso (PRC-006) centrado en potenciar los ODS en las actividades formativas del centro y fomentar un mayor compromiso social.

Recomendaciones:

- Redactar el procedimiento PRC-005 de forma más precisa, dejando claro qué aporta respecto al procedimiento transversal Q417. En particular, debería quedar clara la diferencia entre el plan de orientación universitaria del centro y el programa de orientación al empleo del Centro.

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

- Crear un procedimiento propio del centro para la gestión de la programación docente anual.

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

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

Valoración del cumplimiento del criterio:

COMPLETAMENTE IMPLANTADO

El centro contempla en su política de calidad el compromiso con la calidad de su profesorado.

La misión de la FCS refleja su compromiso con la calidad del personal académico y de apoyo a la docencia, contribuyendo al desarrollo personal y a la adquisición de competencias profesionales y transversales. También, se expresa en el compromiso de implementar métodos de revisión y evaluación para asegurar una mejora constante en todos los servicios del centro, lo cual abarca el desarrollo y bienestar de su personal.

Dentro de los valores de la FCS, el compromiso con la calidad del personal académico y de apoyo a la docencia se evidencia principalmente en el estímulo al desarrollo profesional y personal de su comunidad universitaria.

En las directrices generales de la política de calidad de la FCS, el compromiso con la calidad del personal académico y de apoyo a la docencia se manifiesta en la tercera directriz "Implicar y hacer partícipe de la política de calidad y de sus Objetivos a todo el alumnado y el personal que desarrolla sus actividades en la FCS, así como a otros agentes de la Sociedad que colaboran en la impartición de los programas formativos" y en la quinta directriz, la cual promueve "Favorecer la formación continua adecuada a todo el personal docente y de apoyo a la docencia, en función de las actividades y servicios que desarrollen".

La participación del personal docente y de apoyo a los órganos del SIGC de la FCS ha podido ser evidenciado de manera sistemática en la documentación disponible.

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

El acceso para el personal docente a la FCS se realiza a través de los procedimientos de contratación y adscripción establecidos por la UZ y conforme a la normativa vigente que pueden ser consultados en:

- Para el Personal Docente e Investigador (PDI): https://recursoshumanos.unizar.es/servicio-pdi/inicio-pdi
- Para el Personal Técnico, de Gestión, Administración y Servicios (PTGAS): https://recursoshumanos.unizar.es/servicio-pas/inicio-pas

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

A partir de la elaboración del Plan de Ordenación Docente (POD), las coordinadoras de titulación junto con los departamentos correspondientes evalúan las necesidades de profesorado para el próximo curso. Según el AI el Informe de Gestión anual incluye datos sobre las contrataciones realizadas durante el año académico en curso y se proporciona una visión general de la composición de la plantilla del centro. Esto no ha podido evidenciarse en el informe de gestión del año 2021, pero sí en el de 2022 y 2023. No se evidencia la existencia de procedimientos documentales concretos para los procesos de contratación de personal en el SIGC de la UZ.

En el mapa de procesos de la FCS se incluye procesos transversales de la UZ entre los que se destacan aquellos destinados al desarrollo, seguimiento, evaluación e información de las enseñanzas como Q223 Análisis de la satisfacción del PDI y PTGAS implicados en la titulación y aquellos destinados a la gestión de recursos humanos/materiales como el Q511 Valoración de la actividad docente del PDI y el Q512 Gestión de la formación del PDI.

El SIGC de la FCS no cuenta con procedimiento propio de acogida del profesorado de nueva incorporación, pero según el AI se ha publicado en la web del centro un "Manual de acogida para el profesorado de nueva incorporación". Se ha podido evidenciar la existencia de dicho documento de fecha 21/07/2023. El Manual abarca desde la estructura organizativa y los primeros pasos tras la incorporación, hasta detalles específicos sobre la docencia, evaluación, propiedad intelectual y servicios disponibles tanto a nivel de la FCS como de departamento. Incluye también información sobre el calendario académico, el uso de plataformas digitales educativas, normativas de exámenes, evaluación docente, y oportunidades de movilidad y formación profesional. Adicionalmente se indica que se está elaborando un procedimiento para futura incorporación al SIGC, de apoyo integral dirigido a todo el personal docente, que incluirá aspectos específicos para la acogida de los nuevos miembros.

La UZ promueve la formación del personal docente y de apoyo a través del centro de Innovación, Formación e Investigación en Ciencias de la Educación (CIFICE), se ofrecen diversos programas formativos, como el Programa General de Formación, el Programa de Profesorado Novel, el de Internacionalización, Seminarios Formativos y Actividades de Grupos de Innovación Docente. Se ha evidenciado la disponibilidad de los citados programas formativos y su oferta a través de la página web del CIFICE (https://cifice.unizar.es). Durante la audiencia con el PDI se evidencia la satisfacción del colectivo con la oferta formativa y disponibilidad de las mismas por parte del CIFICE.

Asimismo, el PTGAS puede acceder a la formación a través de la Convocatoria General de actividades para el PTGAS de la UZ. Se evidencia la convocatoria de formación a partir de la página web (https://recursoshumanos.unizar.es/servicio-pas/formacion/formacion-pas).

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

La evaluación de la satisfacción con la actividad docente en la FCS se realiza a través del procedimiento transversales de la UZ Q222 (Análisis de la satisfacción de los estudiantes con la titulación de grado o máster). El estudiantado evalúa al PDI a través de la plataforma ATENEA, cuyos resultados son accesibles para los coordinadores de titulación. La FCS, además, incorpora en su mapa de procesos el proceso Q511 transversal de la UZ de evaluación de la actividad docente del profesorado.

Estos resultados se analizan y se reflejan en el correspondiente IEC de la titulación. La Comisión Técnica de Evaluación (CTE) (UZ) emite una propuesta de informe, y la Comisión de Calidad de la Actividad Docente (CCAD) produce el informe final, clasificando los resultados como positivos-destacados, positivos o negativos. Los resultados se publican en la página web de la FCS. Se evidencian los datos correspondientes al periodo 2016-2017/2020-2021 en la web institucional en Calidad>>>Resultados>>>Datos del Profesorado>>>Evaluación. Los datos que se recogen se incorporan al informe del CEI (según Q212 y PRE_002).

La evaluación se realiza sobre todo el personal, pero no queda clara la frecuencia con la que los estudiantes tienen que valorar (parece que el procedimiento tendría una periodicidad anual). Durante la audiencia con los estudiantes se pone de manifiesto que este proceso genera recelos entre los estudiantes. No se tiene muy claro el desarrollo del procedimiento e indican que en muchos casos eso les hace no querer participar en el mismo.

El procedimiento para la evaluación de la actividad docente puede ser consultado en la página web de la Universidad: https://recursoshumanos.unizar.es/servicio-pdi/evaluacion-del-profesorado/evaluacionde-la-actividad-docente

El SIGC recoge indicadores que facilitan el análisis del personal académico y de apoyo a la docencia tales como:

- *porcentaje de créditos impartidos por doctores.*
- *ratios de sexenios y quinquenios entre el profesorado que imparte el título.*
- *porcentaje de actividad docente del profesorado que imparte el título que es evaluada anualmente.*
- *porcentajes de profesorado en las diferentes categorías de desempeño según la evaluación de su actividad docente.*
- *implicación del profesorado en acciones de formación y de innovación.*

El centro elabora para cada uno de sus títulos con periodicidad anual un informe de evaluación de la calidad (IEC) de acuerdo con el procedimiento transversal Q212. El procedimiento establece que el informe incluirá apartados dedicados a cada una de las directrices utilizadas en el protocolo de renovación de la acreditación, lo que garantiza que haya un apartado dedicado a la evaluación del personal académico y de apoyo a la docencia. Un anexo a este procedimiento transversal recoge el catálogo de indicadores y datos utilizados para realizar este análisis y que incluye: categoría del profesorado que imparte docencia en el título, profesorado en primer curso, número total de sexenios, número de total de quinquenios, horas impartidas, horas profesorado permanente, horas profesorado no permanente, y tabla de evolución PTGAS.

Conforme al AI los IEC de cada titulación de la FCS documentan anualmente la evolución del personal docente, incluyendo su participación en formación e innovación. Se indica que estos datos se agregan por centro, se actualizan y se publican en la sección de Resultados/Datos de Profesorado del SIGC en la web de la FCS. Se evidencia que a través de Calidad>>>Resultados>>>Datos del Profesorado>>>Evaluación se tiene acceso a datos del periodo 2018-2019-2022/2023 correspondientes a profesores de prácticas externas, permanentes y no permanentes para las tres titulaciones de grado. No se aporta información referente a los estudios de máster. Tampoco se ha podido evidenciar información referente a las categorías docentes del profesorado. Se facilita información sobre el porcentaje de profesorado doctor (excluido el profesorado de prácticas) para el curso 2022-2023. Finalmente, se facilita información referente al número de sexenios y quinquenios agrupados y por titulaciones de grado para el curso 2021/2022 y por categoría docente. Se facilita

información sobre el porcentaje de profesorado que es evaluado anualmente. Referente al porcentaje de profesorado doctor y el número de sexenios y quinquenios la información disponible para los grupos de interés solamente es de un curso académico y, por tanto, no puede permitir el seguimiento de la evolución de los indicadores. Se facilitan datos agregados del porcentaje de profesorado que es evaluado anualmente (seguimiento), pero no se facilita información desagregada por titulaciones.

A partir de los IEC de las titulaciones se ha podido evidenciar que no se facilita específicamente el % de créditos impartidos por doctores, pero si se facilita el número de horas por categoría docente y su porcentaje con lo que ese dato podría ser extraído a partir de la información pública. Si se facilita la evolución del porcentaje de horas impartidas por profesorado permanente y no permanente. Se facilita información sobre el número de sexenios y quinquenios del profesorado del título por categoría docente.

En los IEC se facilita información sobre la participación del profesorado (y evolución) en actividades de innovación docentes y de participación en acciones de formación docente.

Ni los IEC de las titulaciones, ni la información disponible en la web institucional en Calidad>>>Resultados>>>Datos del Profesorado>>>Evaluación facilita información sobre la evaluación de la actividad docente del profesorado segregada por categorías docentes, ni titulaciones. En los IEC no parece que se detalle una reflexión sobre los resultados de la evaluación de la actividad docente.

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

La aplicación del procedimiento transversal Q212 garantiza el análisis de los datos relativos al personal académico y de apoyo a la docencia. El centro lleva a cabo este análisis a través de los informes de los IEC de las titulaciones. Sin embargo, hasta el momento, no se han identificado mecanismos dentro del SIGC que aborden este criterio de manera global en lugar de forma individual para cada titulación.

Respecto de la adecuación a los indicadores de plantilla reflejados en las memorias verificadas de los títulos el AI indica que en colaboración con los departamentos se ajustan anualmente las necesidades de profesorado de forma que se pueda dar cumplimiento efectivo a las acciones formativas reflejadas en las memorias de las titulaciones. Se realizan encuestas de satisfacción entre el PDI y los estudiantes que permitirían detectar desviaciones en este sentido. La información disponible de evolución de la plantilla presenta tendencias positivas en el sentido de consolidación de la plantilla y número de profesores doctores.

Conforme al AI se encuentra en implantación un Sistema de Evaluación del Desempeño a nivel de la UZ que evalúa la conducta profesional y el rendimiento del PTGAS. A partir de la información disponible en las encuestas de satisfacción o informes no se perciben deficiencias en la dotación del PTGAS de la FCS.

En el Plan Estratégico de la FCS no han podido evidenciarse acciones relacionadas con la consolidación o necesidades respecto de la plantilla de PTGAS.

El centro analiza los datos relativos a la cualificación académica, experiencia y calidad docente e investigadora de su profesorado. Como resultado de este análisis, y de los informes de seguimiento de las titulaciones, el centro propone acciones de mejora tales como planes de formación, acciones de innovación, etc…

Actualmente, se están recabando datos globales del personal docente para analizar su cualificación y recabar indicadores para futuros procesos de renovación de la acreditación de las titulaciones. Por otra parte, se indica que la cualificación del personal viene considerándose suficiente y no requeridora de planes de formación adicionales debido a que en general la satisfacción del estudiantado con la actividad docente es adecuada. En base a esta premisa, se viene aceptando como suficiente la formación adicional que tenga el profesorado fruto de los planes de formación iniciativa del centro de Innovación, Formación e investigación en Ciencias de la Educación (CIFICE) de la Universidad de Zaragoza.

Como se ha indicado anteriormente en diferentes documentos derivados de la actividad del SIGC se facilita información (con más o menos reflexión) al respecto de diferentes indicadores como la ratio de profesorado doctor/no doctor, profesorado permanente y categorías docentes, mostrando en líneas generales evoluciones positivas. No se evidencia, sin embargo, en cada IEC de la titulación una valoración sistemática de cualificaciones académicas e investigadoras del PDI. Tampoco parece que se analicen sistemáticamente los resultados de la evaluación de la actividad docente.

No se han identificado mecanismos dentro del SIGC que aborden este criterio de manera global en lugar de forma individual para cada titulación.

El centro difunde información general sobre su profesorado (perfiles, adecuación, actividad investigadora, participación en acciones de formación, resultados agregados de las evaluaciones…).

El centro aprovecha los recursos establecidos por la UZ para este propósito, como la publicación de informes de evaluación de la docencia y los resultados e informes de encuestas de titulaciones, disponibles en el enlace: https://encuestas.unizar.es/resultadosencuestas.

En su propia página web, el centro también divulga:

- Informes de evaluación de la calidad de las titulaciones: https://fcs.unizar.es/calidad-de-las-titulaciones.
- Informes de gestión: https://fcs.unizar.es/informes-de-gestion-y-programas-de-actuacion.

Igualmente está accesible el Informe de Gestión anual (2021/2022/2023).

En la sección correspondiente a cada titulación en el sitio web del Centro, se proporciona información de contacto del profesorado asociado a cada asignatura. Asimismo, al consultar la guía docente, se presenta una lista del profesorado asignado a cada materia, acompañado de un enlace a su perfil individual. En dicho enlace algunos profesores incluyen una descripción detallada de los méritos académicos y de investigación, mientras que otros la información es limitada y se centra principalmente a las asignaturas que imparten.

Se evidencia el acceso a documentación relativa a los resultados de evaluaciones del profesorado a través de la página web del centro en la sección Calidad>>>Resultados>>>Datos del Profesorado>>>Evaluación. Los resultados agregados de

la evaluación de la actividad docente también se encuentran disponibles a través de la web institucional de la UZ en https://inspeccciongeneral.unizar.es/calidad-y-mejora/calidad-docente.

La universidad cuenta con un procedimiento sobre encuestas (Q222) aplicable a todos los grados y máster de la universidad y se realizan informes sobre los resultados de evaluación, con la publicación de los resultados agregados de las encuestas, procesados a través de los procesos codificados (IEC).

A través del Informe Interno de Auditoría se puso de manifiesto la necesidad de publicar un breve currículo del profesorado de la FCS. Según el autoinforme se actualizó la información del profesorado en la web del centro, incluyendo perfiles investigadores e innovadores, exceptuando el profesorado de prácticas externas. Se evidencia que todavía hay un número significativo de profesorado que no tiene perfil accesible. Además, aunque se indica "perfil investigador" en algunos profesores cuando se accede al mismo, lo que se obtiene es un "perfil docente".

Recomendaciones:

- Incorporar procedimientos transversales al SIGC de la Universidad que documenten la gestión del acceso y la gestión del personal académico y de apoyo.
- Incluir en los IEC reflexiones o un apartado concreto respecto de la evaluación del PDI de la FCS.
- Incrementar la información ofrecida sobre el PDI en la web.
- Incorporar información/reflexión sobre resultados medios obtenidos en encuestas de satisfacción realizadas por los estudiantes en el análisis de profesorado que se realiza en los IEC de los títulos.
- Incluir en el IEC un análisis y valoración sistemática de los resultados de la evaluación de la actividad docente y de la cualificación académica e investigadora del PDI.

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

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

Valoración del cumplimiento del criterio:

SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO

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

El Centro ha impulsado la actualización y creación de nuevos procedimientos para la gestión de recursos materiales y servicios, incluyendo la formación de la Comisión de Calidad de los

Servicios y la actualización de la Carta de Servicios (actualizada 15/02/2023), disponible en la web del centro. La Carta de Servicios es accesible a través de la sección de Calidad de la web institucional de la FCS. Sería recomendable que también lo fuera a través de la pestaña de "Administración y Servicios".

En el mapa de procesos del SIGC se ha desarrollado un procedimiento de apoyo (PRA_001) y una instrucción técnica para el uso de espacios (IT_PRA001_1), enfocados en la mejora de la gestión y adaptación a las necesidades y expectativas de la comunidad del centro. El PRA_001 debería definir en su texto a la Comisión de Calidad de los Servicios. La IT_PRA001_1 no figura como documento derivado del desarrollo del PRA_001.

Igual que con otros procedimientos del SIGC de la FCS se debe mejorar la sistemática de identificación y codificación de la documentación generada por el procedimiento. Por ejemplo, existe obligación conforme al diagrama de flujo de reflejar en el informe de gestión las actuaciones realizadas, este documento debería por tanto figurar como documento codificado de salida del PRA_001.

Por otra parte, la aplicación de la Carta de Servicios genera un documento "Informe de Seguimiento de la Carta de Servicios" disponible en la web institucional para los años 2020 y 2022, este último generado en febrero de 2023. Este documento, aunque no viene recogido en el PRA_001, se entiende que es un documento de salida correspondiente al PRE_01.2.1 perteneciente al SIGC de la UZ. No se evidencia por tanto que se haya cumplido la periodicidad anual que establece el procedimiento PRE_01.2.1.

Se evidencia que se han diseñado y están ejecutando proyectos de mejora de infraestructuras del centro, con documentación en el repositorio Nextcloud del SIGC (2022).

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

Conforme al AI, tras la aprobación del PRA_001 se han diseñado indicadores para realizar el seguimiento del procedimiento. Según se indica, estos indicadores se definen en el PRA_004 e incluyen: 1. Número de sugerencias de mejora recibidas relativas a los recursos materiales y servicios a través de los diferentes canales de comunicación. 2. Número de quejas recibidas relativas a los recursos materiales y servicios a través de los diferentes canales de comunicación. 3. Número de sugerencias de mejora ejecutadas relativas a los recursos materiales y servicios. 4. Porcentaje de mejoras realizadas en relación con los recursos materiales y servicios respecto a las propuestas planteadas) y que corresponderían respectivamente con los indicadores IND_PRA001_1, ND_PRA001_2, IND_PRA001_3 e IND_PRA001_4 que aparecen en el Catálogo de Indicadores y en los Informes de Indicadores. Actualmente, los indicadores correspondientes al curso 22/23 IND_PRA001_3 e IND_PRA001_4 referentes al número y porcentaje de mejoras ejecutadas se encuentran "en proceso". Podría ser recomendable verificar la necesidad de tener dos indicadores diferentes IND_PRA001_3 e IND_PRA001_4 para valorar "valor absoluto" y "porcentaje" sobre cuestiones muy similares. En cualquier caso, si se mantiene el IND_PRA001_4 debería definirse como se valoran las "propuestas planteadas" y como son estas extraídas a partir de los demás indicadores del procedimiento.

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

En definitiva, los indicadores planteados generan dudas respecto a su utilidad o si estos indicadores deben ir complementados con subindicadores. Por ejemplo, el primer indicador, se podría complementar con la calidad de las sugerencias o un informe de la evaluación de dichas sugerencias.

Aunque en el informe anual de evaluación de la calidad de cada titulación se analiza la satisfacción de algunos grupos de interés (fundamentalmente estudiantes y PDI) con los recursos materiales y servicios, el procedimiento no cuenta con indicadores basados en la satisfacción.

Se valora positivamente la realización de encuestas propias para determinar la satisfacción con la calidad de sus servicios por parte de la FCS. La primera, lanzada en el curso 2021-22, recoge opiniones del PDI sobre las salas de prácticas, esenciales en la formación del centro. La segunda, iniciada en el curso 2022-23, evalúa la calidad de los servicios desde la perspectiva de estudiantes, PDI y PTGAS.

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

Se evidencia la existencia de Informes de Seguimiento de la Carta de Servicios realizados por la Comisión de Calidad de los Servicios. Los mismos están disponibles para los años 2020 y 2022. Sin embargo, los mismos, su proceso de realización y definición no se encuentran recogidos en el PRA_001. Adicionalmente estos informes recogen indicadores que tampoco están recogidos en el PRA_004. Se entiende que su elaboración se realiza en el contexto del PRE_01.2.1 perteneciente al SIGC de la UZ.

Fruto de las encuestas de elaboración propia indicadas en la sección previa se han elaborado informes derivados de las mismas sobre los recursos materiales y servicios. Nuevamente el proceso de elaboración de estos informes queda al margen del PRA_001, se valora positivamente su realización, pero debe dotarse a los mismos de mecanismos que codificación, identificación y desarrollo que permitan su contextualización en el SIGC de la FCS. Los informes se encuentran accesibles en la web institucional de la FCS en Calidad>>>Resultados>>>Encuestas propias del centro>>>Calidad de los Servicios. Con el fin de facilitar la difusión entre los grupos de interés tal vez sería más eficiente situarlos Calidad>>>Calidad de los Servicios.

Se evidencia la incorporación de reflexiones sobre los recursos materiales y servicios de la FCS a los diferentes IEC de las titulaciones impartidas en la FCS. Los PAIM derivados incluyen propuestas al respecto si procede.

A través de los Informes Internos de Seguimiento se da difusión a las acciones de mejora respecto de los recursos materiales y servicios puestas en marcha. Se evidencia la existencia en el informe de gestión de la FCS del seguimiento de sus servicios y recursos materiales. Se destacan las mejoras realizadas en cuanto a infraestructuras. Se cuenta con un documento que recopila todas las acciones de mejora de los servicios y su grado de cumplimiento.

Los servicios transversales como la biblioteca publican informes sobre sus servicios.

No consta un informe individual de los recursos materiales, aunque, como se ha comentado en el apartado anterior, si consta que la insatisfacción o las quejas y sugerencias relativas a

los mismos son tenidas en cuenta en los informes anuales de evaluación de cada título y, por lo tanto, dan lugar a acciones incluidas en los planes de mejora de dichos títulos.

El centro ha definido un objetivo estratégico clave, el 3.3, que consiste en impulsar la mejora de las infraestructuras y transformar el centro en un entorno sostenible y saludable. Este objetivo estratégico guía la implementación de las acciones del PAIM asociadas al mismo. Durante las audiencias con el PTGAS se pone de manifiesto que la FCS tiene un grave problema de gestión de espacios. Esto se viene solventado mediante la utilización de instalaciones de la Facultad de Medicina de la UZ.

Aspecto de especial seguimiento:

Revisar los indicadores de seguimiento del proceso PRA-001 (Gestión de los recursos materiales y servicios) buscando que proporcionen la mayor información posible sobre la eficacia o la eficiencia de la gestión de recursos y servicios en el centro.

Recomendación:

- Incorporar indicadores basados en la satisfacción de los grupos de interés para el seguimiento del proceso PRA-001 (Gestión de los recursos materiales y servicios).
- Definir las funciones de la Jefa de Calidad en el Manual de Calidad (al igual que el resto de agentes del SIGC).

Punto fuerte:

Se valora positivamente la incorporación de la figura de la Jefa de Calidad a la FCS al organigrama de agentes del SIGC.

DIMENSIÓN 4: RESULTADOS.

CRITERIO 4.1: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

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

Valoración del cumplimiento del criterio:

COMPLETAMENTE IMPLANTADO

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

De forma general, el centro dispone de DATUZ (https://unidadcalidad.unizar.es/datuz) sistema que integra las distintas bases de datos, sirviendo de fuente oficial para la revisión de indicadores relacionados con la gestión académica del centro y sus titulaciones.

La Universidad cuenta con un procedimiento transversal (Q222) para recoger información relativa a la satisfacción de los estudiantes con diferentes aspectos del proceso de

aprendizaje: satisfacción con el programa formativo, con la actividad docente del profesorado, con la movilidad, o con las prácticas. De la misma forma, cuenta con un procedimiento transversal (Q223) para recoger información sobre la satisfacción del PDI y el PTGAS.

Aunque existe un proceso transversal (Q224) para recoger información sobre la inserción laboral de las personas egresadas, el centro lo ha complementado con un proceso clave propio (PRC-001) que recoge la realización de una encuesta propia para conocer la situación de sus egresados después de un año de terminar sus estudios y de un informe al respecto.

La información generada por estos procesos, así como otros indicadores relativos a los resultados del proceso de formación (tasas de éxito y rendimiento por asignatura o distribución de calificaciones) y al rendimiento y resultados de la titulación (tasas medias de éxito, rendimiento, eficiencia, graduación y abandono, así como duración media de los estudios) se analiza en los Informes anuales de evaluación de calidad (IEC) que se generan de acuerdo al procedimiento transversal Q212 según se estipula en el proceso estratégico propio PRE-002.

No obstante, se aprecian algunos aspectos mejorables:

- Las tasas de respuesta de las encuestas de satisfacción que completa el estudiantado son bajas. No obstante, la FCS es consciente de este problema y afirma que está estudiando estrategias para aumentar la tasa de respuesta.
- No se utiliza en la revisión de las titulaciones información sistemática sobre la satisfacción del colectivo de empleadores/as y tutores/as de prácticas.

El centro realiza un análisis sistemático de todos esos datos en relación a los objetivos definidos para el centro con el objetivo de identificar acciones que permitan la mejora de los resultados evaluando su eficacia.

En general, el análisis de datos para la definición de acciones de mejora se realiza en la Comisión de Evaluación de la Calidad (CEC) del Título y en la Comisiones de Garantía de la Calidad de las Titulaciones (CGC) del Centro, y se alojan en los Informes de Evaluación de la Calidad (IEC) y Planes de Innovación y Mejora (PAIM)

Más específicamente, de acuerdo a los procedimientos Q_212 y PRE-002, la Comisión de Evaluación de la Calidad (CEC) del título genera una primera versión del IEC trabajando sobre un documento inicial que aporta la persona que coordina la titulación. A continuación, tiene lugar un proceso de recogida de alegaciones, coordinado por la Presidenta de las Comisiones de Garantía de la Calidad de las Titulaciones (CGC) del centro. Estas alegaciones se hacen llegar a la CEC y, si se considera, se incorporan al IEC. Finalmente, la persona coordinadora cierra e introduce en la plataforma la versión definitiva, que de esta forma quedará publicada en los alojamientos web de la Universidad de Zaragoza y de la ACPUA.

El PAIM de cada titulación se elabora según los procedimientos Q_214 y PRE_002. La persona coordinadora elabora un documento de propuestas de mejora del CEI, que son compartidas primero telemáticamente con la Presidencia de la CGC y después con toda la Comisión en una reunión dedicada. La versión del PAIM así elaborada se remite a los directores/as de los departamentos implicados en la docencia de la titulación, al objeto de que puedan incorporar alegaciones o sugerencias de mejora. Una vez valorada la implementación de las sugerencias

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

por parte de las personas directoras de los departamentos, el PAIM se cierra y se transmite automáticamente a la Decana y a la persona coordinadora de la titulación, y se publica en la web de titulaciones de la UZ.

En cuanto al seguimiento de las acciones de mejora, siempre descritas en el mismo procedimiento, cabe destacar cómo la Decana, que preside las CGC de todas las titulaciones del centro, revisa y analiza, junto con el Equipo de Dirección en sus reuniones semanales, las necesidades y carencias detectadas y las acciones que es necesario poner en marcha. Si algunas de ellas requieren la aprobación de la Junta de Facultad, se procede a hacerlo; las acciones que, sin embargo, no requieren la aprobación del Consejo, se detallan en un informe de la Decana. De este modo se garantiza que todas las partes interesadas del centro las conozcan y puedan intervenir en el proceso de implantación. Los acuerdos alcanzados se publican en la página web del centro.

Las acciones incluidas en el PAIM de las titulaciones son analizadas, organizadas según su prioridad y viabilidad a corto plazo e incluidas en el Programa Anual de Actuación (corto, medio plazo) o en el Plan Estratégico (largo plazo).

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

Como ya se ha mencionado, el análisis se traduce en la elaboración de los PAIM. Estas acciones son organizadas según su prioridad y viabilidad a corto plazo e incluidas en el Programa Anual de Actuación (corto, medio plazo) o en el Plan Estratégico (largo plazo). Como se ha comentado en el Criterio 1, se estima oportuno hacer más evidente el proceso de generación de las acciones de mejora a partir del análisis de datos y realizar un seguimiento más sistemático de tales acciones.

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

Conforme al proceso estratégico PRE-003, el centro elabora anualmente un Informe de Gestión y un Programa de Actuación. Estos documentos se publican en la página web del centro, donde también se recogen todos los datos sobre el proceso de aprendizaje, la inserción laboral y la satisfacción de los grupos de interés comentados anteriormente, así como los IECs y los PAIMs de cada titulación.

El Informe de Gestión incluye el seguimiento de las acciones definidas en el programa de actuación del año anterior. Dichas acciones están vinculadas a los objetivos de calidad del centro e indican el origen de las mismas (Equipo Directivo, PAIM de titulaciones, Auditoria Interna, Carta de servicios, etc.).

Recomendaciones:

- Tomar medidas para mejorar las tasas de respuesta en las encuestas utilizadas para recoger la opinión y medir la satisfacción del estudiantado.
- Incorporar en la revisión de las titulaciones y del SIGC información sobre la - del colectivo de empleadores/as y tutores/as de prácticas.

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

DIMENSIÓN 5: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN.

CRITERIO 5.1: ANÁLISIS Y USO DE LA INFORMACIÓN GENERADA.

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

Valoración del cumplimiento del criterio:

COMPLETAMENTE IMPLANTADO

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

La visión y los valores del centro reflejan la consideración del centro por los aspectos fundamentales del entorno, asimismo la política de calidad del centro refleja su compromiso mediante la definición de dos perspectivas fundamentales:

- Implicar y hacer partícipe de la política de calidad y de sus objetivos a todo el estudiantado y el personal que desarrolla sus actividades en la FCS, así como a otros agentes de la Sociedad que colaboran en la impartición de los programas formativos.
- Comprometerse en el impulso y la promoción de la educación para los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En los objetivos estratégicos del centro se incluyen dos líneas concretas que demuestran la consideración con los grupos de interés:

- 2.4 Fomentar las relaciones con egresados y egresadas, colegios profesionales, empleadores e instituciones sanitarias y sociales.
- 3.3 Afianzar la proyección social del centro, la cooperación y el voluntariado, así como su compromiso con los ODS.

El SIGC tiene en cuenta a los distintos grupos de interés internos mediante la incorporación de representantes de los mismos en las comisiones de calidad y otros órganos colegiados que participan tanto en la revisión del sistema como en la ejecución de los distintos procedimientos que forman parte del mismo. También incorpora a expertos externos al centro en las comisiones de evaluación de la calidad de los títulos y en el comité de calidad del centro, algo que se estima muy positivo. Además de esta participación ejecutiva, se articulan otros canales de comunicación, como el procedimiento de gestión de sugerencias y quejas, y se abren periodos de exposición pública de informes en algunos procedimientos.

Se aportan evidencias de la interacción del centro y de su equipo de gobierno con el entorno económico, social y científico. Se estima no obstante oportuno crear un consejo asesor o consultivo del centro en el que se integren personas relevantes del entorno económico, social y científico y al que se presente formalmente el Informe de Gestión y el Programa de Actuación anual antes de su aprobación.

Las prácticas externas curriculares son imprescindibles para la obtención de las titulaciones impartidas en la facultad. El centro cuenta con un procedimiento para la adecuada organización y gestión de las prácticas externas curriculares, PRC_003 Gestión de las

prácticas externas, en el que se regula la existencia de convenios para su realización, así como la existencia de comisiones mixtas de seguimiento con entidades públicas y concertadas.

Por la parte de proyección social, cooperación y voluntariado, el centro cuenta con un procedimiento propio, PRC_006 Proyección social, cooperación, voluntariado e incorporación de los ODS en la FCS, que recoge un conjunto de actuaciones dirigidas a favorecer, iniciar, desarrollar, documentar y evaluar todas aquellas acciones relacionadas con los ODS y el compromiso social de la FCS.

El centro facilita los mecanismos para que dichas acciones puedan realizarse, mediante la cesión de espacios, la organización de cursos y talleres, y la difusión de dichas acciones en la web del centro, en redes sociales y en el boletín iFCSalud.

El SIGC facilita la elaboración de informes internos de seguimiento de los títulos que conducen al diseño de planes de mejora, en los que se incluye, al menos, un conjunto de acciones destinadas a satisfacer las necesidades detectadas, los responsables del desarrollo de dichas acciones, un plazo de ejecución, y un sistema de seguimiento y medición de su ejecución.

El SIGC del centro dispone de los procedimientos PRE002 Gestión de la calidad de las titulaciones y PRE003 Elaboración del informe de gestión y programa de actuación. A partir de estos procedimientos se elaboran los informes de seguimiento de las titulaciones y los PAIM. Además, el centro elabora informes anuales de evaluación de la calidad de las titulaciones, siguiendo lo indicado en los procedimientos transversales de la Universidad de Zaragoza, Q212. Así como la elaboración de los programas de actuación, siguiendo lo descrito en el Q214.

Las mejoras detectadas en los informes anuales de evaluación de la calidad se reflejan en los PAIM anuales. Los cuales incluyen para cada acción, responsables, plazos, indicadores y metas. Asimismo, el Programa de actuación del centro incluye una trazabilidad de los objetivos con las mejoras reflejadas en los PAIM.

Se evidencia la existencia de acciones recurrentes en los PAIM de las diferentes titulaciones a lo largo de los diferentes cursos académicos. No queda claro cuál es el proceso por el que se valora el grado de cumplimiento del PAIM del año precedente. Por ello, se recomienda que las acciones que sean fruto de su no cumplimiento en el año precedente deberían incorporarse al PAIM del año en curso no como acciones nuevas sino identificadas como procedentes del PAIM del año anterior, así los diferentes grupos de interés y agentes del SIGC podrían valorar más efectivamente dichas acciones.

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

El equipo de gobierno del centro centra las mejoras detectadas en los informes de evaluación de calidad de las titulaciones y el seguimiento de los indicadores en los PAIMS anuales de cada titulación. Conforme al proceso estratégico propio PRE-003, el centro genera y hace público un Informe de Gestión y un Programa de Actuación. En el segundo se plantean acciones de mejora generales para el centro. Este ejercicio permite hacer propuestas de mejora relativas a la oferta formativa. Además, se realiza la trazabilidad de las acciones identificadas en los PAIMs individuales dentro del Programa de actuación del centro.

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

Recomendaciones:

- Crear un consejo asesor o consultivo del centro que integre a personas relevantes del entorno económico, social y científico al que se presente formalmente el Informe de Gestión y el Programa de Actuación anual.
- Enviar los informes al Consejo Social formalmente para su revisión y aprobación.
- Identificar las acciones que se incluyen en el PAIM pero proceden de un PAIM del año anterior por no haber podido ser completadas.

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

El centro cuenta con procedimientos para la publicación periódica de información actualizada relativa a sus actividades y programas que garantizan los procesos de toma de decisiones, la

Valoración del cumplimiento del criterio:

COMPLETAMENTE IMPLANTADO

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

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

El centro dispone de un procedimiento interno, PRA_005 Comunicación interna y externa, mediante el que identifica los canales de comunicación y los responsables de los mismos. Como apoyo a dicho procedimiento, cuenta con la instrucción técnica IT_PRA_ 005 Gestión de la página web, mediante la que identifica la información y la responsabilidad sobre cada tipo de información y en la que se hace referencia a la instrucción técnica de la Universidad de Zaragoza, IT_002 Instrucción técnica sobre la información pública de las titulaciones oficiales de la Universidad de Zaragoza.

La aplicación de estos procedimientos e instrucciones garantiza la publicación de información sobre los principales aspectos relacionados con el diseño y la implantación de los programas formativos, así como con el funcionamiento del centro.

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

Se evidencia que toda la documentación del SIGC es accesible a través de la página web del centro. Desde la sección de Calidad se puede acceder al Manual de Calidad, procedimientos

e instrucciones tanto de la UZ como del centro. También se evidencia la disponibilidad en el apartado correspondiente de todos los informes de resultados del mismo, Informes de Evaluación de la Calidad y de los Resultados de Aprendizaje y los Planes Anuales de Innovación y Mejora de cada una de las titulaciones; los Informes de Gestión y Programa de Actuación; la Carta de Servicios; los Informes y planes de me jora de todas las titulaciones, las Memorias verificadas, los Informes de renovación de la acreditación, etc.

Por lo tanto, esta sección se erige como un recurso integral para proporcionar transparencia y acceso público a la información pertinente sobre el funcionamiento y la calidad de los programas educativos ofrecidos por el centro.

En relación con la actualización de los procesos, se ha definido conforme al PRA_002 una instrucción técnica IT_PRA002_01 que codifica los documentos generados por el SIGC de la FCS. La gestión documental del mismo revela ciertas deficiencias, especialmente en lo que respecta a la identificación y codificación de documentos derivados de la ejecución de sus procedimientos. Se ha observado que algunos documentos generados por cada procedimiento del SIGC no están adecuadamente identificados, lo que complica su rastreo y gestión.

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

El modelo de informe anual de evaluación de las titulaciones (IEC) contemplado en el procedimiento transversal Q212 establece que se dedique un apartado para cada una de las siete directrices utilizadas en los procesos de acreditación. En particular, hay uno dedicado a 'información y transparencia', lo que garantiza que en la revisión anual de cada titulación se analiza, en particular, la información pública sobre la misma.

El centro cuenta con PRA-005 Procedimiento de comunicación interna y externa y con la instrucción IT_PRA_005_001 para la gestión de la página web del centro, a través de los que se dan directrices para la revisión y mejora de la información pública. La revisión del SIGC de acuerdo al procedimiento propio PRE-004 implica revisar el procedimiento propio de apoyo PRA-005 y, en particular, evaluar si es capaz de generar una información pública oportuna.

Se tiene en cuenta la opinión de los grupos de interés sobre la información pública disponible en la página web a través de preguntas concretas en la encuesta de satisfacción, "satisfacción de los estudiantes con la titulación, "satisfacción del PAS con la titulación" y "satisfacción del PDI con la titulación". Las conclusiones obtenidas de las encuestas son expuestas y analizadas en el Informe sobre las encuestas de la facultad.

Para facilitar la participación de todos los colectivos del centro en el desarrollo de la cultura de calidad y en la mejora del centro, se ha creado un Buzón online de quejas, sugerencias, felicitaciones, reclamaciones y propuestas, al que se accede a través de un botón ubicado en la página principal de la web del centro y que se subdivide en tres secciones "De carácter general por los servicios", "Para la mejora del título" y "Buzón de propuestas".

Se evidencia que se realiza un análisis completo de la información disponible en la información pública en la web del centro a través del Informe de gestión 2022-2023. Conforme a lo indicado en el Autoinforme, tras un ciclo de mejora del SIGC, el Equipo Directivo de la FCS ha creado un Informe de análisis y propuesta de mejora sobre la

información pública, disponible en Nextcloud de la UZ. En el citado informe se proponen una serie de actualizaciones para la web del Centro, incluyendo noticias recientes, fotos de instalaciones, enlaces a memorias e informes, actualización del listado docente, expansión del contenido en inglés sobre movilidad y creación de una sección de experiencias de movilidad. Además, se planea comunicar con el estudiantado de nuevo ingreso por correo, detallar las áreas de trabajo en el directorio de personal, solicitar un informe sobre el desempeño del personal de apoyo, añadir un enlace al sistema de calidad de la UZ y ampliar la sección de resultados de calidad con varios apartados específicos. Se evidencia por tanto la existencia de una reflexión sobre la necesidad de mejora en el proceso de información pública pero no se detallan plazos, ni responsables de ejecución.

Recomendaciones:

- La gestión documental no debería limitarse únicamente a la sistemática de codificación de los documentos principales, sino que también debería extenderse a la identificación precisa, la codificación uniforme, la localización fácil y la gestión eficaz de cada uno de los documentos producidos como resultado de cualquier procedimiento del SIGC. Esta integralidad aseguraría un manejo más eficiente y coherente de la documentación, facilitando el acceso y la utilización de la información para todos los grupos de interés.
- Considerar la importancia de incluir en todos los procedimientos diagramas de flujo conforme al desarrollo de los mismos. Con una identificación completa del flujo de la documentación incluyendo qué hacer cuando no se superan los procedimientos de aprobación e identificación de todas las evidencias salientes en cada ciclo.
- Considerar un cambio en la sistemática de almacenaje de la documentación que no sea por "tipo de documento" sino por procedimiento y dentro de cada procedimiento incluir la documentación de salida generada por cada ciclo (por ejemplo, por curso académico).
- Valorar con criterios objetivos (definibles) que tipo de información debe ser custodiada sin acceso universal y cuál debe ser puesta a disposición de todos los grupos de interés enumerados en el Manual de Calidad del SIGC.
- Incluir una programación con plazos y responsables en la ejecución de las mejoras para la información pública.

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

Tabla resumen de resultados por criterios:

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

EL PRESIDENTE DE LA SUBCOMISIÓN DE EVALUACIÓN

DE CENTROS DE LA ACPUA

GONZALEZ BENITO JAVIER - 07871936W

Firmado digitalmente por GONZALEZ BENITO JAVIER - 07871936W
Fecha: 2024.05.14 13:59:30 +02'00'

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

ANEXO I

Información sobre la visita realizada virtualmente a la Facultad de Ciencias de la Salud

COMPOSICIÓN DEL PANEL DE VISITA:

	NOMBRE Y APELLIDOS	INSTITUCIÓN	EXPERIENCIA EN EVALUACIÓN
Presidente	JAVIER GONZÁLEZ BENITO	UNIVERSIDAD DE SALAMANCA Catedrático en Organización de Empresas y Vicerrector de Economía	Ha ocupado los cargos de Decano de la Facultad de Economía y Empresa (2012-2017) y Director de la Unidad de Evaluación de la Calidad (2007-2010). Actualmente Vicerrector de Economía. Evaluador en diversas agencias. Presidente SEC de ACPUA.
Vocal académica	JOSÉ Mª MORÁN GARCÍA	UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA Profesor Titular en el Departamento de Enfermería	Vicedecano de Planificación académica. Facultad de enfermería y terapia ocupacional. Responsable del SIGC. Evaluador de titulaciones y profesorado desde 2021 con las Agencias de Madrid y Valencia.
Vocal Estudiante	MARWANE BOURQQIA RAMZI	UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID cursando máster en biotecnología	Graduado en ciencias biológicas. presidente de estudiantes. Evaluador en la agencia de calidad de Madrid.
Vocal experta en Calidad	MARTA AGUADO TETILLA	FUNDACIÓN CIRCE Responsable de Calidad y Sostenibilidad	Experiencia en Consultoría de Calidad y Sostenibilidad (QUALITAS). Experiencia en evaluación de centros y titulaciones con AQU y ACPUA. Experta en SIGC del Comité de Seguimiento de la ACPUA.
Vocal Internacional	LUKAS JEHLICKA	UNIVERSIDAD DE TURÍN Máster en Medicina y Odontología	Experiencia en evaluación de centros con ANVUR en 2022 y 2023. Pertenece al grupo de expertos de ESU (European Students´ Union).

Han prestado ayuda técnica al panel Belén Serrano Valenzuela, técnica de calidad e internacionalización de ACPUA, ejerciendo de secretaria y Ana Isabel Ortega Pardos como técnica coordinadora de calidad de ACPUA.

Todos los miembros del panel han cumplido con los requisitos de selección exigidos en el Programa PACE-SIGC de ACPUA y antes de desempeñar sus funciones han firmado el correspondiente Código Ético de la Agencia.

PROGRAMA DE LA VISITA VIRTUAL:

HORARIO	CONTENIDO	ASISTENTES	TEMAS A TRATAR	PANEL
9:15-9:30	**PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL**	**JOSÉ ÁNGEL CASTELLANOS** (VICERRECTOR DE POLÍTICA ACADÉMICA) **MARÍA ÁNGELES FRANCO** (DECANA)		**CRISTINA RODRÍGUEZ** PANEL
9:30-10:15	**RESPONSABLE DEL PROGRAMA PACE – SIGC EN EL CENTRO**	**ELENA ESTÉBANEZ** (RESPONSABLE DE CALIDAD-VICEDECANA DE ORDENACIÓN ACADÉMICA, CALIDAD E INNOVACIÓN) **ANA ISABEL GARCÍA** (JEFA DE NEGOCIADO DE CALIDAD)	• DESARROLLO Y FUNCIONAMIENTO DEL SIGC (NIVEL DE IMPLANTACIÓN DE LOS PROCESOS PROPIOS Y GENERALES) • MOTIVACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN • SEGUIMIENTOS Y PLANES DE INNOVACIÓN Y MEJORA • SATISFACCIÓN Y PARTICIPACIÓN DE GRUPOS DE INTERÉS • COORDINACIÓN DOCENTE • DEFINICIÓN DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD Y SU DESPLIEGUE/LINEAS ESTRATÉGICAS • ASIGNACIÓN DE RECURSOS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SIGC • PROCESOS DE DISEÑO, REVISIÓN Y MEJORA DEL SIGC	PANEL Y ACPUA
10:30-11:15	**ENTREVISTA PERSONAS CON RESPONSABILIDAD DENTRO DEL SIGC**	**MARÍA ÁNGELES FRANCO** (DECANA) **ALBERTO LEKUONA** (VICEDECANO DE MOVILIDAD, INTERNACIONALIZACIÓN Y COOPERACIÓN) **-ANA BELLOSO** (VICEDECANA DE COMUNICACIÓN, ACCESIBILIDAD E INFRAESTRUCTURAS) **ÁNGEL GASCH** (VICEDECANO DE ESTUDIANTES, DIVERSIDAD Y EMPLEO) **ANA ALEJANDRA LABORDA** (PROFESORA SECRETARIA) **BEATRIZ ALCALDE** (ADMINISTRADORA)	• FORTALEZAS Y DEBILIDADES • PRINCIPALES MEJORAS PRODUCIDAS EN VIRTUD DE LA REVISIÓN DE RESULTADOS • SUFICIENCIA DE RECURSOS PARA EJECUTAR MEJORAS GENERADAS EN EL CONTEXTO DEL SIGC • NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LOS STAKEHOLDERS • GESTIÓN DOCUMENTAL (APLICACIONES ANALÍTICA DE DATOS -DATUZ, SEGEDA,…) • RENDICIÓN DE CUENTAS	PANEL Y ACPUA

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

HORARIO	CONTENIDO	ASISTENTES	TEMAS A TRATAR	PANEL
11:30-12:00	**ENTREVISTA PROFESORADO**	**-LUIS MORENO** (CATEDRÁTICO DE UNIVERSIDAD. GRADO EN ENFERMERÍA) **-ANA GASCÓN** (TITULAR DE UNIVERSIDAD. COORDINADORA MÁSTER UNIVERSITARIO EN GERONTOLOGÍA SOCIAL **ALBA CAMBRA** (PROFESORA COLABORADORA. COORDINADORA GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL) **ANA LUCHA** (PROFESORA PERMANENTE LABORAL. COORDINADORA GRADO EN ENFERMERÍA) **MIGUEL MALO** (PROFESOR PERMANENTE LABORAL. GRADO EN FISIOTERAPIA) **PABLO FANLO** (PROFESOR PERMANENTE LABORAL. GRADO EN FISIOTERAPIA) **GEMA PUIG** (PROFESORA CON CONTRATO DE INTERINIDAD. GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL) **PEDRO SATÚSTEGUI** (PROFESOR PERMANENTE LABORAL VINCULADO. GRADO EN ENFERMERÍA)	● CONOCIMIENTO Y PARTICIPACIÓN EN LA POLÍTICA, OBJETIVOS Y SIGC ● PARTICIPACIÓN EN PROCESOS DE MEJORA DEL SIGC ● ANÁLISIS Y REFLEXIÓN SOBRE EL CENTRO Y EL SIGC ● PRINCIPALES DESAFÍOS ● SATISFACCIÓN CON LAS POLÍTICAS DE MEJORAMIENTO / FORTALECIMIENTO DE LA DOCENCIA / EVALUACIÓN PDI	PANEL Y ACPUA
12:30-13:00	**ENTREVISTA ESTUDIANTADO**	**SERGIO ARRUGA** (REPRESENTANTE ESTUDIANTES CGC FISIOTERAPIA) **DAMIÁN LAGUARTA** (REPRESENTANTE CONSEJO DE ESTUDIANTE DE LA UNIVERSIDAD) **PAULA NAVARRO** (SUBDELEGADA DE CENTRO) **ANA ROSA SEMEDO** (MIEMBRO DE JUNTA DE CENTRO) **ANTONIO SÁNCHEZ** (MIEMBRO COMITÉ DE CALIDAD) **SELENE FERNÁNDEZ** (REPRESENTANTE CGC MASTER GERONTOLOGÍA SOCIAL) **SONIA ROMERO** (ESTUDIANTE 3º TERAPIA OCUPACIONAL)	● CONOCIMIENTO DEL SIGC ● MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN EN EL SIGC ● INSTALACIONES RECURSOS ● ENCUESTAS. FEEDBACK ● SATISFACCIÓN CON EL CENTRO (PROGRAMAS FORMATIVOS, INFORMACIÓN PÚBLICA…) ● APOYO Y ORIENTACIÓN ESTUDIANTADO ● CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL CENTRO ANTE RECLAMACIONES	PANEL Y ACPUA

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

HORARIO	CONTENIDO	ASISTENTES	TEMAS A TRATAR	PANEL
13:15-13:45	**ENTREVISTA EMPLEADORES / EGRESADOS**	**YOLANDA MARCÉN** (VOCAL COLEGIO PROF. FISIOTERAPEUTAS DE ARAGÓN) **TERESA TOLOSANA** (PRESIDENTA COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE ZAZ.) **MARTA MARÍN** (PRESIDENTA COLEGIO PROF. DE TERAPEUTAS DE ARAGÓN) **JOSÉ MIGUEL LÓPEZ** (COORDINADOR PRÁCTICAS EXTERNAS DE ENFERMERÍA) **PILAR ASÍN** (REPRESENTANTE EGRESADOS COMITÉ DE CALIDAD) **DAVID ROMANOS** (ASERHCO REHABILITACIÓN Y SALUD) **EVA TELLO/JOSÉ Mª. REULA** (FISIOTERAPIA EVA TELLO CADARSO)	● CONOCIMIENTO Y PARTICIPACIÓN EN EL SIGC ● PRÁCTICAS EXTERNAS ● INSERCIÓN LABORAL ● SATISFACCIÓN DURANTE Y POST ● GRADO DE RELACIÓN CON EL CENTRO ● FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL CENTRO Y SUS TITULACIONES	PANEL Y ACPUA
14:00-14:30	**ENTREVISTA PERSONAL DE ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS**	**RAQUEL LÓPEZ** (JEFA DE ASUNTOS ADMINISTRATIVOS) **MIGUEL ÁNGEL GIL** (TÉCNICO DE LABORATORIO) **BELÉN GALVÁN** (SECRETARIA DE DIRECCIÓN) **FELIPE NIEVA** (ENCARGADO DE CONSERJERÍA)	● CONOCIMIENTO Y PARTICIPACIÓN EN EL SIGC ● GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA ● FORTALEZAS Y DEBILIDADES ● GESTIÓN DOCUMENTAL (APLICACIONES ANALÍTICA DE DATOS -DATUZ, SEGEDA,…)	PANEL Y ACPUA
14:45-15:15	**RESPONSABLE DEL PROGRAMA PACE / RESPONSABLES DEL SIGC**	**MARIAN FRANCO** (DECANA) **ELENA ESTÉBANEZ** (RESPONSABLE DE CALIDAD-VICEDECANA DE ORDENACIÓN ACADÉMICA, CALIDAD E INNOVACIÓN) **ANA ISABEL GARCÍA** (JEFA DE NEGOCIADO DE CALIDAD)	● ACLARACIONES Y CIERRE	PANEL Y ACPUA
15:15-15:30	REUNIÓN PRIVADA DEL PANEL DE VISITA			

Convocatoria de audiencia abierta: sin asistencia.

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

Incidencias reseñables:

Con fecha 1 de febrero de 2024 ACPUA publicó en su página web la noticia sobre la Audiencia abierta:

Participación "Audiencia abierta" sobre la Evaluación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza | ACPUA (aragon.es)

ACPUA es la Agencia de Calidad que evalúa los sistemas de calidad de los centros de las universidades de Aragón a través de su Programa PACE-SIGC. En el mismo, se desarrolla una Visita virtual en la que conoce la opinión de los diferentes grupos de interés como el estudiantado, los egresados, los empleadores, los docentes, el personal de administración y servicios, etc. Este personal es seleccionado por el propio centro.

El horario de esta Visita incluye un espacio abierto denominado "Audiencia abierta", espacio de participación destinado a todo el personal del centro. Es una garantía del derecho de cualquier interesado en hacer llegar al panel de visita (evaluador experto de ACPUA) sus impresiones, en caso de no haber sido citados para entrevistar por el propio centro.

El papel de este panel en la audiencia es pasivo y se centra en escuchar y en recoger opiniones de las personas que decidan asistir.

La entrevista tendrá lugar el próximo **20 de febrero de 2024 de 15:30 a 16:00.**

Las personas interesadas deberán escribir a la dirección de ACPUA: centros.acpua@aragon.es **antes del día 13 de febrero**, informando sobre su nombre y dos apellidos, DNI y datos de contacto (mail y móvil). Posteriormente, se les hará llegar el enlace zoom disponible para la conexión.

Más información sobre la evaluación de centros de ACPUA: Programa PACE - SIGC | ACPUA (aragon.es)

Con fecha 1 de febrero de 2024 ACPUA envía el link de la noticia a la Universidad de Zaragoza para que publicite esta información. El 6 de febrero la Facultad de Ciencias de la Salud informó de la publicación de la audiencia abierta en su página web: https://fcs.unizar.es/home

Con fecha 14 de febrero de 2024 ninguna persona había solicitado la participación en la Audiencia abierta por lo que se modificó la agenda prevista quitando el espacio temporal reservado y haciéndolo saber al panel de expertos y a todas las personas implicadas.

Con fecha 19 de febrero dos profesores Titulares de la Universidad de Zaragoza, con destino en la Facultad de Ciencias de la salud, solicitan su participación en la Audiencia abierta,

comunicándoseles desde ACPUA, que "en estos momentos y a menos de un día del comienzo de la visita nos resulta imposible modificar el horario de la Agenda prevista. Por ello y debido al interés que muestra en comunicarse con el Panel de expertos, le abrimos la opción de participación (vía correo electrónico) enviando su exposición a este mail para que se tenga en cuenta en la evaluación".

Los días 21 y 22 de febrero, ambos profesores remiten sus escritos a ACPUA para que sean valorados por el panel de expertos, si es el caso. Se informa de que estos documentos han sido tenidos en cuenta por el panel para la redacción del presente informe.

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

ANEXO II

Plan de Mejora emitido por la Facultad de Ciencias de la Salud

ENTRADA GOBIERNO DE ARAGÓN
O00001564 - REG. DPTO. EDUCACIÓN, CIENCIA Y UNIVERSIDADES. ZARAGOZA (PIE1GZ)
30/04/2024 08:46
E20240170017
SALIDA ORIGEN - 30/04/2024 10:49 REGAGE24e00031177039

Universidad Zaragoza

Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza

PLAN DE MEJORA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD A PROPUESTA DEL INFORME DE LA SUBCOMISIÓN DE EVALUACIÓN DE CENTROS (SEC) DE LA ACPUA SOBRE LA EVALUACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA INTERNO DE GARANTÍA DE CALIDAD

Copia auténtica de documento firmado digitalmente. Puede verificar su autenticidad en https://valide.unizar.es/csv/be66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2
be66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2

Recibida con fecha 26 de marzo de 2024 la Propuesta de Informe de evaluación para la certificación de la implantación del Sistema Interno de Garantía de la Calidad (SIGC) de la Facultad de Ciencias de la Salud (FCS) de la Universidad de Zaragoza, realizada por la Subcomisión de Evaluación de Centros (SEC) de ACPUA, se elabora un PLAN DE MEJORA sobre las Acciones de especial seguimiento y sobre las Recomendaciones señaladas en cada uno de los criterios evaluados.

La propuesta de informe de la SEC fue remitida para su conocimiento y revisión al Comité de Calidad de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Se creó un grupo de trabajo formado por la Decana, la Responsable de Calidad y la Jefa de Calidad que elaboraron, inicialmente, un borrador del Plan de Mejora. Este borrador se remitió al resto de miembros del Comité de Calidad para su revisión y presentación de aportaciones en el plazo establecido.

En sesión de fecha 19 de abril de 2024 del Comité de Calidad se revisan las sugerencias y correcciones aportadas y, finalmente, se aprueba el Plan de Mejora definitivo que, con fecha 22 de abril de 2024, se remite a la Unidad de Calidad y Mejora de la Universidad de Zaragoza para su posterior envío a la ACPUA.

El Plan se despliega en respuesta a las "Acciones de especial seguimiento" y a las "Recomendaciones" reflejadas en la propuesta de informe de la SEC de ACPUA. Para cada acción de mejora se han cumplimentado los apartados indicados en el informe de evaluación.

En lo referido al periodo de implantación de estas acciones, durante esta etapa se ha empezado a trabajar en alguna de las acciones propuestas, que se reflejan en el Plan de Mejora como "en proceso". Los plazos de finalización previstos hacen referencia a la obtención del indicador como medida de seguimiento de la aplicación de la acción. Las evidencias de implantación de cada una de las acciones descritas en el Plan de Mejora se recogen en una subcarpeta en *NextCloud* con nombre "Plan de Mejora", donde también se incorpora un acta que recoge información de las reuniones celebradas.

CSV: be66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2	Organismo: Universidad de Zaragoza	Página: 1 / 12
Firmado electrónicamente por	Cargo o Rol	Fecha
MARIA ANGELES FRANCO SIERRA	La Decana	22/04/2024 09:34:00

be66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2
Copia auténtica de documento firmado digitalmente. Puede verificar su autenticidad en http://valide.unizar.es/cwfbe66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2

Universidad Zaragoza

Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Zaragoza

PLAN DE MEJORA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA)
ACCIONES PARA ATENDER LAS ACCIONES DE ESPECIAL SEGUIMIENTO SEÑALADAS EN LA PROPUESTA DE INFORME DE LA SEC DE ACPUA

Criterio		Acciones de especial seguimiento	Estudio de las causas	Acción de mejora a desarrollar	Objetivos	Indicadores de seguimiento/Estándar	Periodo implantación	Responsable/s implantación
1.1	1	Aclarar la dicotomía entre objetivos de calidad y objetivos estratégicos. Si se mantiene la equiparación entre ambos, deberíareplantearse sobre la necesidad de un proceso, para elaborar el plan estratégico PRE_005 y uno para los objetivos de calidad PRE_001 o la necesidad de un informe anual de revisión del SGC y un informe anual de gestión. De la misma forma, la terminología utilizada en el procedimiento PRE_005 deberá ser coherente con la utilizada en el Plan Estratégico 2021-24.	En el diseño inicial del SGC del centro, los objetivos de calidad derivados del PRE_001 y los objetivos estratégicos del Plan Estratégico (PRE_005), estaban diferenciados y eran independientes. Tras la visita de Auditoría Interna de la UZ (25/04/23), interpretamos, de manera errónea, que los objetivos estratégicos y los objetivos de calidad deberían confluir de modo que pudiera facilitarse su seguimiento y garantizarse su trazabilidad. En cuanto a su definición, el Informe de revisión del SGC (14/07/23) refleja que los objetivos de calidad definidos inicialmente resultaban difícilmente medibles con los indicadores propuestos, por lo que ha resultado complejo su seguimiento y trazabilidad. De igual modo, las metas previstas no son lo suficientemente adecuadas. Por todo lo anterior, se acordó considerar los objetivos estratégicos como objetivos de calidad, siendo por ello coincidentes y estando definidas sus metas a través de las acciones desplegadas en el Plan Estratégico. Dada la duplicidad que se genera, se considera mantener ambos (objetivos de calidad y estratégicos) y, en consecuencia, aclarar esta dicotomía. El seguimiento se realizará en el correspondiente informe.	A11 Revisión y modificación de los procedimientos estratégicos: PRE_001 Política y Objetivos de Calidad, PRE_003 Informe de Gestión, PRE_004 Revisión del SGC y PRE_005 Plan Estratégico. A12 Modificación de la definición de la Política de Calidad. A13 Modificación de la definición de los Objetivos de Calidad (diferenciados de los estratégicos) alcanzables para cada curso académico y su seguimiento en el Informe de Revisión del SGC. A14 Modificación de la definición de los Objetivos Estratégicos y su seguimiento en el Informe de Gestión Anual. A15 Diferenciación de la estructura y contenido de los Informes de Gestión Anual (IGA) y los Informes de Revisión del SGC (IRS).	Definir de manera adecuada la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad de la FCS. Aclarar la dicotomía entre Objetivos de Calidad y Objetivos Estratégicos. Establecer una diferenciación entre los Informes de Gestión Anual, como elemento de medición de cuentas del funcionamiento del centro en cada año natural, y los Informes de Revisión del Sistema, como elemento de control y seguimiento del funcionamiento del SGIC del centro en cada año de mejora, correspondiente a cada curso académico.	Aprobación de la modificación de los procedimientos: PRE_001 (Sí/No) PRE_003 (Sí/No) PRE_004 (Sí/No) PRE_005 (Sí/No) Aprobación de la modificación del documento de Política de Calidad: (Sí/No) Aprobación de la modificación del documento de Objetivos de Calidad: (Sí/No) Elaboración de un nuevo Plan Estratégico: (Sí/No) Nuevo informe de Revisión del SGIC: (Sí/No) Nuevo informe de Gestión Anual: (Sí/No)	A11, A12 y A13: en proceso. Plazo previsto de finalización: Junio 2024 A14: Septiembre 2024 A15: plazo de elaboración de los informes: IRS: Septiembre 2024 IG: Diciembre 2024	Equipo de Dirección Jefa de Calidad Comité de Calidad
1.1	2	Establecer objetivos o metas para los indicadores asociados a los procesos del SGIC.	La definición de algunos de los indicadores de los procedimientos del SGIC no fue correcta ni se establecieron las metas conocidas a alcanzar para el seguimiento de su cumplimiento.	A21 Revisión de los procedimientos del SGIC y definición de indicadores y metas concretos. A22 Revisión y modificación del PRA_004: Control de indicadores. A23 Inclusión en el PRA_004 del documento de salida: Informe interno de seguimiento de control de indicadores.	Disponer de indicadores adecuados a los procedimientos del SGIC. Establecer metas a cumplir que permitan obtener información que resulte útil a la toma de decisiones de los centros.	Aprobación de la modificación de los procedimientos: PRE_002 (Sí/No) PRC_001: (Sí/No) PRC_002: (Sí/No) PRC_003: (Sí/No) PRC_004: (Sí/No) PRC_005: (Sí/No) PRC_006: (Sí/No)	A21, A2.2 y A2.3: en proceso. Plazo previsto de finalización: Septiembre 2024	Equipo de Dirección Jefa de Calidad Comité de Calidad

CSV: be66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2	Organismo: Universidad de Zaragoza	Página: 2 / 12
Firmado electrónicamente por	Cargo o Rol	Fecha
MARIA ANGELES FRANCO SIERRA	La Decana	22/04/2024 09:34:00

be66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2
Copia auténtica de documento firmado digitalmente. Puede verificar su autenticidad en https://valide.unizar.es/ov/be66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2

Universidad Zaragoza

PLAN DE MEJORA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA)
ACCIONES PARA ATENDER LAS **ACCIONES DE ESPECIAL SEGUIMIENTO** SEÑALADAS EN LA PROPUESTA DE INFORME DE LA SEC DE ACPUA

Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Zaragoza

3.3	3	Revisar los indicadores de seguimiento del proceso PRA_001 buscando que proporcionen la mayor información posible sobre la eficacia o la eficiencia de la gestión de recursos y servicios del centro.	Los indicadores definidos en el PRA_001, efectivamente, no son adecuados ya que no aportan información sobre la gestión de los recursos materiales y servicios, sino sobre las posibles quejas recibidas. La ausencia de quejas no implica que la gestión sea la adecuada y que no sea necesario mejorar. Los informes de las encuestas propias referidas a recursos materiales y servicios se difunden en la página web, pero no se han vinculado a este procedimiento. Se considera de interés atender esta recomendación.	A3.1 Revisión y modificación del procedimiento de apoyo PRA_001: Gestión de los recursos materiales y servicios: ○ revisión de indicadores y metas, incluyendo los basados en la satisfacción. ○ inclusión como documento derivado la IT-PRA001_1 ○ inclusión como documentos derivados los informes sobre encuestas propias ○ inclusión de la definición de la Comisión de Calidad de los Servicios.	Obtener información suficiente y adecuada para la gestión de los recursos materiales y servicios.	PRA_002: (SI/No) PRA_003: (SI/No) PRA_004: (SI/No) PRA_005: (SI/No)	Aprobación de la modificación del procedimiento PRA_001 (SI/No)	A3.1: en proceso. Plazo previsto de finalización: Septiembre 2024	Equipo de Dirección Jefa de Calidad

CSV: be66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2	Organismo: Universidad de Zaragoza	Página: 9 / 12	
Firmado electrónicamente por	Cargo o Rol	Fecha	
MARIA ANGELES FRANCO SIERRA	La Decana	22/04/2024 09:34:00	

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

be06e686bdddaff40ccc4f4a11b59e2
Copia auténtica de documento firmado digitalmente. Puede verificar su autenticidad en http://valide.unizar.es/sv/be06e686bdddaff40ccc4f4a11b59e2

Universidad Zaragoza

PLAN DE MEJORA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA)
ACCIONES PARA ATENDER LAS **RECOMENDACIONES** SEÑALADAS EN LA PROPUESTA DE INFORME DE LA SEC DE ACPUA

Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Zaragoza

Criterio		Recomendaciones	Estudio de las causas	Acción de mejora a desarrollar	Objetivo	Indicadores de seguimiento/Estándar	Periodo implantación	Responsable/s implantación
1.1	4	Incorporar un hipervínculo en el procedimiento asociado al procedimiento PRE_002 (Gestión de Calidad de las Titulaciones) con el fin de mantener la uniformidad en el diseño de los distintos procedimientos.	No consideramos necesario incluirlo al estar suficientemente desarrollado en punto 6 sobre la descripción del PRE_002, por lo se concluye desestimar incorporar esta recomendación.	A4.1 Inclusión del hipervínculo en el PRE_002.	Mantener la uniformidad en el diseño de los procedimientos.	Aprobación de la modificación del PRE_002 (Sí/No)	A4.1: En proceso. Plazo finalización previsto: Junio 2024	Jefa de Calidad Comité de Calidad
1.1	5	Redactar los procedimientos de forma más precisa, evitando ambigüedades y facilitando que el usuario tenga más claro cómo proceder.	En ocasiones es complejo ser conciso con la información, ya sea porque se modifica la denominación de las unidades competentes o por ser varias las unidades involucradas (por ejemplo en movilidad nacional, internacional en sus distintos programas, etc.). Por estar así se ha intentado ser más genérico en la información suministrada.	A5.1 Revisión y actualización de los procedimientos del SGIC.	Evitar ambigüedades facilitando que el usuario tenga más claro cómo proceder.	Aprobación de las modificaciones de los procedimientos revisados (Sí/No)	A5.1: En proceso. Plazo previsto de finalización: Septiembre 2024	Equipo de Dirección Jefa de Calidad Comité de Calidad
1.1	6	Hacer un análisis más detallado de los distintos procedimientos del SGIC en el informe de revisión del mismo. Se debe evaluar por una parte el diseño, la conveniencia y la implantación de tales procedimientos y por otra los indicadores/resultados de los mismos. El catálogo de indicadores, por ejemplo, no aparece en ningún lugar del informe.	Se realizó el primer informe de Revisión del SGIC dando respuesta a las recomendaciones del informe de Auditoría interna. Para la elaboración de los siguientes informes de Revisión del SGIC se considera de interés incorporar esta recomendación.	A6.1 Inclusión en los informes de Revisión del SGIC de la información recomendada.	Analizar de manera más detallada los procedimientos del SGIC en el informe de revisión del mismo.	Elaboración y publicación del próximo Informe de Revisión del SGIC.	A6.1: Plazo de elaboración del próximo Informe RS: Septiembre 2024	Comité de Calidad
1.1	7	Incluir en el informe de revisión del SGIC la fecha de aprobación del mismo por parte del Comité de Calidad del Centro. De la misma forma, se recomienda explicitar la necesidad de dicha aprobación en el procedimiento PRE_004.	No se ha reflejado en el propio informe de Revisión del SGIC la fecha de aprobación del mismo por parte del Comité de Calidad del Centro, que sí que está reflejada en el acta de la sesión, pero se considera de interés incluirlo.	A7.1 Inclusión en el informe de revisión del SGIC la fecha de aprobación del mismo por parte del Comité de Calidad del Centro. A7.2 Inclusión en el procedimiento PRE_004 el órgano encargado de la aprobación del informe.	Indicar el órgano responsable y la fecha de aprobación del informe de revisión del SGIC.	Elaboración y publicación del próximo Informe de Revisión del SGIC. Aprobación de la modificación del PRE_004.	A7.1: Plazo de elaboración del próximo informe RS: Septiembre 2024 A7.2: En proceso. Plazo previsto de finalización: Junio 2024	Equipo de Dirección Jefa de Calidad Comité de Calidad
1.1	8	Puesto que la Junta de Facultad sólo es informada de la revisión del sistema, no procede que algunos procesos aparezcan aprobados por la Junta de Facultad. Otros procedimientos aparecen aprobados por el Comité de Calidad, algo que resulta más coherente con la redacción del procedimiento PRE_004.	El Comité de Calidad de centro, previa consulta a la Unidad de Calidad de la UZ, acordó que los procedimientos estratégicos, que son los que mantienen y despliegan las políticas estratégicas y proporcionan directrices y líneas de actuación al resto de procesos, dada su importancia, deben ser aprobados por su Junta de Facultad, tal como refleja el PRE_002.	No se considera.				

CSV: be06e686bdddaff40ccc4f4a11b59e2	Organismo: Universidad de Zaragoza	Página: 4 / 12
Firmado electrónicamente por	Cargo o Rol	Fecha
MARIA ANGELES FRANCO SIERRA	La Decana	22/04/2024 09:34:00

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

be66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2
Copia auténtica de documento firmado digitalmente. Puede verificar su autenticidad en http://valide.unizar.es/ov/be66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2

Universidad Zaragoza

PLAN DE MEJORA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA)
ACCIONES PARA ATENDER LAS **RECOMENDACIONES** SEÑALADAS EN LA PROPUESTA DE
INFORME DE LA SEC DE ACPUA

Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Zaragoza

1.1	9	Evidenciar la necesidad de acciones de mejora propuestas a partir del análisis realizado en el informe y planificarlas con mayor detalle (dichas acciones, incluyendo al menos plazos previstos de realización). De la misma forma, se recomienda incorporar al informe un apartado para la revisión de acciones de mejora propuestas previamente e incluir dicho aspecto en el procedimiento PRE_004.	El modelo de la 02 para la elaboración del informe de Revisión del SGC incluye en el apartado C CONCLUSIONES lo siguiente: "Se incluyen en la siguiente tabla las acciones relacionadas con la mejora de la eficacia del SGC así como los responsables de su puesta en marcha y seguimiento". Este modelo no establece los plazos previstos para su realización por lo que no se incorporan. Al ser el primer informe realizado no ha sido posible incluir un apartado para la revisión de acciones de mejora propuestas previamente. En todo caso, se considera de interés atender estas recomendación.	A9.1 Inclusión en el apartado C. CONCLUSIONES del modelo del informe de Revisión del SGC de incorporar la indicación de los plazos previstos para la realización de las acciones de mejora propuestas. A9.2 Inclusión en el procedimiento PRE_004 de un apartado para la revisión de acciones de mejora propuestas previamente.	Mejorar la información proporcionada en el informe de Revisión del SGC	Elaboración y publicación del próximo informe de Revisión del SGC.	A9.1: Plazo de elaboración del próximo IRS: Septiembre 2024 A9.2: En proceso. Plazo previsto de finalización: Junio 2024	Comité de Calidad
1.1	10	Potenciar la participación efectiva de los grupos de interés y, especialmente, de los estudiantes en la implantación, mantenimiento, revisión y mejora. Si bien están representados en los distintos órganos, su tasa de asistencia a las sesiones se estima mejorable.	La participación efectiva de los distintos grupos de interés es potencia en la medida de lo posible. Su asistencia a las sesiones depende únicamente de su disponibilidad y, en especial, para el alumnado, de la asistencia a sus actividades formativas. En todo caso, se continuará animando y fomentando la participación.	A10.1 Planificación, junto con los representantes de estudiantes en los distintos órganos del SGC, de las acciones a llevar acabo para potenciar su participación.	Potenciar la participación efectiva del alumnado en el sistema de calidad.	Actas de las reuniones con representantes de estudiantes.	A10.1 Septiembre 2024	Vicedecano de Estudiantes, Diversidad y Empleo
1.1	11	No incorporar la política de calidad como anexo al procedimiento PRE_001 puesto que cualquier modificación de la misma obligará a aprobar una nueva versión del procedimiento. La versión actual de mismo, de marzo de 2022, incorpora como anexo una política y unos objetivos vinculados.	Se ha considerado que los documentos denominados Política de Calidad y Objetivos de Calidad derivan del procedimiento y, por lo tanto, se han reflejado como Anexos. No se ha contemplado que hubiera que modificar el procedimiento cuando se modifique el contenido de estos documentos, ya que tienen la misma denominación. La versión actual y publicada del PRE_001 es de Julio de 2023, que hace referencia en sus 2 Anexos a ambos documentos, que tienen fecha de aprobación de julio de 2023. En todo caso, para evitar confusiones eliminaría como Anexos al PRE_001.	A11.1 Supresión de los Anexos en el PRE_001.	Evitar modificar el procedimiento cuando se modifiquen los documentos.	Aprobación de la modificación del PRE_001 (SI/NO)	A11.1 En proceso. Plazo finalización previsto: Junio 2024	Jefa de Calidad Comité de Calidad

be66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2
Copia auténtica de documento firmado digitalmente. Puede verificar su autenticidad en https://valide.unizar.es/csv/be66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2

Universidad Zaragoza

PLAN DE MEJORA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA)
ACCIONES PARA ATENDER LAS **RECOMENDACIONES** SEÑALADAS EN LA PROPUESTA DE INFORME DE LA SEC DE ACPUA

Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Zaragoza

1.1	12	Las directrices que integran la política de calidad no deben hacer referencia alguna política (ej. la difusión de la misma o a la implicación de los grupos de interés). Sería más apropiado redactar estas directrices en términos de compromiso o contribución de una cultura de calidad o de fomentar la implicación de los grupos de interés en los procedimientos vinculados con la gestión y mejora de la calidad.	Se detecta la falta de precisión en la redacción de las directrices de la política de Calidad del centro. Se considera de interés atender esta recomendación.	A12.1 Modificación de la redacción de las directrices de la Política de Calidad del centro.	Definir de manera clara y concisa la Política de Calidad del centro.	Aprobación de la modificación de la Política de Calidad del centro (SI/No)	A12.1 En proceso. Plazo finalización previsto: Junio 2024	Equipo de Dirección Jefa de Calidad
1.1	13	No incluir en la política de calidad la Misión, Visión y Valores del centro, que son elementos más propios del Plan Estratégico de una organización.	Se considera de interés fundamentar las directrices de la Política de Calidad del centro en base a la Misión, Visión y Valores del mismo. Se atenderá esta recomendación.	A13.1 Modificación del documento de la Política de Calidad del centro.	Mejorar la redacción del documento de Política de Calidad del centro.	Aprobación de la modificación del documento de Política de Calidad (SI/No)	A13.1 En proceso. Plazo finalización previsto: Junio 2024	Equipo de Dirección Jefa de Calidad
1.1	14	Concretar los objetivos de calidad, orientándolos en los resultados que se desea alcanzar en los distintos procedimientos del SGC. De esta forma, el informe anual de revisión del SGC se centraría en evaluar el diseño y los resultados alcanzados en los distintos procedimientos que conforman el sistema (el cual estaría centrado en los indicadores de los objetivos de calidad vinculados al SGC.	Tras la recepción del informe de Auditoría Interna, los objetivos de Calidad se vincularon a los del Plan Estratégico, para unificar su seguimiento y trazabilidad, quedando una interpretación errónea de las recomendaciones del equipo auditor. Se considera de interés atender esta recomendación y definir los objetivos de calidad vinculados al SGC.	A14.1 Definición de los Objetivos de Calidad (diferenciados de los estratégicos) alcanzables para cada curso académico. A14.2 Mejora y diferenciación de la estructura y contenido de los informes de Gestión (IG) Anual y los informes de Revisión del Sistema (IRS).	Establecer una diferenciación entre los informes de Gestión Anual, como elemento de rendición de cuentas del funcionamiento del centro en cada año natural, y los informes de Revisión del Sistema, como elemento de control y seguimiento del funcionamiento del SGC del centro en cada ciclo de mejora, correspondiendo este a cada curso académico.	Aprobación de la modificación del PRE_001 (SI/No) Aprobación de la modificación del PRE_005 (SI/No) Aprobación del documento de Objetivos de Calidad (SI/No) Elaboración y difusión del nuevo IG anual y del nuevo IRS.	A14.1 En proceso. Plazo finalización previsto: Junio 2024 A14.2 Plazo de elaboración de los informes: IRS: Septiembre 2024 IG: Diciembre 2024	Equipo de Dirección Jefa de Calidad Comité de Calidad
1.1	15	Revisar con mayor profundidad los objetivos estratégicos de calidad en el informe de gestión anual. Se señalan como alcanzados o en desarrollo, sin aportar ninguna información que justifique esa valoración, la revisión de tales objetivos debería vincularse con la revisión de las acciones estratégicas.	En el informe de Gestión (IG) del año 2022 se realizó una revisión del grado de cumplimiento de las acciones estratégicas vinculadas a los objetivos estratégicos. El grado de cumplimiento se fundamenta en las evidencias que se constatan en el propio informe, en el apartado correspondiente. En el IG de 2023 se enfoca la valoración de los objetivos alcanzados/en desarrollo, también fundamentada en el posterior contenido del informe. Se considera de interés atender esta recomendación	A15.1 Inclusión en los informes de Gestión (IG) de la revisión de los objetivos estratégicos, vinculándolos con la revisión de las acciones estratégicas.	Asegurar la inclusión en el informe de Gestión Anual de la revisión de los Objetivos Estratégicos.	Nuevo informe de Gestión Anual (SI/No)	A15.1 Plazo de elaboración del próximo IG: Diciembre 2024	Decana Jefa de Calidad

CSV: be66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2	Organismo: Universidad de Zaragoza	Página: 6 / 12	
Firmado electrónicamente por	Cargo o Rol	Fecha	
MARIA ANGELES FRANCO SIERRA	La Decana	22/04/2024 09:34:00	

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

be66e686ebddda ff40ccc4f4a11b59e2
Copia auténtica de documento firmado digitalmente. Puede verificar su autenticidad en http://valide.unizar.es/ov/be66e686ebddda ff40ccc4f4a11b59e2

Universidad Zaragoza

PLAN DE MEJORA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA)
ACCIONES PARA ATENDER LAS **RECOMENDACIONES** SEÑALADAS EN LA PROPUESTA DE INFORME DE LA SEC DE ACPUA

Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Zaragoza

1.1	16	Revisar los indicadores vinculados a las acciones estratégicas incluidas en el plan estratégico puesto que en algunos casos no son tales (ej. El "listado de convenios" vinculado a la acción A08 es una evidencia, pero no un indicador sobre el que se puedan establecer objetivos)	En la elaboración del Plan Estratégico 2021-2024 resultó especialmente difícil, quizás por la falta de experiencia, definir de manera adecuada los indicadores y las metas a alcanzar. Se considera de interés atender esta recomendación. Al redactar estos indicadores entendimos que uno es complementario del otro. La información que se prevea obtener en uno, de todos los objetivos propuestos, en qué porcentaje se ha llevado a cabo y en qué porcentaje se ha dejado de llevar a cabo, nos servirá para definir objetivos que sean alcanzables en un periodo de tiempo establecido.	A16.1 Elaboración de un nuevo Plan Estratégico, estableciendo indicadores apropiados a las acciones estratégicas planeadas.	Disponer de un Plan Estratégico con unos objetivos alcanzables, un diseño de acciones pertinentes y relacionadas con los objetivos establecidos y unos indicadores medibles que aseguren la trazabilidad.	Nuevo Plan Estratégico	A16.1 Diciembre 2024	Equipo de Dirección
1.1	17	Revisar los indicadores del PRE_001, puesto que están claramente solapados y la mejora de uno implica empeorar otro. Además, no tiene mucho sentido establecer metas para el porcentaje de objetivos en desarrollo, puesto que lo que se pretende es alcanzarlo.	A17.1 Revisión y modificación de indicadores y metas del PRE_001.	Asegurar la eficacia de la información que se obtiene con los indicadores propuestos.	Aprobación de la modificación del PRE_001 (SI/NO)	A17.1 En proceso. Plazo finalización previsto: Junio 2024	Equipo de Dirección Jefa de Calidad Comité de Calidad
2.1	18	Redactar el procedimiento PRE_002 con mayor precisión de forma que quede más claro quiénes son los distintos documentos (IEC, PAM). De la misma forma, se recomienda valorar la incorporación en el procedimiento de los informes internos de seguimiento bimestrales (IIS) que se realizan.	El apartado 6 del PRE_002 describe ampliamente las distintas fases en la redacción de los IEC y los PAM. Se ha recogido lo especificado en el procedimiento general de la UZ, adaptado a la FCS. En todo caso, se considera de interés atender esta recomendación y aclarar los responsables finales de la aprobación de cada documento. Sin embargo, no se considera pertinente incluir los IIS en el procedimiento, ya que abordan otras cuestiones ajenas a la calidad de las titulaciones.	A18.1 Inclusión en el PRE_002 de los órganos que aprueban los IEC y los PAM.	Indicar los órganos que aprueban los IEC y PAM en el PRE_002.	Aprobación de la modificación del PRE_002 (SI/NO)	A18.1 En proceso. Plazo finalización previsto: Junio 2024	Equipo de Dirección Jefa de Calidad Comité de Calidad
3.1	19	Redactar el procedimiento PRC_005 de forma más precisa, dejando claro qué aporta respecto al procedimiento transversal OAT7. En particular, debería quedar clara la diferencia entre el plan de orientación universitaria del centro y el programa de orientación al empleo del Centro.	El Programa de Orientación Profesional de la FCS recogerá todas las acciones realizadas en el centro dirigidas a la orientación al empleo y al desarrollo profesional del alumnado de último curso, incluidas aquellas realizadas por los tutores y las tutoras de 4º año dentro del Plan de Orientación Universitaria. Quizás este hecho no ha quedado bien reflejado.	A19.1 Nueva redacción del apartado 6 del PRC_005.	Reflejar qué actividades conforman el Programa de Orientación Profesional de la FCS. Aclarar qué las acciones realizadas dentro del Plan de Orientación Universitaria para alumnado de último curso forman parte, entre otros, del Programa de Orientación Profesional.	Aprobación de la modificación del PRC_005 (SI/NO)	A19.1 En proceso. Plazo finalización previsto: Junio 2024	Vicedecano de Estudiantes, Diversidad y Empleo Comité de Calidad

CSV: be66e686ebddda ff40ccc4f4a11b59e2	Organismo: Universidad de Zaragoza	Página: 7 / 12
Firmado electrónicamente por	Cargo o Rol	Fecha
MARIA ANGELES FRANCO SIERRA	La Decana	22/04/2024 09:34:00

be66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2
Copia auténtica del documento firmado digitalmente. Puede verificar su autenticidad en https://valide.unizar.es/cwbe66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2

Universidad Zaragoza

PLAN DE MEJORA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA)
ACCIONES PARA ATENDER LAS **RECOMENDACIONES** SEÑALADAS EN LA PROPUESTA DE INFORME DE LA SEC DE ACPUA

Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Zaragoza

			en el procedimiento. Se ha detectado un error ya que el punto 6.4 debería denominarse Programa de Orientación Profesional y debería estructurarse de forma más clara. Se considera de interés atender esta recomendación.					Profesora Secretaria de Centro Comité de Calidad
3.1	20	Crear un procedimiento propio del centro para la gestión de la programación docente anual.	Este procedimiento se ha valorado anteriormente pero no se había considerado necesario para este centro, dado que la programación docente anual lleva gestionándose de igual manera desde hace muchos cursos académicos y nunca ha generado ningún conflicto ni incidencia. Se puede considerar el interés en atender esta recomendación.	A20.1 Propuesta de elaboración de un procedimiento para la gestión de la programación docente anual.	Elaborar el procedimiento para la gestión de la programación docente anual.	Aprobación del procedimiento: (Sí/No)	A20.1: Febrero 2025	
3.2	21	Incorporar procedimientos transversales al SGIC de la Universidad que documenten la gestión de acceso y la gestión del personal académico y de apoyo.	El centro, hasta la fecha, no ha considerado elaborar procedimientos que documenten la gestión de acceso y la gestión del personal académico y de apoyo. Si que se considera de interés elaborar procedimientos dirigidos al personal académico y de apoyo, por lo que se puede valorar incorporar este aspecto.	A21.1 Análisis de la posibilidad de incorporar estos procedimientos al SGIC.	Valorar la propuesta de incorporación de procedimientos que documenten la gestión de acceso y la gestión del personal académico y de apoyo.	Informe del Comité de Calidad sobre nuevos procedimientos del SGIC (Sí/No)	A21.1: Septiembre 2024	Comité de Calidad
3.2	22	Incluir en los IEC reflexiones o un apartado concreto respecto de la evaluación del POI de la FCS.	El apartado 8.1 del IEC recoge la "elaboración del cumplimiento e identificación de los aspectos susceptibles de mejora". En este apartado puede incluirse una reflexión sobre la evaluación del POI. Al revisar los IEC del curso 2022-2023 se observa que en la mayoría no se incluye un análisis de este aspecto. Consultadas los coordinadores de titulación, indican que si no advertía ninguna necesidad de mejora con respecto a la evaluación del POI, no se mencionaba. Se recomendará a los coordinadores hacer alguna mención al análisis de la evaluación del POI, igualmente a es un punto.	A22.1 Recomendación a las coordinadoras sobre la necesidad de incorporar una reflexión respecto a la evaluación del POI en los IEC.	Reflejar en los IEC información sobre la evaluación del POI de la titulación.	Existencia de un apartado de análisis sobre la evaluación docente del POI en los IEC de las titulaciones: (Sí/No)	A22.1: Noviembre/Diciembre 2024	Comisiones de Evaluación de la Calidad de las Titulaciones
3.2	23	Incrementar la información ofrecida sobre el POI en la web.	En el informe de Auditoría interna se reflejó esta recomendación y, de manera progresiva, se va incorporando más información sobre	A23.1 Revisión de la información ofrecida sobre el POI en la web del centro e instar en la recomendación de actualizarla y completarla.	Aportar mayor información sobre el profesorado de las titulaciones.	Recomendación al POI, mediante los canales de comunicación, de la	A23.1: Julio 2024	Jefa de Calidad

CSV: be66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2	Organismo: Universidad de Zaragoza	Página: 8 / 12	
Firmado electrónicamente por	Cargo o Rol	Fecha	
MARIA ANGELES FRANCO SIERRA	La Decana	22/04/2024 09:34:00	

ACPUA – Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón
Avda. de Ranillas, nº 5D, 1ª Planta. 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 713386 - acpua@aragon.es

be66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2
Copia auténtica de documento firmado digitalmente. Puede verificar su autenticidad en http://valide.unizar.es/sv/be66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2

Universidad Zaragoza

PLAN DE MEJORA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA)
ACCIONES PARA ATENDER LAS **RECOMENDACIONES** SEÑALADAS EN LA PROPUESTA DE INFORME DE LA SEC DE ACPUA

Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Zaragoza

			el POI en la web de centro. La información pública del POI es responsabilidad individual de cada profesor/a. Desde el Equipo de Dirección se insiste en que debe estar actualizada y debidamente adecuada.			Incentivar de publicar información sobre su perfil (S/No)		
3.2	24	Incorporar información/reflexión sobre resultados medios obtenidos en encuestas de satisfacción realizadas por los estudiantes en el cuestionario de profesorado que se realizan en los IEC de los títulos.	Los IEC de las titulaciones de Grado incorporan en su apartado 7.5 datos sobre satisfacción. Estos datos están suministrados por la Unidad de Calidad y Mejora de la UZ. En el apartado 8.1 se incluye una valoración de dichos datos. Se debe tal a la falta de este apartado en los IEC de máster.	A24.1 Recomendación a los coordinadores sobre la necesidad de incorporar un análisis completo respecto a la satisfacción del alumnado con el POI.	Reflexionar en los IEC sobre la satisfacción del alumnado respecto al profesorado de la titulación.	Evidencia de un apartado de análisis de la satisfacción del alumnado respecto al profesorado en los IEC de la titulaciones (S/No)	A24.1: Noviembre/Diciembre 2024	Comisiones de Evaluación de la Calidad de las Titulaciones
3.2	25	Incluir en el IEC un análisis y valoración sistemática de los resultados de la evaluación de la actividad docente y de la cualificación académica e investigadora del POI.	Respecto a los resultados de la actividad docente se remite a lo indicado respecto a la recomendación nº 22. El IEC recoge en su apartado 4.5. Tasas de personal académico diversos aspectos del POI de la titulación distribuido por categorías. La información sobre la cualificación académica e investigadora del POI puede consultarse en la aplicación SIGMA, accesible desde la web de centro. Cada profesor/a es responsable de publicar información sobre su perfil académico e investigador y se insiste en el interés de mantenerla actualizada.	A25.1 Recomendación a las coordinadoras que valoren la incorporación en el IEC aspectos relacionados con la cualificación académica e investigadora del POI.	Reflejar en los IEC aspectos relacionados con la cualificación académica e investigadora del POI.	Evidencia de un apartado sobre la cualificación académica e investigadora del POI en los correspondientes IEC de la titulaciones (S/No)	A25.1: Noviembre/Diciembre 2024	Comisiones de Evaluación de la Calidad de las Titulaciones
3.3	26	Incorporar indicadores basados en la satisfacción de los grupos de interés para el seguimiento del procedimiento PRA_001 (Gestión de los recursos materiales y de servicios).	En el curso académico 2022-23 se llevó una encuesta a la comunidad universitaria del centro, para valorar la calidad de los servicios de las distintas áreas y conocer el grado de satisfacción del alumnado y el personal de la facultad. Se pueden añadir más ítems a la encuesta para obtener más datos sobre la satisfacción de los grupos de interés. Se considera de interés atender esta recomendación.	A26.1 Inclusión en el procedimiento PRA_001 de nuevos indicadores que reflejen la satisfacción de los grupos de interés con la gestión de los recursos materiales y servicios.	Obtener información sobre la satisfacción de los grupos de interés con la gestión de los recursos materiales y servicios.	Aprobación de la modificación del PRA_001: (SI/No)	A26.1: Septiembre 2024	Equipo de Dirección Jefa de Calidad
3.3	27	Definir las funciones de la Jefa de Calidad en el Manual de Calidad (al igual que el resto de los agentes del SGIC).	En las modelos utilizados como referendan o se incluyen las funciones del PDAS está recogidas en la página web de la UZ.	A27.1 Inclusión en el Manual de Calidad de la referencia a las funciones de la Jefa de Calidad.	Reflejar en el Manual de Calidad información sobre las funciones de la Jefa de Calidad.	Aprobación de las modificaciones en el Manual de Calidad. (S/No)	A27.1: Septiembre 2024	Jefa de Calidad Comité de Calidad

CSV: be66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2	Organismo: Universidad de Zaragoza	Página: 9 / 12	
Firmado electrónicamente por	Cargo o Rol	Fecha	
MARIA ANGELES FRANCO SIERRA	La Decana	22/04/2024 09:34:00	

be66e686ebddda1f40ccc4f4a11b59e2
Copia auténtica de documento firmado digitalmente. Puede verificar su autenticidad en https://valide.unizar.es/sw/be66e686ebddda1f40ccc4f4a11b59e2

Universidad Zaragoza

PLAN DE MEJORA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA)
ACCIONES PARA ATENDER LAS **RECOMENDACIONES** SEÑALADAS EN LA PROPUESTA DE INFORME DE LA SEC DE ACPUA

Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Zaragoza

4.1	28	Tomar medidas para mejorar las tasas de respuesta en las encuestas utilizadas para recoger la opinión y medir la satisfacción del estudiantado.	En todo caso, se considera atender esta recomendación. Desde el centro se informa por distintos canales de la importancia de la participación en las encuestas. Son los propios estudiantes los que tienen la decisión final. Se valora positivamente establecer medias para potenciar la participación del alumnado en las encuestas de satisfacción.	A28.1 Realización de una campaña de información sobre la importancia de la participación en la encuestas de satisfacción. A28.2 Se continuará con la difusión de los plazos de participación en las encuestas de satisfacción. A28.3 Recomendación al profesorado para que dejen en abierto las encuestas el mayor tiempo posible y dedicar un tiempo en una actividad formativa para la cumplimentación de las encuestas.	Aplicar medidas para fomentar la participación de los estudiantes en las encuestas de opinión y de satisfacción.	Evidencia de medidas para fomentar la participación de los estudiantes en las encuestas	A28.1, A28.2 y A28.3: Noviembre 2024	Responsable de Calidad Coordinadoras de Titulación
4.1	29	Incorporar en la revisión de las titulaciones y del SGC información sobre la satisfacción del colectivo de empleadores/as y tutores/as de prácticas.	No existe una encuesta específica para valorar la satisfacción del colectivo de tutores/as de prácticas. Al ser profesorado de la titulación tienen la posibilidad de rellenar las encuestas de satisfacción del PDI, al igual que el resto de profesorado, aunque los resultados no diferencian por categoría. Con respecto a empleadores/as, resulta muy complejo definir el colectivo de entre todo el sistema sanitario y sociosanitario público y privado.	No se considera.				
5.1	30	Crear un consejo asesor o consultivo del centro que integre a personas relevantes del entorno económico, social y científico al que se presente la memoria el informe de Gestión y Programa de Actuación anual.	Se considera que los órganos de Calidad están suficientemente representados colectivos y grupos de interés del ámbito sanitario y sociosanitario, quien el que competen las titulaciones de Ciencias de la Salud ofertadas. Se considera que añadir más órganos que conformen el funcionamiento del SGC podría resultar poco operativo. El Informe de Gestión y el Programa de Actuación Anual es público y está accesible en la web de centro, por lo que está abierto a cualquier persona interesada.	No se considera.				
5.1	31	Emitir los informes al Consejo Social formalmente para su revisión y aprobación.	La UZ no establece en sus procedimientos y normativa esta recomendación.	No se considera.				

CSV: be66e686ebddda1f40ccc4f4a11b59e2	Organismo: Universidad de Zaragoza	Página: 10 / 12	
Firmado electrónicamente por	Cargo o Rol	Fecha	
MARIA ANGELES FRANCO SIERRA	La Decana	22/04/2024 09:34:00	

be66e686ebddaff40ccc4f4a11b59e2
Copia auténtica de documento firmado digitalmente. Puede verificar su autenticidad en http://valide.unizar.es/cariboe66e686ebddaff40ccc4f4a11b59e2

Universidad Zaragoza

PLAN DE MEJORA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA)
ACCIONES PARA ATENDER LAS **RECOMENDACIONES** SEÑALADAS EN LA PROPUESTA DE INFORME DE LA SEC DE ACPUA

Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Zaragoza

5.1	32	Identificar las acciones que se incluyen en el PAM pero proceden de un PAM del año anterior por no haber podido ser completadas.	El modelo actual de la US para la cumplimentación del PAM no permitiría optar. El grado de cumplimiento de las acciones del PAM anterior se recoge en el apartado inicial del EC de la correspondiente titulación, que se elaboraanelorarajuanes.	No se considera.				Equipode Dirección Jefa de Calidad
5.2	33	La gestión documental no debería limitarse únicamente a la sistemática de codificación de los documentos principales, sino que también debería extenderse a la identificación precisa, la codificación uniforme, la localización fácil y la gestión eficaz de cada uno de los documentos producidos como resultado de cualquier procedimiento del SGC. Esta integridad aseguraría un manejo más eficiente y coherente de la documentación, facilitando el acceso y la validación de la información para todos los grupos de interés.	Hasta la fecha no se ha valorado la eficacia delagestióndocumental. Se considera de interés atender esta recomendación.	A33.1 Modificación de la IT_PRA002_1 para incluir nomenclatura de nuevos documentos.	Conseguir unamayor eficacia en la gestión documental.		Aprobación de la modificación de la IT_PRA002_1: (Si/No)	A31.1: Septiembre 2024
5.2	34	Considerar la importancia de incluir en todos los procedimientos diagramas de flujo con el mayor desarrollo delcontenido. Con una identificación completa del flujo de la documentación incluyendo qué hacer cuando no se superan los procedimientos de aprobación e identificación de todas las evidencias talleres en cada caso.	En algunos procedimientos no se ha considerado de interés incorporar diagramas de flujo. Se considera de interés atender esta recomendación.	A34.1 Inclusión de diagrama de flujo en el PRE_002. A34.2 Inclusión de diagrama de flujo en el PRC_003. A34.3 Inclusión de diagrama de flujo en el PRA_003.	Incluir diagramas de flujo en aquellos procedimientos que no lo contemplen.		Aprobación de las modificaciones en los procedimientos: PRE_002: (Si/No) PRC_003: (Si/No) PRA_003: (Si/No)	A34.1, A34.2 y A34.3. Septiembre 2024	Comité de Calidad
5.2	35	Considerar un cambio en la sistemática de almacenaje de la documentación quemo sea por "tipo de documento" sino por procedimiento y dentro de cada procedimiento incluir la documentación de salidageneradaparacada dclo (por ejemplo, por curso académico).	Hasta la fecha no se ha valorado la eficacia de la organización de la gestión documental. Se considera de interés atender esta recomendación.	A35.1 Cambio en la sistemática de almacenaje en el repositorio del SGC, adaptándolo a la sugerencia recibida.	Modificar el sistema de almacenamiento, organizándolo por procedimiento en vez de por documento.		Nuevo sistema de organización del gestor documental	A35.1. Septiembre 2024	Responsable de Calidad Jefa de Calidad
5.2	36	Valorar con criterios objetivos (definibles) que tipo de información debe ser custodiada sin acceso universal y cuál debe ser puesta a disposición de todos los grupos de interés enumerados en el Manual de Calidad del SGC.	A todas las personas que participan connosotrosen el SGC se les facilita la documentación necesaria para su cometido. Sólo se permite el acceso permanente a los documentos custodiados a los miembros del Equipo de Dirección, la Administradora, la Jefa de Calidad y la Secretaria de Decanato. Los grupos de interés tiene acceso a toda la información publicada en la web de centro.	A36.1 Revisión sobre la determinación de criterios objetivos (definibles) sobre que tipo de información debe ser custodiada sin acceso universal y cuál debe ser puesta a disposición de todos los grupos de interés.	Establecer criterios de acceso a la información.		Informe sobre determinación de criterios de acceso alа información (Si/No)	A36.1: Septiembre 2024	Equipode Dirección Jefa de Calidad

be66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2
Copia auténtica de documento firmado digitalmente. Puede verificar su autenticidad en https://valide.unizar.es/cs/be66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2

Universidad Zaragoza

PLAN DE MEJORA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA)
ACCIONES PARA ATENDER LAS **RECOMENDACIONES** SEÑALADAS EN LA PROPUESTA DE INFORME DE LA SEC DE ACPUA

Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Zaragoza

5.2	37	Incluir una programación con plazos y responsables en la ejecución de las mejoras para la información pública.	Sería necesario un período de reflexión para definir criterios objetivables sobre esta recomendación. Una vez realizado el análisis de mejora de la información pública no se consideró incluir un plazo para la ejecución ni de los responsables de las mismas. Se considera de interés atender esta recomendación	A37.1 Inclusión en el informe de análisis de la información pública de una tabla con los plazos y los responsables en la ejecución de las acciones de mejora propuestas.	Definir los plazos y los responsables para la ejecución de las mejoras referidas a la información pública.	Informe del análisis de la información pública modificado (Si/No)	A37.1. Septiembre 2024	Equipo de Dirección Jefa de Calidad	

CSV: be66e686ebdddaff40ccc4f4a11b59e2	Organismo: Universidad de Zaragoza	Página: 12 / 12	
Firmado electrónicamente por	Cargo o Rol	Fecha	
MARIA ANGELES FRANCO SIERRA	La Decana	22/04/2024 09:34:00	

enqa. eqar