

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 Sociales y del Trabajo

CÓDIGO RUCT: 500107791

FECHA VISITA: 19 de septiembre de 2025

El 28 de abril de 2025 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 Sociales y del Trabajo (FCST) de la Universidad de Zaragoza.

El 20 de junio de 2025, 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 24 de junio de 2025.

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 19 de septiembre según lo previsto (ver Anexo I).

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 ACPUA en su sesión del 8 de octubre de 2025. La SEC ha estudiado la documentación presentada por la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo para la Certificación de la implantación de su Sistema Interno de Garantía de Calidad (SIGC) conforme al programa PACE- SIGC, así como el informe realizado por el panel de visita incorporando sugerencias de áreas de mejora.

La propuesta de informe fue remitida al centro con fecha 10 de octubre de 2025, proponiendo el plazo veinte 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 envió el escrito de alegaciones el 6 de noviembre de 2025, 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 noviembre de 2025, emite el presente informe final:

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 adjunta como Anexo II), presentado por el centro.

ANÁLISIS DE LAS EVIDENCIAS DE LOS CRITERIOS Y DIRECTRICES

La Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo formalizó la implantación de un SIGC del centro, a partir de los SIGC que venían desarrollándose con éxito para las titulaciones.

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

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

Plan de mejora

El Plan de mejora presentado por la Facultad 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). Anualmente, la Facultad enviará a la ACPUA un informe sobre el seguimiento de las acciones contenidas en el Plan hasta su completa implantación.

ANÁLISIS DE LAS EVIDENCIAS DE LOS CRITERIOS Y DIRECTRICES

DIMENSIÓN 1: POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD

Criterio 1.1: Establecimiento de una cultura de calidad

SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO

Estándar:

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.

D1.1.1 El equipo de gobierno del centro y de la propia universidad apoya y dota de recursos al proceso de implantación del SIGC.

La Universidad de Zaragoza tiene definido, aprobado e implantado un Sistema de Garantía Interna de Calidad (SIGC) que tiene por objeto la mejora continua y la calidad de sus programas formativos, orientados hacia el aprendizaje centrado en el estudiantado. En este sistema de calidad, aparecen definidos unos objetivos estratégicos, así como una serie de protocolos y procedimientos que tienen como fin perseguir estos objetivos. Bajo este paraguas, la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo ha diseñado e implantado su propio Sistema de Garantía Interna de Calidad adoptando los procedimientos del SIGC de la Universidad de Zaragoza 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, por un lado, por el nombramiento de una Delegada del Decano de Investigación y Calidad, por la creación de una Jefatura de Negociado de Calidad y por la incorporación en su SIGC de tres procedimientos estratégicos propios relacionados con la gestión y mejora de la calidad: elaboración y revisión de la política de calidad (PRE-001), gestión de la calidad de las titulaciones (PRE-002) y revisión del SIGC del Centro (PRE-004). Estos procedimientos garantizan que se planifique la gestión de la calidad, se actúe y se revisen las actuaciones tanto a nivel de titulación como a nivel de centro.

Esta dinámica de mejora continua implica sistematizar otros procedimientos estratégicos, 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.

Las primeras versiones de los procedimientos propios del Centro fueron diseñadas fundamentalmente en el curso 2023/24, siendo relativamente recientes lo que ha impedido que se genere una rutina documental (en algunos casos sólo hay evidencia de un curso, por ejemplo, en lo que respecta al informe de seguimiento del SIGC, y de un curso en el que el sistema estaba aún gestándose). No obstante, se aprecia que el compromiso con la calidad no se reduce únicamente al diseño del SIGC, sino también a diversos avances en la implantación del mismo.

D1.1.2 La política de garantía de calidad (formalmente definida) se despliega en un plan estratégico, plan director o similar, cuyos objetivos cuentan con indicadores que permiten medir su grado de logro.

El SIGC incluye un procedimiento estratégico propio de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo (PRE-001) para elaborar y revisar la política y los objetivos de calidad. Se constata la existencia de una política y unos objetivos de calidad recogidos en un documento firmado por el Decano el 6 de febrero de 2024. Dicha firma, tal y como establece el procedimiento, se incorpora una vez el documento ha sido revisado por el Comité de Calidad y aprobado en la Junta de Facultad.

La política recoge 6 directrices generales. Le sigue la propuesta de objetivos de calidad. Si bien el procedimiento PRE-001 contempla “...se propondrán los objetivos de calidad, que contemplarán los objetivos estratégicos del Centro a los que se vinculan.”, los objetivos de calidad coinciden exactamente con los objetivos estratégicos contemplados en el Plan Estratégico 2024-2026 y que se ha elaborado conforme al proceso PRE-005 (Elaboración del plan estratégico de la FCST). Se aprecia por lo tanto un solapamiento funcional entre ambos procesos.

Estos objetivos se organizan en torno a tres ejes estratégicos, desplegándose en dicho Plan en diferentes acciones para las que se establecen responsables, evidencias asociadas e indicadores de seguimiento.

Recomendaciones:

- Incorporar en la política de calidad, aparte de la firma del Decano, la fecha y el órgano de aprobación de la misma, así como un registro de las versiones previas.
- Evitar que las directrices incluidas en la política de calidad hagan referencia a la propia política, haciendo pensar que es algo diferente al documento que se está leyendo.
- Si los objetivos de calidad se asimilan a los objetivos estratégicos, se aprecian solapamientos entre los procesos PRE-001 y PRE-005. Valorar la posibilidad de fusionarlos en un único proceso de elaboración y revisión de la política de calidad y la planificación estratégica del centro.
- En el proceso PRE-005 los apartados 6.1 y 6.2 tienen el mismo título (Propuesta a la Junta de Facultad para su Aprobación), aunque el segundo hace referencia a la firma posterior del Decano. Convendría cambiar su denominación para ajustarla al contenido.

D1.1.3 La política de calidad y los objetivos estratégicos del centro son públicos, marcan las prioridades de mejora continua el centro, están elaborados con la participación de los diferentes grupos de interés, y se revisan periódicamente.

Tanto el documento que recoge la política y los objetivos de calidad como el plan estratégico se hacen públicos en la web del Centro, dentro del apartado dedicado a calidad y sostenibilidad. Ambos documentos, que se elaboran conforme a los procedimientos PRE-001 y PRE-005 respectivamente, son revisados por el Comité de Calidad y aprobados por la Junta de Facultad. Estos procedimientos garantizan la participación de todos los grupos de interés, especialmente los internos, pero también los externos, que están representados en el Comité de Calidad.

Conforme consta en el procedimiento PRE-001 (Elaboración y revisión de la política de calidad), la revisión de la política y los objetivos de calidad se debe incorporar al informe de revisión del SIGC. Revisado el único informe disponible (corresponde al curso 2023-24) se aprecia que incluye una lista de chequeo de los documentos del sistema, entre los que se incluye el documento con la Política y Objetivos de Calidad. Sin embargo, no consta una revisión desagregada de cada objetivo de calidad/objetivo estratégico ni de sus indicadores. Por otra parte, el procedimiento PRE-005 establece que la persona responsable de Calidad se encargará de revisar anualmente el cumplimiento de los objetivos estratégicos (es decir, los objetivos de calidad) y que en el Informe de Gestión Anual se hará un seguimiento de estos objetivos. En el último informe de gestión disponible, correspondiente al curso 23/24, no consta tampoco dicho seguimiento. Se aprecia por lo tanto cierta inmadurez del sistema que no ha permitido cerrar un ciclo de elaboración de informes de revisión del SIGC y de gestión anual que se ajusten a los procedimientos establecidos.

En línea con esta falta de madurez, se hace notar que en la web se ha incorporado recientemente un documento que recoge los indicadores asociados a los procesos del SIGC y a los objetivos estratégicos de calidad con los resultados obtenidos en el ejercicio 2024 o curso 24/25. Este documento, como se ha comentado, no se valora ni en el informe de seguimiento del SIGC ni en el Informe de Gestión Anual. Además, la última versión del proceso PRE-001 cuenta con dos indicadores de seguimiento basados en los resultados de las encuestas de satisfacción (IND_PRE001_03 y IND_PRE001_04), pero en el documento de recopilación de indicadores otros diferentes (IND_PRE001_01 y IND_PRE001_02). Estos mismos son los que se mencionan también en el informe de revisión del SIGC (sin que se analicen, como se ha dicho antes, los valores alcanzados).

Acción de especial seguimiento:

Debe contemplarse una revisión periódica y sistemática de la política y los objetivos de calidad/estratégicos y ésta debe recogerse bien en el informe de revisión del SIGC o en el informe anual de gestión del Centro. En este sentido, los procesos PRE-001 y PRE-005 deben estar alineados puesto que los objetivos de calidad y los objetivos estratégicos son los mismos.

Recomendación:

Publicar los informes de gestión y el plan estratégico en el apartado de la web del Centro dedicado a describir la Facultad.

D1.1.4 El mapa de procesos y procedimientos del SIGC muestra el conjunto completo de procesos implantados y sus interrelaciones.

El SIGC del Centro incluye una combinación de procedimientos transversales de la Universidad y procedimientos propios de la Facultad. En concreto, incorpora 5 procedimientos estratégicos propios, 5 procedimientos clave propios y 4 procedimientos de apoyo propios, algunos con instrucciones técnicas asociadas. Todos ellos se recogen gráficamente en un mapa que los agrupa conforme a grandes procesos de una manera bastante intuitiva. Las interrelaciones quedan razonablemente claras.

En el apartado dedicado a Calidad del Centro, dentro de la pestaña Calidad y Sostenibilidad, se aporta un manual de procedimientos del Centro que da acceso a las fichas de cada uno de los procesos propios.

D1.1.5 La cadena de responsabilidades y los grupos de interés implicados en los procesos y procedimientos se encuentran correctamente definidos y garantizan su adecuado funcionamiento.

El Equipo de Dirección incluye una persona encargada de supervisar el funcionamiento del SIGC (en estos momentos la Delegada del Decano de Investigación y Calidad) y, a nivel operativo, el centro dispone de una Jefatura del Negociado de Calidad. En cuanto a los procesos de la Facultad, estos identifican los responsables implicados en su despliegue.

Los diferentes grupos de interés internos (PDI, PTGAS, Estudiantes) están representados en la Comité de Calidad del Centro, en las Comisiones de Garantía de la Calidad (una para cada título), en las Comisiones de Evaluación de los Títulos (una para cada título) y en la Junta de Facultad. El Comité de Calidad del Centro y las Comisiones de Evaluación de Títulos además cuentan con miembros externos al Centro, algunos de la Universidad de Zaragoza y otros vinculados a otras organizaciones, por lo que también se aprecia la participación directa de algunos grupos de interés externos. Todos estos grupos, mediante su participación en los órganos colegiados, están implicados en la elaboración de la política y los objetivos de calidad (PRE-001), el plan estratégico (PRE-005), los informes de gestión y programas de actuación anuales (PRE-003), los informes de evaluación de calidad de los títulos (IECs) y sus planes anuales de innovación y mejora (PAIMs) (PRE-002) y los informes anuales de revisión del SIGC (PRE-004).

Recomendaciones:

- Incorporar al manual de calidad la participación que ostentan todos los grupos de interés en cada órgano colegiado relacionado con la gestión de la calidad y el procedimiento que se ha de seguir para su elección.
- Si bien en cada procedimiento se dedica un apartado a relacionar los responsables y se establecen las responsabilidades (órgano personal o colegiado) para cada una de las tareas que incluye, sería conveniente establecer un órgano personal responsable del procedimiento en su conjunto.
- Incluir en las actas de las reuniones formales la procedencia (grupo de interés) de cada persona presente para facilitar la comprobación de la representación efectiva de los grupos de interés en los órganos correspondientes.

D1.1.6 El sistema de gestión de la documentación del SIGC permite el control eficiente y sistemático de los documentos que se generan, así como, la recogida ágil, completa, fiable y representativa de datos e indicadores vinculados a los procesos y al plan estratégico (o similar) permitiendo con el análisis de los mismos, la mejora de los resultados de dichos procesos y del propio SIGC.

El sistema cuenta con un procedimiento de apoyo propio centrado en la elaboración, control y registro de la documentación (PRA-002). En el mismo se establecen las responsabilidades sobre la elaboración, revisión, aprobación o archivo de los distintos documentos y evidencias relacionadas con el sistema. Además, se ha creado una instrucción técnica vinculada (IT-PRA002-01) que define la codificación de los documentos.

En cuanto al registro y archivo de la documentación la jefatura del Negociado de Calidad del centro se encarga de su gestión, utilizando como herramientas de apoyo la ‘Lista maestra de documentos’, que refleja la versión y fecha de aprobación de cada documento, y la ‘Hoja de control de actas’, una relación de las actas de los órganos implicados en la gestión de la calidad del centro.

El SIGC es capaz de generar una serie de indicadores vinculados a las titulaciones y utilizados para realizar el seguimiento de las mismas. Igualmente se generan indicadores vinculados a los procesos del sistema y a los objetivos de calidad que permiten el seguimiento del SIGC y el plan estratégico, aunque este seguimiento no se haya hecho aún efectivo en el informe anual de revisión del SIGC y el informe anual de gestión (ver directrices 1.1.3 y 1.1.7).

D1.1.7 Existen evidencias que demuestran que el SIGC y la política de calidad se analizan de forma periódica, contribuyendo tanto a la mejora de la eficacia de los procesos como a la consecución de los objetivos de calidad del centro. Este seguimiento y revisión periódica deben quedar recogidos en un informe de revisión de sistema donde se analizan, de forma integral, todos los aspectos relacionados con cada proceso (responsables, normativa, documentación, registros y resultados de la gestión realizada), así como el logro de los objetivos de calidad del centro. El proceso de revisión y mejora contempla un procedimiento de auditoría interna.

El SIGC incluye un procedimiento estratégico propio de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo (PRE-004) para revisar el SIGC. Dicho procedimiento establece como anexo la estructura que debe tener el informe de seguimiento anual. Sin embargo, el último informe disponible, correspondiente al curso 23/24 y generado en febrero del 2025, no se ajusta a esta estructura, faltando el apartado “Análisis de la implantación del SIGC”.

Dicho informe constituye más bien una lista de chequeo para repasar los principales documentos e indicadores. Los comentarios al respecto de cada documento o indicador (apartado “incidencias”) son muy sucintos. Cuando se detecta que algunas acciones son requeridas, apenas se detalla el objeto de las mismas y tampoco se incorporan al plan de mejoras. El plan de mejoras se limita a recoger las acciones estratégicas vinculadas al objetivo 3.1 del plan estratégico (Implantar y mantener el SIGC basado en la simplificación y mejora continua de los procesos, acorde con los requisitos de la acreditación institucional).

El centro elabora anualmente un informe de gestión y plan de actuaciones. Dicho informe de gestión también recoge un apartado dedicado a “informe de revisión del SIGC” que recoge algunas cuestiones del informe realizado conforme al proceso PRE-004, pero sin entrar en detalles sobre el diseño de procesos o el seguimiento de indicadores. El plan de actuaciones recoge las acciones estratégicas del Plan Estratégico que se pretende poner en marcha en la siguiente anualidad, pero no recoge acciones derivadas del informe de gestión, o de la revisión del SIGC o de las revisiones individuales de cada una de las titulaciones (IECs y PAIMs).

Aspectos de especial seguimiento:

- La revisión del SIGC debe incluir un análisis de los niveles alcanzados por los indicadores asociados a los diferentes procesos.
- El contenido de los informes de seguimiento del SIGC debe ajustarse a la estructura establecida en el proceso PRE-004.
- El plan de mejoras resultante del Informe de revisión del SIGC debería contener las acciones derivadas de esta revisión y no acciones estratégicas del Plan Estratégico previamente establecidas antes de la realización de dicho informe.
- El plan de actuación anual no debería ser únicamente una recopilación de las acciones estratégicas en marcha, si no incorporar acciones específicas derivadas de la revisión de las titulaciones, del Centro o del SIGC.

- Revisar los indicadores asociados a los procesos del SIGC procurando que resulten coherentes con los umbrales o metas establecidos (ej. un indicador que mide un número no puede tener un porcentaje como objetivo) y que todos ofrezcan información útil sobre la eficiencia o eficacia del proceso o del aspecto específicos que miden (por ejemplo, la utilidad de los indicadores PRC005_2 o PRC004_1 se estima limitada).

Recomendaciones:

- Realizar 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.
- Incorporar en el proceso PRE-003 (Elaboración del informe de gestión y plan de actuación) la estructura que debe tener el informe de gestión anual del Centro y hacerlo coherente con el proceso PRE-005 (Elaboración del Plan Estratégico de la FCST).
- Dar cuenta en el informe de gestión anual de los avances logrados en el plan estratégico del centro y de las principales conclusiones alcanzadas en la evaluación individual de cada titulación. Este informe no debe sólo recopilar datos, sino que debe interpretarlos críticamente, dando lugar a este análisis al plan de actuación anual.
- Incorporar al cuadro de control del centro no sólo indicadores vinculados a los procesos específicos del centro sino también a los procesos transversales (ej. indicadores sobre el funcionamiento de las prácticas, que se gestionan de acuerdo a procesos transversales).

DIMENSIÓN 2: GESTIÓN DEL DISEÑO DE LOS PROGRAMAS

Criterio 2.1: Garantía de calidad de los programas formativos

SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO

Estándar:

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

D2.1.1 El centro dispone de los procedimientos para diseñar, aprobar, implantar, seguir, acreditar y en su caso extinguir sus programas formativos atendiendo a las singularidades de cada uno de ellos. En los procedimientos se tiene en cuenta la participación de los grupos de interés.

Se constata que la Facultad dispone de una arquitectura procedimental completa que cubre la totalidad del ciclo de vida de sus titulaciones. Para las fases de diseño, aprobación, acreditación y extinción, el centro se apoya de manera eficaz en los procedimientos transversales establecidos por la Universidad de Zaragoza (Q314, Q315, Q313).

Para el seguimiento anual, que es el núcleo de la mejora continua, el centro ha desarrollado un procedimiento estratégico propio, el PRE-002: Gestión de la calidad de las titulaciones, que articula la elaboración de los Informes de Evaluación de la Calidad (IEC) y los Planes Anuales de Innovación y Mejora (PAIM).

La participación de los grupos de interés está formalmente garantizada en estos procedimientos a través de su representación en órganos como la Junta de Facultad y las Comisiones de Evaluación y de Garantía de la Calidad de los títulos.

Si bien formalmente esta recogida de la audiencia con egresados se comprobó que no habían sido consultados a la hora de articular, cambios, actualizaciones o plantear nuevas necesidades formativas por parte del centro.

D2.1.2 Los procesos y procedimientos están implantados y garantizan la mejora continua de la oferta formativa del centro, así como, de los propios programas formativos.

Se evidencia que los procedimientos de seguimiento anual están implantados, ya que se publican de forma sistemática los informes IEC y PAIM para las titulaciones, lo que demuestra un ciclo de revisión funcional a nivel de cada programa formativo. Sin embargo, no se aportan evidencias claras de cómo este proceso de mejora a nivel de título se traduce en una mejora o revisión de la oferta formativa global del centro.

No se documentan decisiones estratégicas sobre el portafolio de titulaciones (creación, modificación sustancial o supresión) que se hayan derivado del análisis conjunto de los resultados obtenidos. Aunque el seguimiento de las recomendaciones externas está procedimentado, se ha detectado un caso concreto donde el seguimiento ha sido parcial, lo que apunta a una debilidad en la implantación. Durante la visita, el panel pudo comprobar que, aunque los responsables de los títulos trabajan los planes de mejora, es necesario que, en la elevación a la Facultad, exista un liderazgo por parte de esta para la ejecución de mejoras que deben de ser trabajadas a nivel de centro. Este aspecto presenta un margen de mejora muy amplio.

Recomendación:

Realizar en el Informe de Evaluación de la Calidad (IEC) de cada título un análisis más exhaustivo y detallado de la ejecución del Plan Anual de Innovación y Mejora (PAIM) del curso anterior. Sería conveniente que este seguimiento se realizará repasando de forma individual el estado de cada una de las acciones de mejora propuestas.

D2.1.3 El centro dispone de sistemas de recogida y análisis de la información que alimentan los procesos internos de análisis y mejora de la oferta y de los programas formativos.

Se considera un punto fuerte del sistema la disposición de herramientas institucionales potentes para la recogida y análisis de información, como la plataforma de analítica de datos SeGeDa y la de encuestas ATENEA.

Los procedimientos transversales de la Universidad (Q222, Q223, Q224) aseguran una recogida sistemática de datos de satisfacción, rendimiento e inserción laboral que, como se constata en los IECs, alimentan directamente los procesos de análisis y mejora de los títulos. No obstante, se observa que sería deseable que las plantillas de los informes IEC permitieran la inclusión de información y datos personalizados por el propio centro para enriquecer el análisis con sus particularidades.

Recomendación:

Establecer objetivos claros y cuantificables en la mejora de la participación de todos los colectivos en los procesos de recogida de información

D2.1.4 Los procedimientos de seguimiento tienen en cuenta los informes de evaluación externa, adoptando las medidas que sean necesarias.

El sistema asegura formalmente que las recomendaciones de las agencias de calidad son consideradas, ya que el procedimiento Q212 exige la inclusión de un apartado específico (el 8.2) en el Informe de Evaluación de la Calidad (IEC) para dar respuesta a dichas recomendaciones. Se espera que este apartado sirva de base para proponer acciones de mejora en el correspondiente Plan Anual de Innovación y Mejora (PAIM).

D2.1.5 El equipo de gobierno del centro revisa y aprueba informes internos de seguimiento de sus programas formativos y, en su caso, planes de mejora que desarrolla estructuradamente pudiendo proponer acciones de mejora transversales del centro.

El procedimiento PRE-002 establece los puntos en los que el equipo de gobierno interviene, principalmente recibiendo los informes para alegaciones e informando a la Junta de Facultad. El procedimiento también prescribe que el equipo directivo debe analizar los PAIMs para incorporar las acciones necesarias en la planificación del centro. Sin embargo, no se ha podido evidenciar en el Informe de Gestión o en el Plan de Actuación que las acciones de mejora de carácter transversal identificadas en los PAIMs se integren efectivamente en la planificación general de la Facultad, existiendo una brecha entre el diseño del procedimiento y su aplicación práctica a nivel estratégico.

Recomendación:

Enriquecer el Programa de Actuación anual del centro, incorporando de forma explícita todas las iniciativas y propuestas de mejora de carácter transversal que emanan del análisis conjunto de los PAIM de las distintas titulaciones ofertadas.

D2.1.6 Existen evidencias claras y continuas que demuestran que se analizan y, en su caso, se mejoran los procesos y procedimientos relacionados con el diseño, aprobación, revisión y mejora de los programas formativos.

El mecanismo formal para la revisión de los propios procedimientos es la revisión anual del SIGC (PRE-004). Sin embargo, el Informe de Revisión del SIGC 2023-2024 (IRS23-24.pdf) evidencia un análisis superficial de estos procedimientos. Para el PRE-002, central en esta dimensión, la revisión se limita a la anotación "Sin incidencias", lo cual no constituye un análisis de eficacia o eficiencia.

Por tanto, aunque el mecanismo para la revisión existe, su aplicación práctica carece de la profundidad necesaria para garantizar una mejora real de los propios procedimientos.

Recomendación:

Establecer una sistemática para la revisión periódica de todos los procedimientos propios del centro relacionados con esta dimensión (ver recomendaciones en D1.1.7)

DIMENSIÓN 3: IMPARTICIÓN DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS

Criterio 3.1: Orientación de sus enseñanzas al estudiantado

SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO

Estándar:

El centro tiene definidos procedimientos que promueven el aprendizaje centrado en el estudiantado. 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 el estudiantado alcance los resultados de aprendizaje acordes con los esperados en el título.

D3.1.1 El centro incluye en su política de calidad el compromiso con la orientación de sus enseñanzas a los estudiantes.

Se constata que el compromiso del centro con una enseñanza orientada al estudiantado está formulado de manera explícita y se encuentra integrado en sus documentos estratégicos. La Política de Calidad de la FCST incluye objetivos específicos que materializan esta orientación, como el 1.2. Trabajar para que el estudiantado cuente con apoyo y recursos para completar su proceso de enseñanza-aprendizaje... y el 1.3. Potenciar las actividades de orientación dirigidas a estudiantes. Este compromiso se ve reforzado estructuralmente con la dedicación de un capítulo íntegro (Capítulo 6) del Manual del SIGC a la "Orientación de las enseñanzas a los estudiantes", lo que proporciona un marco de referencia sólido para todas las actuaciones en este ámbito.

D3.1.2 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**

Se valora que la Facultad evidencia una cobertura exhaustiva de todas las áreas relacionadas con el aprendizaje del estudiante a través de una red de procedimientos bien articulada. El centro combina de manera eficiente los procedimientos transversales de la Universidad de Zaragoza para aspectos estandarizados (admisión, reclamaciones, evaluación del aprendizaje, etc.) con procedimientos clave desarrollados por la propia Facultad para áreas de mayor impacto en la experiencia diaria del alumnado. Destacan entre estos últimos el PRC_005 (Bienvenida, tutoría y orientación al estudiantado), el PRC_001 (Elaboración, evaluación y gestión de las acciones de movilidad) y el PRC_002 (Elaboración, evaluación y gestión de los trabajos fin de estudios). Esta estructura dual asegura una gestión sistemática y coherente de todo el ciclo de vida del estudiante.

D3.1.3 El centro dispone de un sistema que permite obtener, valorar y contrastar información relativa al desarrollo de dichos procedimientos.

El centro ha implementado un sistema robusto para el seguimiento y la valoración de sus procedimientos a través de indicadores específicos y codificados para medir el desempeño de sus actuaciones en movilidad, trabajos fin de estudios y orientación. La evidencia de la implantación de este sistema se encuentra en el Informe de Revisión del SIGC 2023-2024, donde se muestran los resultados de estas mediciones y se realiza una valoración crítica de los mismos, lo que demuestra un proceso activo de obtención, valoración y contraste de la información.

D3.1.4 El centro analiza la información y propone mejoras en los procedimientos anteriores.

El análisis de la información y la consiguiente propuesta de mejoras están formalizados en el SIGC del centro. Sin embargo, se observa que el análisis sobre la eficacia de los procedimientos en el **Informe de Revisión del SIGC** es sucinto. Aunque se constata la existencia de mecanismos de análisis y, en su caso, mejora de los procedimientos, su aplicación práctica podría tener un mayor grado de profundidad para ir más allá de la simple comprobación de su funcionamiento.

De acuerdo a lo comentado en el apartado D1.1.7, se recomienda establecer una sistemática para la revisión periódica de todos los procedimientos propios del centro relacionados con esta dimensión (movilidad, tutoría, TFE, etc.). Se sugiere que aquellos procedimientos que no hayan sido modificados en un plazo determinado (por ejemplo, dos años) sean revisados de oficio para asegurar su continua actualización y coherencia con el resto de la documentación del SIGC.

DIMENSIÓN 4. GARANTÍA Y MEJORA DE SU PERSONAL ACADÉMICO Y DE APOYO A LA DOCENCIA

Criterio 4.1: Garantía y mejora de su personal académico y de apoyo a la docencia

SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO

Estándar:

El centro desarrolla mecanismos que aseguran 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 e investigadora¹. El centro se ha dotado de mecanismos que le permiten garantizar la suficiencia y adecuación del profesorado con el objeto de cumplir con sus funciones, respetando siempre su libertad e integridad académica.

D4.1.1 El centro contempla en su política de calidad el compromiso con la calidad de su personal académico y de apoyo a la docencia.

¹ Los centros pueden tener diferentes niveles de responsabilidad sobre el profesorado dependiendo de la naturaleza de cada institución, pero, en cualquier caso, deberán asegurar que disponen de los procesos para asegurar que el profesorado asignado a las actividades docentes, de supervisión y de tutorización es competente y dispone de las cualificaciones pertinentes.

El documento de Política y Objetivos de Calidad del Centro incluye la directriz 4: “Favorecer la formación continua adecuada a todo el Personal Docente e Investigador, así como al Personal Técnico, de Gestión y de Administración y Servicios, en función de las actividades y servicios que desarrollen”, lo que evidencia el compromiso con la mejora de la calidad del personal académico y de apoyo a la docencia.

Asimismo, en el eje estratégico “Oferta formativa, actividades académicas y de gestión” se establece como objetivo 1.4 de calidad/estratégico: “Impulsar y difundir las actividades de investigación y transferencia, el uso de nuevas tecnologías y la participación del profesorado en proyectos de innovación docente y social”. De igual manera, dentro del eje estratégico “Grupos de interés” se define el objetivo 2.2: “Apoyar la formación continua de docentes y personal técnico, de gestión y de administración y servicios, según sus funciones específicas, vinculadas a la calidad de su desempeño.

En definitiva, la declaración Política y Objetivos de Calidad explícita proporciona un marco estratégico formal para las actuaciones relacionadas con el personal, reforzando la relevancia concedida al personal académico y de apoyo en la gestión de la calidad.

D4.1.2 El centro dispone de procedimientos que aseguran el acceso, la gestión, la formación de su personal académico y de apoyo a la docencia.

La gestión de personal en la FCST se ajusta a los procedimientos y normativas de la Universidad de Zaragoza, como las directrices para la Relación de Puestos de Trabajo (RPT) del PDI o el procedimiento de elaboración del Plan de Ordenación Docente (POD). En materia de formación, se aplica el procedimiento transversal Q512, relativo a la gestión formativa del PDI. Aunque este marco garantiza una base regulatoria, el SIGC presenta una debilidad estructural: la falta de integración formal de estos procesos clave de RRHH en el Mapa de Procesos como procedimientos transversales. De este modo, funcionan en paralelo a la documentación oficial del sistema. Además, el centro no ha diseñado procedimientos propios en esta área.

En cualquier caso, se evidencia la relación fluida de carácter informal entre la dirección del centro y su personal académico y de gestión. Todos los grupos de interés manifiestan la cercanía en sus relaciones en el centro.

El personal académico manifiesta su satisfacción con la oferta formativa recibida.

Recomendaciones:

- Incorporar procedimientos transversales en el SIGC de la Universidad que documenten la gestión de la formación del PTGAS.
- Integrar formalmente las normativas y procedimientos de acceso, gestión y formación del personal académico y de apoyo en el catálogo de procedimientos transversales del SIGC, para garantizar la coherencia y completitud del sistema de calidad.
- Diseñar procedimientos específicos adaptados a los títulos que se imparten en el centro para la formación y apoyo a la docencia de su personal.
- No coincide el procedimiento transversal Q316 Planificación de la docencia y de elaboración de las guías docentes del Mapa de Procesos de la Facultad con el procedimiento Q316 Elaboración y actualización de las guías docentes que forma parte del Mapa de Procesos de la UNIZAR. Tampoco coincide en los dos Mapas de

Procesos la denominación del Q511 por lo que sería aconsejable revisar y, en caso necesario, actualizar todo el Mapa de Procesos.

D4.1.3 El centro dispone de procedimientos para la evaluación periódica y sistemática de la actividad y desempeño docente.

La evaluación de la actividad docente se encuentra estructurada y se lleva a cabo mediante los procedimientos transversales de la Universidad: Q511 (Valoración de la actividad docente del PDI) y Q222 (Análisis de la satisfacción de los estudiantes con la titulación, que regula las encuestas). Este sistema contribuye a la evaluación periódica del profesorado a partir de la opinión del estudiantado, haciendo públicos los resultados agregados de dichas encuestas de percepción de la calidad de la docencia.

Por otra parte, se establecen los mecanismos de generación de los informes individuales para cada docente a partir de la información recogida con la encuesta. Dichos informes pueden tener tres resultados de evaluación: positiva destacada, positiva o negativa.

El alcance de la evaluación corresponde a todo el personal docente de la Universidad con una periodicidad anual (curso académico).

Se declara que aquellos aspectos a mejorar en los informes de evaluación son incorporados en el curso siguiente por parte del profesorado.

Se manifiesta que la actividad y desempeño del profesorado con la asignatura de TFG supera el reconocimiento de horas de trabajo atribuidas para la tutorización de los mismos.

D4.1.4 El centro dispone de procedimientos para la evaluación periódica y sistemática de la actividad y desempeño del personal de apoyo a la docencia.

La Universidad de Zaragoza ha implementado un Sistema de Evaluación del Desempeño para el PTGAS, de aplicación bienal, que mide tanto la conducta profesional como el logro de resultados. No obstante, al igual que en la directriz D4.1.2, este sistema no está documentado como un procedimiento transversal formal dentro del SIGC.

Recomendación:

Crear e integrar un procedimiento transversal en el SIGC de la Universidad que formalice el sistema de evaluación del desempeño del PTGAS.

D4.1.5 El SIGC recoge indicadores que facilitan el análisis del personal académico y de apoyo a la docencia como, por ejemplo:

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

El sistema de la web de la FCST recoge un amplio conjunto de indicadores sobre el personal a través de los Informes de Evaluación de la Calidad (IEC) que se elaboran anualmente para cada titulación. Estos informes incluyen datos cuantitativos detallados sobre la estructura del PDI (categoría docente, porcentaje de doctores, sexenios, quinquenios), su

participación en proyectos de innovación y formación, así como la evolución de la estructura del PTGAS.

Recomendación:

Desagregar por género los principales indicadores relativos al personal de centro.

D4.1.6 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.

El análisis para asegurar la suficiencia del personal académico y de apoyo se realiza en el ámbito de cada titulación. Las Comisiones de Evaluación de la Calidad (CEC) analizan los datos del Informe de evaluación de la calidad (IEC) y, como resultado, se pueden proponer acciones de mejora en los PAIM 10. A nivel de centro, el Informe de Gestión analiza la evolución de la plantilla, pero de una forma más global y menos conectada con las necesidades específicas de cada programa formativo.

A nivel de centro, en el informe de gestión anual, se tienen en cuenta fundamentalmente los datos sobre la estructura de la plantilla, pero no otras cuestiones relacionadas con los méritos o la implicación. Complementariamente, el Informe de gestión señala que la “falta de espacio para despachos y espacios de trabajo a los profesores es una realidad”.

Se constata que el profesorado atiende a las necesidades de formación práctica del grado, visibilizando las salidas y mostrando las tareas que se desarrollan profesionalmente. Para ello, tienden a acudir a egresados y egresadas de las titulaciones con quienes tienen una relación informal, manifestando que no existe una oficina alumni (de personas egresadas) para canalizar estos contactos.

Recomendaciones:

- Realizar un análisis más exhaustivo del personal académico y de apoyo a la docencia a nivel de Centro, bien en el informe de gestión anual, bien en el informe anual de revisión del SIGC si se incorporan al mismo procesos o indicadores relacionados.
- Revisar las infraestructuras a fin de diseñar posibilidades para resolver el problema de la falta de espacio para despachos y espacios de trabajo del profesorado del centro.
- Articular mecanismos formales de contacto con egresados y egresadas para canalizar de forma estandarizada los contactos con este colectivo que de forma voluntaria quiera seguir teniendo relación con el centro.

D4.1.7 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...

El análisis de la cualificación del PDI se realiza de forma sistemática en los IECs de las titulaciones, donde se estudian datos sobre categorías, méritos de investigación (sexenios) y docencia (quinquenios), y la participación en formación e innovación. Este análisis a nivel de título es la base para proponer acciones de mejora en los PAIM. Sin embargo, este nivel de detalle no se traslada al análisis global que se realiza a nivel de centro (por ejemplo: los méritos y la implicación del PDI en los proyectos y actividades del centro).

Se manifiesta la incorporación al centro de nuevo profesorado en los últimos años.

D4.1.8 El centro analiza los datos relativos a la cualificación, experiencia y desempeño del personal de apoyo a la docencia. 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...

El análisis del personal de apoyo es menos profundo que el del PDI.

El análisis de los datos relativos al personal de apoyo se hace fundamentalmente a nivel de titulación, y de una manera bastante superficial, mediante la aplicación del proceso propio PRE-002 y el proceso transversal Q212. A nivel de centro, en el informe de gestión anual, no se recogen ni analizan estos datos. El SIGC tampoco parece contar con indicadores relacionados, por lo que en el informe de revisión anual del SIGC tampoco se aborda este análisis.

Los Informes de evaluación de la calidad (IEC) de las titulaciones recoge esos datos del personal de apoyo a la docencia por categorías, pero no con sus méritos ni implicación en los proyectos y actividades del centro.

Recomendación:

Profundizar en el análisis del personal de apoyo en los informes de revisión tanto del SIGC como de la gestión del centro.

D4.1.9 El centro difunde información general sobre su profesorado y personal de apoyo a la docencia (perfiles, adecuación, actividad investigadora, participación en acciones de formación, resultados agregados de las evaluaciones...).

En la web del centro, en el apartado dedicado a cada titulación (pestaña “estudios”), puede accederse a un apartado de “información general de la titulación”. Este apartado lleva a la web institucional dedicada a la titulación, y en ella, se puede acceder a un apartado dedicado a profesorado. En este apartado se aportan enlaces a datos agregados sobre la estructura y evolución del profesorado en el título y a un buscador de currículums del mismo, pero es necesario introducir el nombre. Sería más práctico e intuitivo que el listado de docentes vinculado a la titulación apareciese en el apartado dedicado a profesorado y que cada nombre incorporase un hipervínculo a su ficha curricular.

Al acceder a cada asignatura del plan de estudios, aparece el profesorado, esta vez sí con un enlace a su perfil en el que se detallan sus méritos docentes e investigadores. No resulta muy intuitivo que no pueda llegarse a la guía de cada asignatura a través del apartado “plan de estudios”, si no que haya otro enlace “asignaturas del plan xxx”.

En el apartado de la web del Centro dedicado a aspectos generales de la Facultad se ofrece un subapartado dedicado a Personal Técnico, de Gestión y de Administración y Servicios (PTGAS) con información al respecto.

Finalmente, en el apartado dedicado a calidad y sostenibilidad, subapartado dedicado a calidad de las titulaciones, se publican los informes de evaluación de la calidad (IEC) de las titulaciones en las que se pueden encontrar los principales indicadores agregados sobre el profesorado y el personal de apoyo.

En resumen, aunque se difunde la información general, se encuentra algo fragmentada y la navegación para llegar a ella no es siempre intuitiva, lo que puede dificultar su consulta.

DIMENSIÓN 5: GARANTÍA Y MEJORA DE LOS RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS.

Criterio 5.1: Garantía y mejora de los recursos materiales y servicios.

SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO

Estándar:

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 del estudiantado.

D5.1.1 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 cuenta con un procedimiento propio de apoyo (PRA-001) para la gestión de los recursos materiales y servicios propios del centro. La gestión y mejora de recursos materiales recae fundamentalmente en el equipo de gobierno del Centro (Decano/a o persona en quien delegue), mientras que la gestión y mejora de los servicios recae fundamentalmente en el/la administrador/a del Centro y las personas responsables de los servicios cuando estos son externos.

En lo que respecta a la gestión de los servicios ofrecidos por el propio Centro, se cuenta con un sistema de gestión específico para los servicios cuya documentación se recoge en un subapartado dentro del apartado de calidad. Ahí se aportan un mapa de procesos específicos y un par de procesos propios (uno de ellos, “PRA-001” con una codificación idéntica a la de un proceso del centro, lo que resulta confuso).

Adicionalmente, tal y como establece el procedimiento PRA-001, el Centro cuenta con una Carta de Servicios que se ha diseñado y se revisa de acuerdo al procedimiento de la Universidad PRE 01.2.1 (Elaboración, aprobación, seguimiento y revisión de las Cartas de Servicios). Se publica en la web la última versión de dicha carta (modificada por última vez en abril de 2024) y los informes de revisión de la misma.

Recomendación:

Utilizar codificaciones diferentes para los procesos del sistema de gestión vinculado a los servicios de forma que queden claramente diferenciados de los procesos del sistema de gestión general del centro.

D5.1.2 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.

El SIGC recoge la opinión de todos los grupos de interés a través de las encuestas de satisfacción institucionales (procedimientos Q222 para estudiantes y Q223 para PDI/PTGAS)¹⁷. Sin embargo, los indicadores de seguimiento específicos que el centro ha definido en su propio procedimiento PRA_001 son parciales. Miden la satisfacción de los estudiantes con el equipamiento general y, la de estudiantes y PDI con los recursos informáticos, pero omiten sistemáticamente la opinión del PTGAS y la del PDI sobre el equipamiento general de las instalaciones. Esta exclusión representa una laguna significativa en la recogida de información, ya que no se capta la percepción de todos los colectivos de usuarios.

Se constata una baja participación del profesorado en las encuestas de satisfacción institucionales. Por lo que se comprueba que las razones que la explican son las percepciones sobre una sobresaturación de encuestas, fallos en la comunicación, proponiendo incrementar los canales para su difusión e información, y desajustes en el tiempo entre la realización de la encuesta y el de recibir los resultados (*feedback*).

Recomendaciones:

- Fomentar acciones para la mejora de la tasa de respuesta de las encuestas en todos los colectivos atendiendo a sus expectativas específicas (ver también D2.1.3).
- Es conveniente modificar los indicadores del procedimiento PRA-001 para que recojan de forma explícita y diferenciada la satisfacción de todos los grupos de interés (estudiantes, PDI y PTGAS) con los recursos materiales y servicios del centro.
- Desagregar los indicadores recogiendo de forma separada la satisfacción de cada grupo de interés.

D5.1.3 El centro realiza informes de seguimiento de sus servicios y recursos materiales, y establece planes de mejora sobre los mismos en caso necesario.

El centro realiza informes de seguimiento de su carta de servicios de acuerdo al procedimiento de la Universidad PRE 01.2.1. El informe correspondiente al año 2024 se generó en marzo de 2025 y se publica en la web. Además, los distintos servicios ofrecidos transversalmente para todos los centros (ej. bibliotecas), también publican informes periódicos de revisión de sus cartas de servicios.

El procedimiento Q212 establece los apartados que debe tener el IEC anual de cada título, incluyendo uno dedicado a analizar los recursos de aprendizaje (apartado 5.1). Se comprueba que en los IEC asociados a las titulaciones del centro, generados conforme al proceso PRE-002, se realiza un análisis de los recursos y servicios disponibles en este apartado.

El procedimiento propio de revisión del SIGC (PRE-004) genera un informe de revisión anual que incorpora una lista de chequeo de los distintos procedimientos del sistema y sus indicadores y, en particular, del procedimiento relacionado con la gestión de recursos materiales y servicios. Si bien el análisis resulta un tanto sucinto, se evidencia la existencia de mecanismos de análisis y, en su caso, mejora de tales procesos.

El informe de gestión anual del centro no incorpora ningún apartado específico dedicado a este tema, si bien el plan estratégico vigente incorpora el objetivo “Promover la mejora y el uso eficiente de los recursos y las infraestructuras de la Facultad” que se desagrega en 4 acciones estratégicas. Algunas de estas se recogen en los planes de actuación anuales del centro.

Se evidencian problemas con la climatización de las zonas comunes del centro. Asimismo, se pone de manifiesto la existencia de ciertas barreras arquitectónicas (escalón en las clases...) para las personas con movilidad reducida.

Recomendación:

- Poner mayor énfasis en la revisión de los recursos materiales y servicios y de sus procesos relacionados tanto en el informe de revisión del SIGC como en el informe de gestión anual.

DIMENSIÓN 6: RESULTADOS. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Criterio 6.1: Recopilación de la información generada

SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO

Estándar:

El centro dispone de mecanismos que le permiten la recopilación continua de los resultados del aprendizaje, de la inserción laboral y de la satisfacción de los distintos grupos de interés y otra 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 dicha mejora.

D6.1.1 El centro dispone de procedimientos y sistemas para la recogida de información relativa a los resultados del proceso de aprendizaje, de satisfacción y de inserción laboral. Estos procedimientos aseguran la participación de todos los grupos de interés.

La 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, y un proceso transversal (Q224) para recoger información sobre la inserción laboral de los egresados.

En cuanto a las encuestas de satisfacción utilizadas por el centro para recoger las opiniones de los principales grupos de interés, cabe destacar la necesidad de fomentar la participación del estudiantado y del PDI en las mismas para que generen resultados fiables y de utilidad para el Sistema de Calidad.

Además de los procedimientos, el centro dispone de un conjunto de herramientas institucionales potentes que proporcionan datos e indicadores sobre la evolución y resultados de las titulaciones, tales como ATENEA (gestión de encuestas de satisfacción) y SeGeDa, lo que garantiza la disponibilidad de un volumen de datos robusto y homogéneo.

De acuerdo con los procesos establecidos por la UNIZAR en el procedimiento Q212 *Elaboración del Informe de Evaluación de la Calidad (IEC) de las titulaciones de Grado y Máster Universitario*, los datos relativos a los resultados de las titulaciones recogidos por los citados procedimientos se incluyen en los Informes de Evaluación de la Calidad correspondientes a cada titulación para su posterior análisis por parte de los responsables académicos. Los informes pasan por comisiones de calidad de las titulaciones y estas cuentan con la participación de los grupos de interés.

Sería recomendable en las actas de las reuniones celebradas incluir el papel de cada persona presente para poder comprobar la presencia efectiva de los representantes de los grupos de interés.

Recomendación:

- Fomentar la participación del estudiantado y del PDI del centro en las encuestas de satisfacción para asegurar la fiabilidad y utilidad de sus resultados (ver también D2.1.3).

D6.1.2 El centro dispone de mecanismos para la recogida de información relativa a aspectos fundamentales del entorno (económico, social y científico).

Para la elaboración y revisión de su Plan Estratégico, el centro ha implementado mecanismos formales como el análisis DAFO lo que constituye una herramienta sistemática para analizar su entorno.

Asimismo, el SIGC 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 dado que estas personas tienen la oportunidad de aportar una visión sobre aspectos fundamentales del entorno, sobre todo en cuanto a las necesidades y realidades del mercado laboral. Además de esta participación, 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.

Asimismo, la FCST cuenta con la Cátedra de Cooperación para el Desarrollo y la Cátedra de Solidaridad y Ciudadanía global y varias líneas de investigación que fomentan los vínculos entre el centro y el entorno económico, social y científico.

Se aportan evidencias de una interacción fluida, pero más bien informal. del Centro y de su equipo de gobierno con el entorno económico, social y científico, lo que lleva a estimar que no se actúa de espaldas al mismo. El propio centro reconoce que “La FCST debe seguir avanzando en la consolidación de mecanismos para la recogida y análisis de información relativa a aspectos fundamentales de su entorno económico, social y científico, lo que reforzará su alineación con el contexto en que se inserta...” por lo que se estima oportuno fortalecer las interacciones entre el Centro y las entidades colaboradoras mediante la creación de 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.

Recomendación:

Valorar la creación de un consejo asesor o consultivo del Centro como órgano formal 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.

Criterio 6.2: Análisis de la información y resultados

SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO

Estándar:

El centro ha definido procedimientos para el análisis y utilización de los datos y de la información recopilada.

D6.2.1 El centro ha definido procedimientos para el 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.

La información recogida por la FCST se analiza mediante lo establecido por los procedimientos elaborados a tal efecto, tanto los transversales de la UNIZAR: Q212 *Elaboración del Informe de Evaluación de la Calidad (IEC) de las titulaciones de Grado y Máster Universitario*, Q214 *Elaboración y seguimiento del Plan Anual de Innovación y Mejora (PAIM) de las titulaciones de Grado y Máster Universitario*, Q222 *Análisis de la satisfacción de los*

estudiantes con la titulación de Grado o Máster, Q223 Análisis de la satisfacción del PDI y PTGAS implicados en la titulación y Q224 Seguimiento de la inserción laboral de los egresados, como los propios del centro: PRE_002 Gestión de la calidad de las titulaciones, PRE_003 Elaboración del Informe de Gestión y programa de actuación y PRE_004 Revisión del SIGC del centro.

Se recoge un conjunto de datos en el Cuadro de Indicadores organizados por proceso, sin embargo, en estos momentos se trata de una herramienta mejorable: existen indicadores poco relevantes para medir la eficacia de los procesos en cuestión, algunos valores umbrales no guardan coherencia con los datos recogidos y en algunos casos se marcan valores ‘objetivo’ excesivamente ambiciosos (incrementar una tasa de rendimiento en 10% en un año, por ejemplo). Ver en este sentido el apartado D1.1.7.

D6.2.2 El centro realiza un análisis sistemático de todos esos datos en relación a los objetivos definidos para el centro considerando también la información del entorno económico, social y científico.

Aquí reside una de las debilidades centrales del sistema en su estado actual. Si bien el análisis a nivel de cada titulación individual (en los IECs) es detallado, el análisis a nivel global de centro es insuficiente. El Informe de Gestión Anual, que debería ser el documento que sintetice y analice los resultados de la Facultad en su conjunto, se limita a recoger datos agregados de matrícula o movilidad, pero no realiza un análisis transversal de los resultados de aprendizaje, la inserción laboral o la satisfacción de los grupos de interés.

El Informe de Gestión debería recopilar al menos un resumen de las principales conclusiones alcanzadas en los informes individuales de cada título, analizando la oferta formativa de forma transversal a la luz de estas conclusiones (ver recomendaciones en D1.1.7), una valiosa oportunidad para el diagnóstico estratégico.

Acción de especial seguimiento:

Replantear el Cuadro de Indicadores para que el conjunto de indicadores definidos sea de utilidad para la medición de la eficacia de los procesos y los valores umbrales sean coherentes con la realidad del Centro. (ver también D1.1.7).

Criterio 6.3: Toma de decisiones

SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO

Estándar:

El centro realiza la toma de decisiones basada en la recopilación y análisis de la información y resultados obtenidos.

D6.3.1 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.

El proceso de mejora del centro se articula fundamentalmente a través del Programa Anual de Actuaciones que se construye conforme al proceso PRE_003 Elaboración del Informe de Gestión y programa de actuación a partir de las conclusiones obtenidas en el Informe Anual de Gestión. No obstante, el Programa Anual de Actuaciones se limita a recoger las acciones estratégicas del Plan Estratégico que se pretende desarrollar en la anualidad. Este programa no recoge acciones derivadas de los planes de innovación y mejora (PAIM) de

cada título, de la revisión del SIGC, de informes externos recibidos o del análisis conjunto de la oferta formativa.

Se estima necesario que el Informe Anual de Gestión y el Programa Anual de Actuaciones tenga un mayor alcance cubriendo los avances realizados y las necesidades de actuación a nivel de planificación estratégica, de cada titulación, del centro en su conjunto y del SIGC (ver recomendaciones en D1.1.7).

No se ha evidenciado hasta la fecha una revisión formal de la Política de Calidad con la participación de los representantes de los grupos de interés.

Acción de especial seguimiento:

- Dentro de los procesos anuales del Centro, asegurar una revisión periódica formal de la Política de Calidad, junto con los representantes de los grupos de interés, para velar por su continuada relevancia y adecuación. (ver también D1.1.3)
- Asegurar un análisis periódico transversal de la oferta formativa del Centro para valorar su adecuación a las necesidades del mercado laboral (ver también D1.1.7).

D6.3.2 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.

La información proporcionada por el SIGC se utiliza en la revisión y análisis de cada título dando lugar a planes de innovación y mejora (PAIM) para cada uno. Como se ha comentado en el apartado anterior, surgen más dudas respecto a la utilización de esta información a la hora de configurar el Programa Anual de Actuaciones del Centro. Por lo tanto, está claro el ciclo de mejora continua para cada titulación, pero no a nivel de Centro (ver recomendaciones en D1.1.7) donde la toma de decisiones no parece estar suficientemente apoyada en la información del SIGC.

El hecho de que el Programa Anual de Actuaciones no se derive del análisis de los resultados del año anterior evidencia que las decisiones operativas principales no están, en la práctica, basadas en la información recopilada por el sistema.

Hasta la fecha no se ha evidenciado un proceso de análisis de la oferta formativa del Centro para valorar su adecuación y relevancia.

Recomendación:

Incluir en los procesos de análisis de resultados del centro una revisión de los resultados de las titulaciones recogidas en los procesos de seguimiento de estas, para identificar necesidades transversales y definir los objetivos de mejora considerados necesarios a nivel de Centro. (ver también D1.1.7).

D6.3.3 El SIGC facilita la elaboración de informes internos de seguimiento del centro (informe de revisión por la dirección) que conducen al diseño de planes de mejora, en los que se incluye, al menos, un conjunto de acciones destinadas a satisfacer las necesidades detectadas, los responsables del desarrollo de dichas acciones, un plazo de ejecución, y un sistema de seguimiento y medición de su ejecución.

El SIGC facilita la elaboración de informes (IECs, Informe de Revisión del SIGC). Y estos informes contienen planes de mejora (PAIMs, Plan de Mejora del SIGC). Sin embargo, la conexión entre ellos es débil. Como se ha expuesto, el plan de mejora más importante para la gestión del centro, el Programa Anual de Actuaciones, no se deriva de los hallazgos de los informes de seguimiento. Se observa una ruptura en la cadena "análisis → plan de

mejora → plan de actuación", lo que constituye el punto más crítico del sistema en su estado actual. Asimismo, se recomienda revisar el formato del Programa Anual de Actuaciones para incluir información más precisa sobre los plazos establecidos, su realización y la medición de su ejecución.

Recomendación:

Reforzar la función del Programa de Anual de Actuaciones para recoger objetivos de mejora a partir de los resultados del Sistema de Calidad. (ver también D1.1.7)

DIMENSIÓN 7: TRANSPARENCIA, DIFUSIÓN DE ACTIVIDADES Y PROGRAMAS Y RESULTADOS

Criterio 7.1: Transparencia, difusión de actividades y programas y resultados

SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO

Estándar:

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

D7.1.1 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...).

Además de aplicar la Instrucción transversal de la UNIZAR IT_002 *Información pública de las titulaciones oficiales*, la FCST también ha desarrollado los protocolos propios PRA_005 *Comunicación interna y externa* e ITA_005_001 *Gestión de la página web de calidad del Centro*.

El citado procedimiento propio establece los canales de comunicación a emplear, la información a publicar y los grupos de interés a los que va dirigida la información. Se evidencia la implantación del procedimiento y de la instrucción técnica correspondiente, contando el centro con una web bastante completa.

En cuanto a la rendición de cuentas más formal, el centro ha formalizado el proceso a través del procedimiento estratégico PRE_003: *Elaboración del Informe de Gestión y Programa de Actuación*. Este procedimiento establece una sistemática anual clara: el equipo de dirección, utilizando como fuente los distintos informes y resultados generados por el SIGC, elabora un informe de gestión que es presentado y sometido a aprobación en la Junta de Facultad para, posteriormente, ser publicado en la web del centro. Este mecanismo asegura un ejercicio de responsabilidad y transparencia ante los grupos de interés representados en la Junta y ante la sociedad en general a través de su publicación.

D7.1.2 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...).

De acuerdo con lo establecido por la PRA_005 *Comunicación interna y externa*, la instrucción técnica asociada, ITA-001 *Gestión de la página web del centro*, y el procedimiento transversal de la UNIZAR, la FCST se compromete a publicar información sobre los siguientes aspectos de sus titulaciones oficiales y otras actividades desarrolladas por el centro:

- Política y objetivos de calidad del centro
- Documentación del Sistema de Garantía Interna de Calidad (SIGC) de la FCST
- Plan de Orientación Universitaria (POUZ)
- Oferta de estudios
- Procedimientos de acceso y admisión de estudiantes
- Becas y ayudas al estudio
- Prácticas externas
- Resultados de cada titulación (aprendizaje, inserción laboral, satisfacción de los grupos de interés, evaluaciones externas)
- Programas de movilidad
- Transferencia e investigación en la FCST
- Procedimiento de sugerencias, quejas y alegaciones
- Proyección social de la FCST (actividades, conferencias, actos institucionales...)
- La aplicación de estos procedimientos e instrucciones (propios e institucionales) 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. En algunos casos a nivel de Centro y en otros casos de forma transversal para toda la Universidad.

Recomendación:

Incorporar al Sistema de Calidad un proceso periódico para comprobar y valorar la información publicada en la página web para asegurar la presencia de la información requerida, la actualización de la misma y el grado de cumplimiento de las necesidades de los grupos de interés.

D7.1.3 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.

La documentación del SIGC es completa y relativamente actualizada. Los procedimientos disponibles, tanto transversales como propios, reflejan el contenido del Mapa de Procesos. Las últimas versiones de todos los documentos del Sistema están publicadas en el apartado de la página web del centro dedicado a la 'Calidad y sostenibilidad'. Dicho apartado contiene tres subapartados específicamente dedicados a calidad: Calidad del Centro, Calidad de las

titulaciones, y Calidad de los servicios. En estos subapartados no sólo se publica información sobre el diseño el SIGC (política y objetivos de calidad, manual de calidad, mapa de procesos, manual de procedimientos), sino que también se aportan los informes derivados de su implantación (informes de gestión y programas de actuación, informes de evaluación y planes de mejora de cada título, composición de las comisiones, carta de servicios, ...).

Sin embargo, se ha detectado una deficiencia importante en la implementación de este principio: algunos documentos de evidencia clave, como se indica en el Autoinforme, están enlazados a un servicio de almacenamiento en la nube de la universidad (Cloud.unizar.es) que requiere autenticación. Esto impide el acceso real y directo por parte de grupos de interés externos (empleadores, futuros estudiantes, sociedad en general), que no disponen de credenciales, contraviniendo el principio de información pública plenamente accesible. Asimismo, aunque hay un apartado dedicado a indicadores, los enlaces no funcionan y no puede accederse a esta información.

Recomendación:

Mejorar el acceso a la información sobre indicadores en la web del Centro.

D7.1.4 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 PRA_005 *Comunicación interna y externa* tiene asignado un conjunto de indicadores para medir la eficacia de la comunicación externa. Los indicadores son analizados anualmente mediante el proceso de Revisión del Sistema que cuenta con la participación de los representantes de los grupos de interés. Sin embargo, se tratan de indicadores meramente cuantitativos por lo que podría mejorar el aspecto de la calidad de la información de cara a los grupos de interés.

Ni el citado procedimiento ni la ITA_005_001 *Gestión de la página web de calidad del Centro* hacen referencia a una revisión y mejora periódica de la información pública por lo que entiende que se lleva a cabo una revisión cuando alguno de los indicadores no alcanza su valor mínimo. Sin embargo, la evidencia más clara de un ciclo de mejora funcional es la actuación descrita en el Autoinforme: como respuesta a las recomendaciones de una auditoría interna, la Facultad ha habilitado una encuesta específica en su página web para recabar de forma sistemática la percepción de los usuarios sobre la misma.

El modelo de informe anual de evaluación de las titulaciones (IEC) contemplado en el proceso propio PRE-002 de acuerdo con 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 informe de gestión anual del centro no incorpora ningún apartado específico dedicado a este tema, si bien el plan estratégico vigente incorpora el objetivo “Establecer canales eficientes de comunicación y difusión de la información que ponga en valor la calidad del Centro” que se desagrega en 4 acciones estratégicas. Algunas de estas se recogen en los planes de actuación anuales del centro.

Recomendación:

Distinguir en el proceso PRA_005 *Comunicación interna y externa* los canales de comunicación dirigidos al conjunto de grupos de interés y los canales utilizados para gestionar la comunicación con los grupos de interés internos. Podría incluso señalarse, para cada canal, no sólo los responsables si no también los grupos de interés a los que va dirigido.

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.	SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO
DIMENSIÓN 3: IMPARTICIÓN DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS	
Criterio 3.1: Orientación de sus enseñanzas a los estudiantes.	SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO
DIMENSIÓN 4: GARANTÍA Y MEJORA DE SU PERSONAL ACADÉMICO Y DE APOYO A LA DOCENCIA	
Criterio 4.1: Garantía y mejora de su personal académico y de apoyo a la docencia.	SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO
DIMENSIÓN 5: GARANTÍA Y MEJORA DE LOS RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS	
Criterio 5.1: Garantía y mejora de los recursos materiales y servicios.	SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO
DIMENSIÓN 6: RESULTADOS. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	
Criterio 6.1: Recopilación de la información generada.	SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO
Criterio 6.2: Análisis de la información y resultados.	SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO
Criterio 6.3: Toma de decisiones.	SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO
DIMENSIÓN 7: TRANSPARENCIA, DIFUSIÓN DE ACTIVIDADES Y PROGRAMAS Y RESULTADOS	
Criterio 7.1: Transparencia, difusión de actividades y programas y resultados.	SUFICIENTEMENTE IMPLANTADO

Fdo. Javier González Benito

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

ANEXO I

INFORMACIÓN SOBRE LA VISITA REALIZADA VIRTUALMENTE A LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO

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	IRENE BELMONTE MARTÍN	UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE Profesora Titular de la Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas	DOCTORA EN EL ÁMBITO DE CIENCIAS SOCIALES, COMPORTAMIENTO Y ESTUDIOS DE GÉNERO. HA OSTENTADO CARGOS DE SUBDIRECTORA DE DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS Y VICEDECANA DEL GRADO DE CIENCIAS POLÍTICAS Y GESTIÓN PÚBLICA. EVALUADORA EN AVAP.
Vocal Estudiante	GUILLERMO JÁÑEZ CUERVO	UNIVERSIDAD OBERTA DE CATALUNYA Máster en Dirección y Gestión de Recursos Humanos	GRADO EN RELACIONES LABORALES Y RECURSOS HUMANOS. MÁSTER EN DERECHO. MÁSTER EN PRL. EVALUADOR DE DIFERENTES AGENCIAS DE CALIDAD: MADRID, VALENCIA, ANDALUCÍA, CASTILLA LEÓN Y CATALUÑA.
Vocal experto internacional en Calidad	ANDREW BRIAN TUNNICLIFFE	EDUPLUS Director/Consultor de Calidad en Educación Superior	CONSULTOR DE CALIDAD EN EDUCACIÓN SUPERIOR. MÁSTER EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN. ADJUNTO A RECTOR EN INTERNACIONALIZACIÓN Y CALIDAD EN USJ (2013-2020) Y RESPONSABLE DE UNIDAD TÉCNICA DE CALIDAD EN USJ (2006-2013). EVALUADOR DE Agencias de Calidad (AQU, UNIBASQ, ACPUA).

Prestarán ayuda técnica al panel Belén Serrano Valenzuela (técnica de calidad e internacionalización de la ACPUA), quien ejercerá de secretaria, y Mariano Aspas Aspas (técnico de calidad de enseñanzas de la ACPUA).

Todos los miembros del panel cumplen con los requisitos de selección exigidos en el Programa PACE-SIGC de la APCUA y antes de desempeñar sus funciones firmarán el correspondiente Código Ético de la Agencia.

PROGRAMA DE LA VISITA VIRTUAL: 19 de septiembre de 2025

Agenda de la visita virtual					
FECHA:	19 DE SEPTIEMBRE DE 2025				
HORARIO	CONTENIDO	PERSONAS DE LA INSTITUCIÓN	TEMAS A TRATAR	MODERADOR/A PANEL	OBS
9:00 – 9:15	REUNIÓN PRIVADA DEL PANEL DE VISITA				
	PREPARACIÓN DE LA CONEXIÓN	COORDINADOR DE LA FACULTAD Y REPRESENTANTES INSTITUCIONALES	COMPROBACIÓN DE LA CONEXIÓN, SALAS DE REUNIÓN, PLATAFORMA...	PERSONAL DE ACPUA Y PANEL	
9:15- 9:30	PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL	JOSÉ ALBERTO NICOLÁS BERNAD, DECANO LUIS MORELLÓN ALQUÉZAR, VR. POLÍTICA ACADÉMICA	BIENVENIDA INSTITUCIONAL	CRISTINA RODRÍGUEZ (DIRECTORA DE ACPUA) PANEL	
9:30- 10:15	RESPONSABLE DEL PROGRAMA PACE – SIGC EN EL CENTRO	JOSÉ ALBERTO NICOLÁS BERNAD, DECANO PATRICIA EUGENIA ALMAGUER KALIXTO, DELEGADA DEL DECANO DE INVESTIGACIÓN Y CALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> 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	
10:15- 10:30	REUNIÓN PRIVADA DEL PANEL DE VISITA				
	PREPARACIÓN DE LA CONEXIÓN	COORDINADORA DE LA FACULTAD Y RESPONSABLES DEL SIGC	COMPROBACIÓN DE LA CONEXIÓN, SALAS DE REUNIÓN, PLATAFORMA...	PERSONAL DE ACPUA Y PANEL	
10:30- 11:15	ENTREVISTA PERSONAS CON RESPONSABILIDAD DENTRO DEL SIGC	ÁNGEL PASCUAL SANZ, ADMINISTRADOR MARÍA PILAR TAJADA RODRIGO, JEFA DE NEGOCIADO DE CALIDAD ANTONIO EITO MATEO, VICEDECANO DE TRABAJO SOCIAL Y PRÁCTICAS EXTERNAS Y COORDINADOR DEL GRADO DIANA VALERO ERRAZU, COORDINADORA DEL MÁSTER EN RELACIONES DE GÉNERO PABLO JARNE MUÑOZ, VICEDECANO DE RELACIONES LABORALES Y RECURSOS HUMANOS Y COORDINADOR DEL GRADO RAMÓN HERMOSO TRABA, COORDINADOR DEL MÁSTER UNIVERSITARIO EN GESTIÓN ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS EDUARDO SANZ ARCEGA, VICEDECANO DE ESTUDIANTES, INFRAESTRUCTURAS Y MOVILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> 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	
11:15- 11:30	REUNIÓN PRIVADA DEL PANEL DE VISITA				
	PREPARACIÓN DE LA CONEXIÓN	COORDINADORA DE LA FACULTAD Y PROFESORADO	COMPROBACIÓN DE LA CONEXIÓN, SALAS DE REUNIÓN, PLATAFORMA...	PERSONAL DE ACPUA Y PANEL	

Agenda de la visita virtual					
FECHA:	19 DE SEPTIEMBRE DE 2025				
HORARIO	CONTENIDO	PERSONAS DE LA INSTITUCIÓN	TEMAS A TRATAR	MODERADOR/A PANEL	OBS
11:30-12:00	ENTREVISTA PROFESORADO	GEOVANNY CASTRO AISTIZABAL, PROF. AYUDANTE DOCTOR. ÁREA DE ECONOMÍA APLICADA CHAIME MARCUELLO SERVÓS, PROF. TITULAR. ÁREA DE TRABAJO SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES DIEGO FÉLIX GASTÓN FACI, PERS. PERMANENTE LABORAL, ÁREA DE SOCIOLOGÍA MARÍA JOSÉ GÓMEZ POYATO, PROF. AYUDANTE DOCTOR, ÁREA DE TRABAJO SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES AMALIA RAQUEL PÉREZ NEBRA, PROF. AYUDANTE DOCTOR, ÁREA DE PSICOLOGÍA SOCIAL ÁNGELA CRISTINA ASENSIO MARTÍNEZ, PERS. PERMANENTE LABORAL, ÁREA DE PSICOLOGÍA SOCIAL MARÍA ESTHER LÓPEZ RODRÍGUEZ, PERMANENTE LABORAL, ÁREA DE TRABAJO SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES, PERS. ESPERANZA GARCÍA UCEDA, PROFESOR CONTRATADO DOCTOR, ÁREA ORGANIZACIÓN DE EMPRESAS	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	
12:00-12:30	DESCANSO DEL PANEL				
	12:15 PREPARACIÓN DE LA CONEXIÓN	COORDINADOR DE LA FACULTAD Y ESTUDIANTE	COMPROBACIÓN DE LA CONEXIÓN, SALAS DE REUNIÓN, PLATAFORMA...	PERSONAL DE ACPUA Y PANEL	
12:30-13:00	ENTREVISTA ESTUDIANTE	JUAN CARLOS BLASCO NUÑEZ, 3º GRADO EN TRABAJO SOCIAL GEMMA ZAPATA ZAPATA, MU EN RELACIONES DE GÉNERO DANIEL CASTILLO TRENCO, 3º GRADO RELACIONES LABORALES LUZIANA LOMBARDI MUÑOZ, 3º GRADO RELACIONES LABORALES ÁLVARO POZO ALIAGA, 2º GRADO RELACIONES LABORALES ISABEL SANZ LASO, 2º GRADO EN TRABAJO SOCIAL CARLOS GONZALO BRAVO GARRIDO, 2º GRADO EN TRABAJO SOCIAL MARÍA SOGUERO TORTAJADA, MU EN GESTIÓN ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> ● CONOCIMIENTO DEL SIGC ● MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN EN EL SIGC ● INSTALACIONES RECURSOS ● ENCUESTAS. FEEDBACK ● SATISFACCIÓN CON EL CENTRO (PROGRAMAS FORMATIVOS, INFORMACIÓN PÚBLICA...) ● APOYO Y ORIENTACIÓN ESTUDIANTE ● CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL CENTRO ANTE RECLAMACIONES 	PANEL Y ACPUA	
13:00-13:15	DESCANSO DEL PANEL				
	PREPARACIÓN DE LA CONEXIÓN	COORDINADOR DE LA FACULTAD Y EMPLEADORES/EGRESADOS	COMPROBACIÓN DE LA CONEXIÓN, SALAS DE REUNIÓN, PLATAFORMA...	PERSONAL DE ACPUA Y PANEL	
13:15-13:45	ENTREVISTA EMPLEADORES / EGRESADOS	CARLOS GÓMEZ BAHILLO, PRESIDENTE DE CÁRITAS ARAGÓN-LA RIOJA FRANCISCO JOSÉ GALÁN CALVO, DIRECTOR TÉCNICO DEL ÁREA DE SALUD MENTAL EN FUNDACIÓN REY ARDID. CONCEJAL AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	

Agenda de la visita virtual					
FECHA:	19 DE SEPTIEMBRE DE 2025				
HORARIO	CONTENIDO	PERSONAS DE LA INSTITUCIÓN	TEMAS A TRATAR	MODERADOR/A PANEL	OBS
		LUÍS GARCÍA ARRAZOLA, TÉCNICO DEL SERVICIO DE BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO, DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE ZARAGOZA JOSÉ MANUEL ALONSO LATASA, TÉCNICO DE EMPLEO DE LA DGA ESMERALDA ASCENCIO GUADALUPE, EXALUMNA MÁSTER DE GÉNERO, TRABAJADORA EN ACCEM (ONG) ANA BELÉN MARCOS FAUS, EXALUMNA GRADO TRABAJO SOCIAL, FUNDACIÓN LA CARIDAD DALILA ROBAYO ZAMBRANO, EXALUMNA, GRADO TRABAJO SOCIAL, DIRECTORA DE LA DELEGACIÓN ARAGÓN DE LA FUNDACIÓN MARÍA AUXILIADORA. GREGORIO GARCIA-CARPINTERO BROTO, EXALUMNO, GRADO TRABAJO SOCIAL, TRABAJA EN CÁRITAS HUESCA.			
13:45-14:00	DESCANSO DEL PANEL				
	PREPARACIÓN DE LA CONEXIÓN	COORDINADOR DE LA FACULTAD Y PTGAS	COMPROBACIÓN DE LA CONEXIÓN, SALAS DE REUNIÓN, PLATAFORMA...	PERSONAL DE ACPUA Y PANEL	
14:00-14:30	ENTREVISTA PERSONAL TÉCNICO DE GESTIÓN Y DE ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS	MARÍA JOSÉ CANTERO GISTAU, JEFA DE NEGOCIADO ADMINISTRATIVO MARÍA LUISA LOZANO LANGA, JEFA DE NEGOCIADO ACADÉMICO MARÍA ELENA BARCELONA ZABAY, SECRETARIA DE DECANATO RAÚL GÁLVEZ CUBRÍA, DIRECTOR DE BIBLIOTECA FRANCISCO JAVIER ARANDA MELÉNDEZ, ENCARGADO DE CONSERJERÍA	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	
14:30-14:45	RESPONSABLE DEL PROGRAMA PACE/ Y DEL SIGC	JOSÉ ALBERTO NICOLÁS BERNAD, DECANO PATRICIA EUGENIA ALMAGUER KALIXTO, DELEGADA DEL DECANO DE INVESTIGACIÓN Y CALIDAD	FEEDBACK Y ACLARACIONES	PANEL Y ACPUA	
14:45-15:00	TRABAJO FINAL DEL PANEL Y CIERRE DE LA VISITA				

ANEXO II.- PLAN DE MEJORA



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

ENTRADA GOBIERNO DE ARAGÓN
000001180 - REGISTRO GMAI OTO HACIENDA Y AP. EPIGNATELLI (REGIS)
07/11/2025 09:46
E20250303270
08V67787P57H9121NEM
VALIDA ORIGEN - 07/11/2025 Nº REGISTRO 000000227273

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

Recibida con fecha 14 de octubre de 2025 la Propuesta de Informe de evaluación PAGE-SIGC, (Programa ACPUA de Certificación de Sistemas de Garantía Interna de Calidad de los Centros Universitarios), para la Certificación de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, se elabora un PLAN DE MEJORA en relación con los aspectos de especial seguimiento y con 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 Sociales y del Trabajo.

Se creó un grupo de trabajo formado por la Responsable de Calidad y el Administrador del Centro, 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 sesión de 6 de noviembre de 2025 del Comité de Calidad se revisan las sugerencias y correcciones aportadas y, finalmente, se aprueba el Plan de Mejora definitivo.

El Plan viene orientado por las observaciones realizadas por la Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón (ACPUA) en su Propuesta de Informe de la Subcomisión de Evaluación de Centros (SEC) sobre la evaluación para la implantación del Sistema de Garantía en la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, como la dinámica de mejora continua que el centro quiere dotar a su Sistema Interno de Garantía de Calidad.

En cuanto al periodo de implantación de estas acciones, se han implementado tres acciones de mejora (números 4, 6 y 9), y se está empezando a trabajar en seis de las acciones propuestas (1, 2, 3, 8, 17 y 21). El resto de las diecinueve acciones tiene una programación prevista según se indica en el propio documento.

Las evidencias de implantación de cada una de las acciones descritas en el Plan de Mejora se irán recogiendo en una subcarpeta en NextCloud con nombre "Plan de Mejora".

Código auténtico de documento firmado digitalmente. Puede verificar su autenticidad en <http://valido.unizar.es/cve/27e789b78b20881559241da0116335bd>

CÓDIGO: 27e789b78b20881559241da0116335bd	Organismo: Universidad de Zaragoza	Página: 1 / 1	
Firmado electrónicamente por	Cargo o Rol	Fecha	
JOSE ALBERTO NICOLÁS BERNAD	Decano de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo	08/11/2025 13:12:00	



99075427c776877cd0c3caa1873637c2

University of
California

PLAN DE MEJORA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
RELACIONES EN RELACIÓN CON LA PROUESTA DE INFORME DE LA SEC DE LA ACQUA DE FECHA
10 DE OCTUBRE DE 2025

[illegible]

ENTRADA GOBIERNO DE
ARAGON
050001120 - REGISTRO GIAL
DIO HACIENDA Y AP-
E PINATELLI (REGIS)


07/11/2023 09:48

20250365276

HYBRIDPOINTATREFI


1. **ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΛΤΙΑ** - 07/11/2022:
 1. **ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΛΤΙΑ** - 07/11/2022:

[illegible]

CSV: 00b75a27c76077c0c3cee878687c2	Organismo: Universidad de Zaragoza	Página: 1 / 3	
Firmado electrónicamente por	Cargo o Rol	Fecha	
JOSE ALBERTO NICOLAS BERNAD	Decano de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo	00/11/2025 18:13:00	



[illegible][illegible]

CEV:66b76a27c716d007bdcacae1a7a2c2	Organismo: Universidad de Zaragoza	Página: 2 / 2	
Firmado electrónicamente por	Cargo o Rol	Fecha	
JOSE ALBERTO NICOLÁS BERNAD	Decano de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo	06/11/2025 12:32:20	

[illegible]