

Sra. Dña. Hikmate Abriouel Hayani
Vicerrectora de Coordinación y Calidad de las Enseñanzas
Universidad de Jaén


Referencia: Seguimiento IMPLANTA
Asunto: Remisión informe de evaluación

Adjunto, se remite el informe de evaluación correspondiente a la convocatoria de Seguimiento del programa IMPLANTA, relativo a la Universidad de Jaén:

- 23005219 Facultad de Ciencias de la Salud.

En Córdoba, a fecha de la firma electrónica
EL JEFE DEL SERVICIO DE
APOYO A LA COMISIÓN TÉCNICA

Código Seguro de Verificación:R2U2TDLW3H4HJUNGZVBQ6M9BHF7FQA. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma>

FIRMADO POR	EVARISTO GRACIANO GAMERO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDLW3H4HJUNGZVBQ6M9BHF7FQA	PÁGINA	1/1
			

Informe de Seguimiento del SGC Certificado
Convocatoria enero 2022

1. DATOS DEL CENTRO:

ID. Centro: 23005219 – Denominación: Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad Solicitante: Universidad de Jaén


Títulos oficiales bajo el alcance del SGCC

Código RUCT	Denominación del título oficial	Universidades participantes (en caso títulos conjuntos)
2501154	Graduado o Graduada en Enfermería por la universidad de Jaén	
2501050	Graduado o Gradada en Fisioterapia por la Universidad de Jaén	

2. ÁMBITO NORMATIVO:

Este proceso de seguimiento se realiza en el marco, de creación, reconocimiento y autorización de Universidades y Centros universitarios, y acreditación institucional de Centros universitarios, regulado por el **Real Decreto 640/2021, de 27 de julio**, donde se establece en su art 14 8. que, en el procedimiento de evaluación de la renovación de la acreditación institucional deberá emitirse informe por un panel de expertos externos e independientes de la institución que solicite la acreditación, nombrados por la ANECA o por la agencia de calidad correspondiente. El procedimiento que desarrollen las agencias para llevar a cabo la renovación de la acreditación institucional de Centros seguirá el protocolo general que, a propuesta del Ministerio de Universidades, se ha establecido en el seno de la Conferencia General de Política Universitaria. Asimismo, se deberán tener presentes todos los informes de seguimiento de las diversas titulaciones oficiales ofertadas en el Centro, así como los informes de la ANECA y de la correspondiente agencia de calidad emitidos en ese período de seis años con relación a los diferentes títulos oficiales ofertados. La ANECA y los órganos de evaluación externa de las Comunidades Autónomas se facilitarán mutuamente información relativa a dichas evaluaciones. La Agencia Andaluza del Conocimiento (AAC), de conformidad con lo dispuesto en la Ley 16/2007, de 3 de diciembre, Andaluza de Ciencia y Conocimiento, tiene atribuidas las competencias de evaluación y acreditación de las actividades universitarias.

La Dirección de Evaluación y acreditación (DEVA-AAC), como órgano competente, efectúa esta evaluación a través de la designación de comisiones de personas expertas competentes para evaluar las solicitudes de seguimiento, externas al sistema universitario andaluz, designadas al efecto, aplicando los criterios establecidos tanto en la **Resolución de 7 de marzo de 2018, de la**

Código Seguro de Verificación:R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	1/23
			



Secretaría General de Universidades, como en el anexo sobre seguimiento aprobado por el Comité Técnico de Evaluación y Acreditación (CTEyA) de 3/12/2021 de la "**Guía para la certificación de sistemas de garantía de la calidad implantados en los Centros de las Universidades andaluzas. Programa IMPLANTA-SGCC**", aprobada por el CTEyA el 29 de junio de 2021.

3. CONTENIDO DE LA EVALUACIÓN:

Evaluada previamente la información aportada por la Universidad y según el procedimiento establecido por la DEVA, la Comisión de evaluación del seguimiento emite el siguiente informe:

1. Contexto del Centro

Tanto la Universidad de Jaén como la Facultad de Ciencias de la Salud tienen una cultura de calidad con un gran compromiso institucional de sus equipos directivos y un recorrido ya de muchos años atrás. El Centro presenta una buena trayectoria académica siendo uno de los Centros pioneros en conseguir una certificación vía AUDIT-ANECA y dispone de una implantación desarrollo y revisión del SGC satisfactorio con una revisión del SGC y con rendición de cuentas por los órganos competentes.

El Centro ha realizado un gran esfuerzo por realizar mejoras y realizar una revisión completa de SGC siguiendo las directrices del programa Implanta.

La Facultad dispone de una política de calidad definida institucionalmente, de acceso público y alineada con las directrices y objetivos de la UJA.

La Facultad ha optimizado todo el SGC y ha agilizado la gestión de calidad, simplificando procedimientos y modificando la composición y funciones de sus órganos competentes en gestión de calidad que permite optimizar las actividades de revisión seguimiento y mejora de los títulos implantados en el Centro.

La Facultad presenta suficientes evidencias sobre los procesos de seguimiento descritos en el SGC y todos estos se encuentran debidamente documentados y permiten evaluar los objetivos planteados y los resultados alcanzados en las acciones de mejora implementadas.

2. Revisión del Sistema de Garantía de Calidad del Centro (SGCC)

Cambio realizado/propuesto: Simplificación de todo su SGC para convertirlo en una herramienta de gestión útil y comprensible, que además agilice la gestión de la calidad en el marco de los criterios y directrices del modelo IMPLANTA-DEVA.

Se acepta. *El cambio está fundamentado en el análisis de los resultados de la continua aplicación y revisión del sistema. Se aportan evidencias que sustentan este cambio y son adecuadas.*

Motivación:

Se ha buscado optimizar el funcionamiento ajustándolo a la gestión real del Centro, reduciendo el número de comisiones, las funciones asignadas y su composición para ampliar la representación de

Código Seguro de Verificación: R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	2/23
			



grupos de interés, con un práctico despliegue de todo lo necesario en muy diversos y numerosos documentos y cuadros de indicadores (bien referenciados y conectados para su mejor puesta en relación y trazabilidad), que además se han visto simplificados lo que viene a facilitar las actividades de revisión, seguimiento y mejora de la calidad.

Cambio realizado/propuesto: Potenciar el desarrollo del SGC del Centro por ciclos de gestión para facilitar su funcionamiento.

Se acepta. El cambio está fundamentado en el análisis de los resultados de la continua aplicación y revisión del sistema. Se aportan evidencias que sustentan este cambio y son adecuadas.

Motivación:

Promover una ejecución de las actividades de los procedimientos y las de revisión, que generen planes de mejora del Centro por ciclos de gestión e Informes de Revisión Anual del SGC del Centro, que además al ser más integradores y transversales contribuyan a alinearse con los de la Universidad y a una toma de decisiones relacionadas en temas de riesgos, oportunidades, rendición de cuentas y detección de posibles mejoras.

Cambio realizado/propuesto: Inclusión de nuevos procedimientos sobre gestión de riesgos inesperados (ej. COVID).

Se acepta. El cambio está fundamentado en el análisis de los resultados de la continua aplicación y revisión del sistema. Se aportan evidencias que sustentan este cambio y son adecuadas.

Motivación:

Ante la aparición de la pandemia se ha buscado promover una contemplación especial sobre gestión de riesgos, para establecer protocolos y formularios de identificación, análisis y generación de acciones que se propongan para su inclusión en los planes de mejora.

3. Revisión de la Gestión de la Calidad Interna del Centro

CRITERIO 1. INFORMACIÓN PÚBLICA

El Centro tiene implantados procesos que garantizan la publicación de información actualizada de sus actividades y resultados de los programas formativos.

Se considera **satisfactorio** teniendo en cuenta el poco tiempo disponible desde la modificación del SGC hasta la presentación de este informe. El sistema de quejas y sugerencias no ha permitido obtener información ya que nos es el canal que se utiliza por los diferentes colectivos.

1.1. El Centro aporta información y evidencia los cambios o actualizaciones de la información que publica. Esta información está basada en los resultados de los indicadores que el SGC ofrece en el periodo de tiempo transcurrido desde la certificación del SGC y el seguimiento.

Código Seguro de Verificación:R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	3/23



El Centro aporta información y evidencia los cambios o actualizaciones de la información que publica. Esta información está basada en los resultados de los indicadores que el SGC ofrece en el periodo de tiempo transcurrido desde la certificación del SGC y el seguimiento.

Se evidencia que la totalidad de los cambios o actualizaciones de la información publicada está basada en los resultados de los indicadores que el SGCC ofrece en el periodo de tiempo desde la certificación del SGCC y el seguimiento.

Motivación:

La Facultad de Ciencias de la Salud dispone de un procedimiento de Información Pública (PE02) relativa a los títulos que imparte que se aprobó el 13 diciembre de 2021, que está vinculado con el procedimiento PA01 de Gestión de la Información y Análisis de Resultados y con el procedimiento PE01 (el enlace te manda al de CC Experimentales) de Planificación, Revisión y Mejora del Sistema de Garantía de Calidad que incluye apartados específicos de rendición de cuentas, revisión de procedimientos y elaboración de un Plan de Mejoras.

Son responsables de la información a publicar la Comisión de Garantía de Calidad del Centro y el Equipo de Dirección. A diferencia del Sistema de Garantía de Calidad anterior si se han establecido indicadores que permiten evaluar las posibles mejoras a desarrollar en este ítem como el número de no-conformidades anuales identificadas en las auditorías realizadas a la información publicada en la web del Centro /Título y en los Indicadores Clave del Seguimiento de garantía de Calidad del Centro que incluyen los resultados de atención de quejas, reclamaciones y sugerencias y la realización del plan de acciones correctivas resultante del informe de auditoría interna.

Toda la información necesaria está accesible en la página web, en el Boletín informativo periódico de la Facultad (desde febrero de 2021) y/o en la documentación aportada y acorde con lo previsto en el SGC y en su Informe de Revisión Anual del SGC del Centro. Además, concretamente, se ha modificado el Procedimiento de Información Pública, que ha pasado de proceso clave a estratégico y queda mejor referenciado y relacionado. Todo ello pone de manifiesto que la mayor parte de la documentación está organizada de forma correcta, con medidas de garantía de calidad y equidad y acorde con lo previsto en los protocolos y procedimientos correspondientes.

1.2. El Centro, o los responsables asignados toman decisiones sobre la información que se publica teniendo en cuenta la participación, la utilidad de la información y las necesidades detectadas de los diferentes grupos de interés.

La mayoría de las decisiones adoptadas sobre la información publicada se realiza por los responsables y se tiene en cuenta la información y necesidades la mayoría de los grupos de interés.

Motivación:

La aplicación del procedimiento de Información Pública puede comprobarse en la página web del Centro en la que están disponibles tanto las auditorías, como los informes de satisfacción y los planes de mejora de los títulos.

Código Seguro de Verificación:R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	4/23



Existe una definición clara de la cadena de responsabilidades y funciones (personas y órganos colegiados) en la gestión del SGC de la Facultad, así como de determinación e implicación para propiciar la participación de los grupos de interés asociados a cada proceso y fases definidas. No obstante, prima la participación de los grupos de interés internos sobre los externos.

1.3. El Centro evalúa, analiza y revisa el resultado de las decisiones adoptadas sobre Información Pública (IP) periódicamente.

Se evidencia el análisis y revisión del resultado de las decisiones adoptadas sobre IP periódicamente.

Motivación:

En la página web del Centro está disponible un análisis de los resultados del Plan de Mejora del Centro.

Hay una revisión periódica de la información pública y de las acciones de mejora propuestas regularmente acorde con lo previsto en los protocolos y procedimientos correspondientes, con buenos ejemplos en cuanto a la información relevante a publicar y dirigida a los diferentes grupos de interés.

1.4. El Centro presenta evidencias del análisis de los resultados obtenidos a través del canal de atención de quejas / reclamaciones / alegaciones / sugerencias. Este canal le permite recoger información de los diferentes grupos de interés.

Se evidencia el análisis de algunos de los resultados obtenidos a través del canal y recoge información de algunos de los grupos de interés.

Motivación:

En los Indicadores del Sistema de Garantía de Calidad de Centros en los resultados correspondientes a la Facultad de Ciencias de la Salud no constan quejas y sugerencias y no está disponible por tanto ningún análisis

La Facultad dispone de mecanismos para la obtención de esta información sobre quejas, sugerencias y felicitaciones de los diferentes grupos de interés, pero son poco usados en la práctica al recurrir directamente al equipo decanal, por lo que esta falta de una participación efectiva en el canal no posibilita una gestión consecuente, ni por tanto la realización de informes periódicos de evolución.

CRITERIO 2. POLÍTICA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

2.1. El Centro tiene una política de calidad y objetivos estratégicos públicos vinculados a su Sistema de Garantía de la Calidad.

Satisfactorio. Las responsabilidades están claramente definidas y el Centro presenta evidencias de que su política de calidad está alineada con los objetivos estratégicos, si bien no se están considerando todos los grupos de interés, al no considerarse al personal de administración y

Código Seguro de Verificación:R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma>

FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	5/23



servicios como grupo involucrado en el desarrollo de objetivos estratégicos. Dado el corto espacio de tiempo entre la modificación del SGC y la presentación de este informe no es posible disponer de muchos de los resultados previstos en el Plan de Mejoras.

2.1.1. El Centro presenta evidencias de que tiene definidas las responsabilidades y los grupos de interés adecuados que garantizan el correcto funcionamiento de los procesos definidos en el SGC, asegurando la recogida de la información para la revisión periódica de la política de calidad y los objetivos estratégicos.

Se evidencia que la mayoría de las responsabilidades están claramente definidas y contribuyen al correcto funcionamiento de los procesos de información, recogida de información y revisión periódica teniendo en cuenta la mayoría de los grupos de interés.

Motivación:

Existe una definición clara de la cadena de responsabilidades y de los grupos de interés, acordes con el SGC de la Facultad, para asegurar la recogida de la información necesaria para la evaluación y revisión correspondiente.

Las responsabilidades están claramente definidas en el nuevo procedimiento estratégico PE01 y corresponden a la Comisión de Garantía de Calidad, al Decano, al Equipo Decanal y a la Junta de Facultad. La política y los objetivos estratégicos son públicos y se encuentran en la página web del Centro. En la página web se recogen los informes generados por el Sistema de Garantía de Calidad, los Informes de seguimiento de la Agencia DEVA, el Plan de Mejoras y su seguimiento y los informes globales de seguimiento de los títulos ofertados. La recogida de la información es ahora anual.

2.1.2. El Centro presenta evidencias de que tiene definida una política de calidad alineada con los objetivos estratégicos. Presenta evidencias de que se adoptan medidas para actualizarla y revisarla periódicamente basándose en los resultados obtenidos durante la aplicación del SGC.

Se evidencia que existe una política de calidad alineada con los objetivos estratégicos y que se adoptan medidas de revisión y actualización periódica basadas en los resultados de la aplicación del SGCC.

Motivación:

La Facultad tiene un Sistema de Garantía de Calidad (SGC) con una documentación completa, revisada y perfectamente referenciada, sobre la base de un nuevo proceso estratégico "PE01" actualizado y que además está alineada con su Plan Director (antiguo Plan Estratégico) y con los objetivos estratégicos, que tienen su seguimiento, evaluación y mejora.

La revisión y mejora de la Planificación y desarrollo de las enseñanzas y evaluación del aprendizaje se mantiene con el mismo protocolo que en el sistema anterior (PC06), si bien la información y análisis de los resultados es ahora anual (procedimiento PA01) y la oferta formativa y sus características tienen que estar publicadas en la web (procedimiento PE02).

Código Seguro de Verificación:R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	6/23



2.1.3. El Centro presenta evidencias de que toma decisiones basadas en los resultados obtenidos relacionadas con el despliegue de la política de calidad y los objetivos estratégicos, en la que participan los diferentes grupos de interés. El Centro analiza y revisa el resultado de las decisiones adoptadas periódicamente.

Se evidencia el análisis y revisión de la mayoría de las decisiones adoptadas basada en resultados en la que han participado la mayoría de los grupos de interés.

Motivación: El nuevo Sistema de Garantía de Calidad el protocolo PC02 (sale el de CC Experimentales) se recoge el Procedimiento para la Gestión de los Procesos de Enseñanza Aprendizaje. La satisfacción de los estudiantes y del personal académico se valora a través de encuestas de satisfacción. No se tiene constancia del grado de satisfacción del personal de administración y servicios.

Periódicamente la Facultad muestra un análisis de resultados para su toma de decisiones, con evidencias de la participación de los diferentes grupos de interés en las instancias y/o reuniones correspondientes.

El Centro presenta evidencias de la rendición de cuentas de forma periódica a los diferentes grupos de interés sobre los resultados alcanzados.

Se evidencia la rendición de cuentas de forma periódica a la mayoría de los grupos de interés.

Motivación: El Centro publica en su página web los informes de seguimiento, los informes globales de los títulos, el plan de mejoras y el seguimiento del plan de mejoras.

2.2. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la recogida, el análisis y la utilización de información (resultados, datos e indicadores) para la toma de decisiones y la mejora de la calidad de las enseñanzas.

Satisfactorio. La Universidad de Jaén es quien proporciona datos relacionados con los programas formativos que ha permitido plantear un Plan de Mejora, aunque dado el corto espacio de tiempo no es posible ver los resultados de muchas de las acciones previstas.

2.2.1. El Centro dispone de un sistema de gestión de la información sistematizado y actualizado que permite la recogida ágil, fiable y completa de la información y los resultados de los programas formativos (alumnado matriculado, créditos reconocidos y procedimiento seguido, académicos, de inserción laboral y satisfacción de los diferentes grupos de interés, en su caso, prácticas externas y movilidad), permitiendo analizar tendencias.

Se evidencia que el sistema de gestión permite la recogida de bastante información y permite se analicen tendencias para la mayoría de las titulaciones bajo el alcance del SGCC.

Motivación:

Le corresponde a la Universidad de Jaén a través del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad de los Servicios y Unidades Administrativas proporcionara los datos relacionados con Inserción

Código Seguro de Verificación:R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	7/23



Laboral, Planificación y Evaluación y desde 2021 dispone en la página web de la Universidad de Jaén indicadores clave del Sistema de Garantía de Calidad que incluye los datos disponibles sobre Inserción Laboral, Resultados de Quejas y Sugerencias y Programa Docente, Indicadores de Docencia y Datos de Movilidad.

Existen buenos ejemplos en esta Facultad en cuanto a la documentación manejada (estructura, disponibilidad y resultados) a satisfacción de los diferentes clientes internos y externos, facilitando el análisis para una adecuada toma de decisiones periódica. Todo ello gracias a los Informes de Resultados de la Facultad en el marco del Informe de Revisión Anual del SGC del Centro. Se constata unos óptimos resultados de satisfacción en los grupos de interés que muestran una muy positiva valoración de la mayoría de los ítems considerados en las encuestas y en aquellos que en alguna valoración concreta no se ha alcanzado el objetivo se incluye una acción en el Plan de Mejora.

2.2.2. El Centro dispone, controla, revisa periódicamente y mejora de forma continua Los resultados (alumnado matriculado, créditos reconocidos y procedimiento seguido, resultados académicos, de inserción laboral y satisfacción de los diferentes grupos de interés, en su caso, prácticas externas y movilidad).

Se evidencia que Centro revisa periódicamente los resultados de la mayoría de las titulaciones bajo el alcance del SGCC.

Motivación:

La Comisión de Garantía de Calidad analiza los datos y hace la propuesta, en su caso, de un Plan de Mejora que una vez aprobado se publica y del que se hace un seguimiento que se publica también en la página web del Centro. En el sistema actual se dispone de un único procedimiento de gestión de la información y análisis de los resultados (PA01).

Se analiza periódicamente información completa, fiable y sistemática sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje, resultados académicos y de inserción laboral, así como sobre prácticas externas y movilidad, a satisfacción generalizada de los grupos de interés.

2.3. El Centro tiene implantados procesos para asegurar la mejora continua de sus programas formativos.

Satisfactorio. El Centro tiene definidas las responsabilidades para garantizar el funcionamiento adecuado de los procesos de diseño, revisión y mejora y seguimiento de la oferta formativa. Sin operar en el caso del procedimiento de extinción de títulos, aunque tanto en el anterior SGC como en el nuevo optimizado se contemplan procedimientos, que en un apartado específico, llegado el caso, servirían como garantía de aplicación consecuente.

2.3.1. El Centro tiene definidas las responsabilidades para garantizar el funcionamiento adecuado de los procesos vinculados al diseño, la revisión y la mejora de los programas formativos, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos.

Código Seguro de Verificación:R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	8/23



Se evidencia que las responsabilidades definidas garantizan el funcionamiento adecuado de los procesos vinculados al diseño, la revisión y la mejora de los programas formativos, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos.

Motivación:

El nuevo Sistema de Garantía de Calidad incorpora un único procedimiento para el Diseño, seguimiento y mejora de los programas formativos (PC01) cuyo objetivo es la mejora continua del programa formativo, si bien algunas de las acciones previstas no corresponden a la Facultad si no a la Universidad de Jaén.

Los procesos formativos y el apoyo al alumnado tienen definidas su cadena de responsabilidades y el nuevo SGC optimizado contempla procedimientos específicos que se complementan, siendo en general eficientes y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora estructurado y se lleva a cabo un seguimiento de los elementos más relevantes del plan de mejora (por ejemplo, en la revisión periódica de las 2 titulaciones de grado y de las acciones de mejora propuestas en el curso anterior).

2.3.2. El Centro presenta evidencias de que recoge información, la analiza y realiza el seguimiento de los resultados de su oferta formativa que favorece la toma decisiones e identifica acciones de mejora en sus programas formativos y permite adoptar modificaciones y cambios que favorezcan el seguimiento, la renovación e innovación de sus programas de forma periódica.

Se evidencia que el Centro analiza la mayoría de los resultados de su oferta formativa y toma decisiones basadas en estos resultados.

Motivación:

La Facultad pública en los Informes Globales de los títulos se muestra la información desagregada los resultados de la oferta formativa y su evolución a lo largo de los años y se establecen relaciones entre las mejoras y las acciones aplicadas.

2.3.3. El Centro presenta evidencias de que tiene previsto, y en su caso ha utilizado, el proceso que permite la extinción de los títulos y, en su caso, a la luz de los resultados obtenidos, de la política y objetivos definidos, aplicarlo asegurando las medidas de garantía de calidad y equidad correspondientes.

Sin valoración.

Motivación:

No es objeto de valoración dado que, si bien tienen un procedimiento definido para la extinción de titulaciones, al no haberse dado el caso aún, no se ha podido comprobar por parte de la Universidad su efectiva implantación.

Código Seguro de Verificación:R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	9/23



CRITERIO 3. PERSONAL DOCENTE E INVESTIGADOR

El Centro tiene implantados procesos que garantizan la capacitación, competencia y cualificación del personal con actividad docente.

Satisfactorio. Aunque la responsabilidad de evaluar la necesidad de personal académico y su perfil de idoneidad reside en los departamentos el SGC permite detectar deficiencias de profesorado. Se dispone de mucha información, si bien, existe posibilidad de mejora sobre el estudiantado de primer curso y sobre la supervisión de TFG. El escaso número de profesorado que se evalúa con el programa Docencia no permite obtener datos del mismo, no obstante, se debería incentivar al profesorado a su utilización.

3.1. El Centro presenta evidencias de que tiene definidas las responsabilidades que garantizan que se aplican procedimientos para la recogida de la información que detecten necesidades de personal académico adecuado a las características de los Títulos, implicando a los diferentes grupos de interés.

Se evidencia que el Centro detecta la mayoría de las necesidades de personal académico adecuada a las características de los títulos bajo el alcance del SGC, como resultado del análisis de la información recogida de la mayoría de los grupos de interés.

Motivación:

Es responsabilidad de los Departamentos evaluar la necesidad de personal académico y su perfil de idoneidad. En el nuevo Sistema de Garantía de Calidad existe un único procedimiento para la Gestión de Recursos Docentes (PA02), con este procedimiento pueden detectar las deficiencias de profesorado teniendo en cuenta la Planificación Docente de cada curso.

La Facultad y la Universidad tienen establecida las responsabilidades en el ámbito del PDI, dejando a los Centros exclusivamente el control sobre si han quedado cubiertas las necesidades académicas y comunicando las deficiencias detectadas; habiendo sido otorgadas básicamente a departamentos y vicerrectorado competente para la aplicación de sus procedimientos en este aspecto y la recogida de información con el concurso de los grupos de interés.

3.2. El Centro presenta evidencias de que recibe información útil que analiza, y detecta e identifica necesidades de profesorado para cada programa formativo grado o máster, según las características de estos (por ejemplo: tipo de enseñanza-presencial, semipresencial, docencia en primer curso, idiomas, supervisión del TFM/TFG, etc.) y las traslada, si es el caso a los órganos competentes en la materia.

Se evidencia que el Centro analiza la información recibida sobre necesidades del profesorado para la mayoría de los programas formativos y da traslado de esta información a los órganos competentes.

Motivación:

Código Seguro de Verificación:R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma>

FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	10/23





Buenos ejemplos en cuanto a la documentación manejada (estructura, disponibilidad y resultados sobre la suficiencia y adecuación del personal) desde la perspectiva del proceso de enseñanza-aprendizaje y, también, con una óptima accesibilidad para los diferentes clientes internos y externos.

Se identifican las necesidades de profesorado a través de las encuestas de satisfacción del estudiantado y del profesorado y se analizan en los Informes Globales de los resultados de los títulos, no se dispone de información sobre la docencia en primer curso o la supervisión en TFG.

3.3. El Centro presenta evidencias de que tiene identificadas las necesidades detectadas, la toma decisiones y define acciones en las que promueve la formación del profesorado mediante una oferta formativa adecuada y los resultados obtenidos permiten valorar la mejora en la calidad del profesorado.

Se evidencia que la mayoría de las acciones formativas y los resultados obtenidos permiten valorar la mejora de la calidad del profesorado.

Motivación:

En los informes de seguimiento se pone de manifiesto la necesidad de promover la formación del profesorado y se ha establecido un Plan de Mejora que se puede ver en los Informes Globales de los Grados de Enfermería y Fisioterapia.

Tras la aplicación del nuevo procedimiento PA02 en el nuevo SGC, estrechamente vinculado con todos los demás procedimientos relacionados con la participación del PDI en los procesos de enseñanza-aprendizaje, se presentan suficientes evidencias sobre necesidades identificadas y consecuentes propuestas de formación al profesorado, para su mejor cualificación y coordinación de las materias impartidas. Y, todo ello, teniendo en cuenta los Informes Globales de Resultados de cada Grado y las acciones potenciales propuestas en el Plan de Mejora del Centro (ej. acciones de mejora nº 8 y nº 3 en los PAM 2019-20 y 2020-21 respectivamente); además el compromiso con la formación e innovación docente queda patente en el seguimiento efectuado anualmente del Plan de Acción Tutorial y de los Objetivos Estratégicos vigentes de la Facultad.

3.4. El Centro realiza el seguimiento del resultado de la toma decisiones sobre la gestión de los recursos docentes y de la evaluación de la calidad docente.

Se evidencia el seguimiento del resultado de la mayoría de las decisiones adoptadas sobre la gestión de los recursos docentes y de la evaluación de la calidad docente.

Motivación:

El sistema de Indicadores clave del Seguimiento de garantía de Calidad de Centros da información sobre el Programa Docencia, si bien la Facultad no parece utilizar los datos para evaluar la calidad docente. El seguimiento de la calidad docente se lleva a cabo, según se observa en los Informes Globales de Resultados teniendo en cuenta las encuestas de satisfacción.

Queda evidenciado el seguimiento de la toma de decisiones para asegurar las competencias y cualificación de los recursos docentes y su evaluación cualitativa, sobre su evolución en los últimos

Código Seguro de Verificación:R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	11/23



años según los indicadores clave de docencia y del Programa Docente y las encuestas de satisfacción, del alumnado y profesorado, asegurando la óptima realización del trabajo del PDI y su adecuación para facilitar el desarrollo de los programas formativos, con procesos genuinos y con el análisis y mejora de los mismos a lo largo del tiempo, como se evidencia en las actas y documentos correspondientes.

CRITERIO 4. GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS

El Centro tiene implantados procesos que garantizan la disponibilidad de recursos materiales y servicios suficientes que contribuyan a la oferta de actividades de aprendizaje del alumnado.

Satisfactorio. Las responsabilidades están bien definidas, pero no se analiza la información sobre todos los colectivos involucrados en el desarrollo de los títulos. No es posible evidenciar algunas de las acciones de mejora previstas para los títulos.

4.1. El Centro presenta evidencias de que tiene definidas las responsabilidades de los procedimientos para la recogida de la información, de las actividades que el Centro realiza, identificando necesidades de organización de actividades o disposición de recursos materiales y personal de administración y servicios en materia de:

- Acceso y admisión.
- Matriculación.
- Desarrollo de la enseñanza.
- Evaluación.

Se evidencia que las responsabilidades definidas estén llevando a cabo la identificación de necesidades, basadas en los resultados obtenidos.

Motivación:

Aunque la competencia relacionada con muchos de los aspectos de la gestión de los recursos materiales y servicios recaen sobre la Universidad de Jaén, la Facultad de Ciencias de la Salud ha desarrollado en el nuevo Sistema de Garantía de Calidad el protocolo PA03 para la Gestión de Recursos para el Aprendizaje y Apoyo al Estudiantado.

El Centro y la Universidad tienen establecida las responsabilidades en este ámbito, dejando a los Centros las competencias específicas que no están centralizadas formando parte del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad de los Servicios y Unidades Administrativas de la UJA, básicamente potenciales acciones de mejora que pudieran ser incluidas por el Equipo Decanal en el Plan de Mejora del Centro y que hace por cada titulación.

4.2. El Centro presenta evidencias de que analiza y revisa de forma periódica la información de los resultados que han servido para la detección de necesidades de nuevos recursos o servicios para el correcto desarrollo actividades, recursos materiales, y personal de administración y servicios, atendiendo a las características propias de cada titulación y las traslada, si es el caso a los órganos competentes en la materia.

Código Seguro de Verificación:R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma>

FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	12/23





Se evidencia que el Centro analiza de forma periódica la mayoría de la información recibida para la detección de necesidades de nuevos recursos o servicios para el correcto desarrollo actividades, recursos materiales, y personal de administración y servicios, atendiendo a las características propias de cada titulación y las traslada, si es el caso a los órganos competentes en la materia.

Motivación:

La Facultad recoge suficientes evidencias sobre este aspecto en los últimos años y de su transmisión para la coordinación con los órganos universitarios competentes. Especialmente, a raíz del nuevo procedimiento sobre Gestión de la Información y Análisis de Resultados del nuevo SGC optimizado, se analizan los datos de uso y gestión de los servicios e información específica de los indicadores concretos del SGC en la Comisión de Garantía de Calidad con el concurso de los grupos de interés en ellas representados y el representante del Servicio de Planificación y Evaluación de la UJA.

El Centro analiza las necesidades a través de Los Informes globales de resultados que se basan fundamentalmente en el grado de satisfacción del estudiantado y el profesorado, también se analizan los informes generados en las Comisiones de Coordinación de los diferentes grados y es la Junta de Facultad quien aprueba la Organización docente. No parece que se tenga en cuenta la necesidad de personal de administración y servicios para el buen funcionamiento de las enseñanzas.

4.3. El Centro presenta evidencias de la información del control, revisión periódica y mejora continua de la gestión los recursos materiales y servicios que incide en la mejora de las actividades de aprendizaje del alumnado.

Se evidencia que el Centro revisa de forma periódica y mejora la gestión la mayoría de los recursos materiales y servicios que incide en la mejora de las actividades de aprendizaje del alumnado.

Motivación:

Se presentan suficientes evidencias sobre la adecuada gestión de los recursos materiales y servicios a lo largo del tiempo, especialmente en la elaboración de la planificación docente que luego se hace el seguimiento en el Informe Global de Resultados de cada grado, para el correcto desarrollo de los programas de enseñanza y de aprendizaje del alumnado. Y, concretamente, cabe resaltar en esta Facultad la existencia de una plataforma específica para la gestión de las prácticas clínicas ("Unipracticum") que ha empezado por utilizarse en el Grado de Enfermería y que está previsto su extensión al Grado de Fisioterapia.

4.4. El Centro toma decisiones, basada en los resultados obtenidos, y define acciones sobre la gestión de actividades, recursos materiales y servicios, con la participación de los diferentes grupos de interés.

Se evidencia que el Centro toma la mayoría de las decisiones basadas en resultados con la participación de la mayoría de los grupos de interés.

Motivación:

Código Seguro de Verificación:R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	13/23



No se dispone de toda la información, solo en el caso del Grado de Enfermería.

Queda evidenciada la toma de decisiones sobre este aspecto en los últimos años y la implicación práctica de los grupos de interés más significativos, así como la idoneidad de las infraestructuras y de los recursos materiales y servicios al servicio de la comunidad académica. Además, con alguna novedad positiva como la incluida en el nuevo SGC sobre el análisis de los datos de uso y gestión de los servicios universitarios. Todo ello aprobado previamente en la CGC y refrendado en Junta de Facultad. No obstante, algunos enlaces llevan a “páginas no encontradas”.

CRITERIO 5. GESTIÓN Y RESULTADOS DE LOS PROCESOS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

El Centro tiene implantados procesos que garantizan que las acciones que emprende contribuyen a favorecer el aprendizaje del alumnado.

Satisfactorio. El Centro tiene definidas las responsabilidades para la recogida de la información del desarrollo de los títulos y la mejora de los mismos si bien es necesario esperar algún tiempo para evaluar los procesos de mejora en curso.

5.1. El Centro presenta evidencias de que tiene definidas las responsabilidades de los procedimientos de recogida de la información sobre el desarrollo del conjunto de acciones de apoyo y de orientación, que contribuyen a favorecer el aprendizaje del alumnado:

- Apoyo y orientación académica (PAT) y profesional.
- Metodologías de enseñanza y evaluación de los aprendizajes.
- Gestión de TFG/TFM (asignación, supervisión y evaluación).
- En su caso, gestión de prácticas externas y movilidad.
- Mecanismos que regulan las directrices que afectan al alumnado (reglamentos, reconocimiento y certificación).

Se evidencia que la mayoría de las responsabilidades definidas están llevando de forma correcta la mayoría de los procedimientos de recogida de la información sobre el desarrollo del conjunto de acciones de apoyo y de orientación, que contribuyen a favorecer el aprendizaje del alumnado.

Motivación:

El Manual del Sistema de Garantía de Calidad de la Facultad de Ciencias de la Salud aprobado el 15-12-2021 indica los órganos responsables del Seguimiento de Garantía de Calidad, los indicadores que permitirán la evaluación de los resultados de aprendizaje del alumnado, la gestión de la información y el análisis de los resultados. Además, se han desarrollado protocolos para el Diseño, seguimiento y mejora de los programas formativos, para la Gestión de los procesos de Enseñanza Aprendizaje, para la Planificación, revisión y Mejora del Sistema de Garantía de Calidad, para la Gestión de la Información Pública, para la Gestión de los Recursos Docentes y para la gestión de Recursos para el aprendizaje y apoyo al estudiantado. Dado el corto período de tiempo desde la aprobación de este nuevo sistema no hay evidencias de que todas las responsabilidades estén llevadas a cabo de forma correcta, no hay información sobre quejas y sugerencias y como se han solucionado.

Código Seguro de Verificación: R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma>

FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	14/23
			



El Centro conforme a su SGC tiene establecidos claramente los mecanismos, los órganos y las funciones de las personas responsables, para la aplicación de sus procedimientos en este aspecto y la recogida de la concreta información necesaria en cada caso para la medición, el análisis correspondiente, propuestas de mejora y la toma de decisiones última por la Junta de Facultad.

5.2. El Centro/Universidad analiza la información de los resultados obtenidos sobre la aplicación de los mecanismos de acceso y admisión, matriculación, reconocimiento y certificación de los aprendizajes adecuados a las especificidades de las titulaciones que oferta y toma decisiones basadas en el seguimiento de estos resultados.

Se evidencia que el Centro analiza de forma periódica la mayoría de la información sobre los resultados obtenidos de los mecanismos de acceso y admisión, matriculación, reconocimiento y certificación de los aprendizajes adecuados a las especificidades de las titulaciones que oferta y toma decisiones la mayoría basadas en el seguimiento de estos resultados.

Motivación:

Se evidencia a través de los Informes Globales de resultados de los Grados de Enfermería y Fisioterapia.

La Facultad en coordinación con la UJA presenta suficientes evidencias sobre la documentación específica y las herramientas utilizadas, así como de la correspondiente toma de decisiones consecuente con la evolución experimentada, con especificaciones claras en los procesos de revisión y mejora de los programas formativos; seguimiento, evaluación y mejora de las titulaciones y de los programas de apoyo a estudiantes.

5.3. El Centro analiza la información de los resultados del seguimiento realizado del sistema de apoyo y de orientación académica (como es el caso de tener un Plan de Acción Tutorial-PAT) y profesional del alumnado, que abarca todas las fases del desarrollo del proceso de enseñanza y el aprendizaje y analiza el efecto sobre la inserción profesional.

Se evidencia que el Centro analiza los resultados del sistema de apoyo y de orientación académica (como es el caso de tener un Plan de Acción Tutorial-PAT) y profesional del alumnado en todas las titulaciones y su efecto sobre la inserción laboral.

Motivación:

La Facultad dispone de un Plan de Acción Tutorial y se elabora una memoria anual y se realiza un Informe Anual por parte del Vicerrectorado de Transferencia del Conocimiento, Empleabilidad y Emprendimiento. La información se analiza y se publica en los Informes globales de resultados de los Grados de Enfermería y Fisioterapia.

Se presentan suficientes evidencias con ejemplos de procedimientos diversos relacionados con la sistemática de revisión y mejora de los programas formativos en los informes de seguimiento de las titulaciones, con reflejo en el Plan de Acción Tutorial del Centro; y, también, de una correcta difusión, a través de los canales habituales que se ha constatado su idoneidad) y de su adecuación periódica para su mayor eficacia en la inserción laboral.

Código Seguro de Verificación:R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	15/23



5.4. El Centro cuenta con información de los resultados obtenidos de la aplicación de las metodologías de enseñanza y evaluación de los resultados de aprendizaje, que le permiten tomar decisiones y definir acciones sobre el diseño de nuevas metodologías o revisión de las existentes, velando por su adecuación a las características de cada uno de los programas formativos.

Se evidencia que el Centro analiza la mayoría de los resultados de la aplicación de las metodologías de enseñanza y evaluación de los resultados de aprendizaje, que le permiten tomar decisiones y definir acciones sobre el diseño de nuevas metodologías o revisión de las existentes, velando por su adecuación a las características de la mayoría de los programas formativos.

Motivación:

Se realiza un Informe Global de Resultados de los títulos ofertados que son analizados la Comisión de Garantía de Calidad y aprobados por la Junta de Facultad y si es necesario se proponen mejoras que están incluidas en los planes de mejora. En informe se elabora en base a indicadores clave, encuestas de satisfacción, resultados de movilidad, inserción laboral de los egresados e indicadores de docencia como cursos de formación, participación en proyectos de innovación docente y otros.

Se presentan suficientes evidencias en la documentación relacionada con esta rúbrica, buscando el correcto desarrollo de los programas de enseñanza y evaluación de los resultados de aprendizaje del alumnado, cumpliendo en la mayoría de los casos con lo exigido en su ortodoxia y su evolución en los últimos años (mecanismos, responsabilidades, competencias y seguimiento), e implicando la participación de los diferentes grupos de interés.

5.5. Realiza seguimiento de estas acciones le sirven para garantizar que las metodologías de enseñanza y sistemas de evaluación son pertinentes y adecuadas para promover y certificar los resultados de aprendizaje previstos.

Se evidencia que la mayoría de las acciones definidas por el Centro promueven y certifican los resultados de aprendizaje previstos en la mayoría sus titulaciones.

Motivación:

El Informe Global de Resultados permite evaluar si los resultados del aprendizaje previstos son los esperados.

Hasta ahora se presentan suficientes evidencias concretamente sobre este aspecto de metodologías de enseñanza y sistemas de evaluación, buscando el correcto desarrollo de los programas de enseñanza y de aprendizaje del alumnado. Y, asimismo, esta Facultad derivado de su compromiso con la mejora continua, ha aprobado dentro de sus Objetivos Estratégicos (nº 2) la adaptación de la enseñanza a nuevos perfiles del estudiantado y la implementación de otros modelos de enseñanza-aprendizaje.

5.6. El Centro analiza la información y los resultados obtenidos de la gestión de los TFG/TFM (asignación, supervisión y evaluación) y, en su caso, de las prácticas externas, que les permiten tomar decisiones y definir acciones para asegurar el correcto desarrollo de éstas.

Se evidencia que el Centro toma decisiones basadas en resultados obtenidos de la gestión de los TFG/TFM (asignación, supervisión y evaluación) y, en su caso, de las prácticas externas.

Código Seguro de Verificación:R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	16/23
			



Motivación:

Para el Informe Global de Resultados se tiene en cuenta la información recogida en las actas de la Comisión de Practicum y TFG.

Como se viene recogiendo en esta dimensión y en las relacionadas la Facultad recoge suficientes evidencias sobre este aspecto y de su adecuada gestión en los últimos años, manejando información completa y fiable que permite analizar y mejorar los procesos de gestión de los TFG/TFM y prácticas externas; con acciones concretas en el último PAM y ejemplos meritorios en cuanto a mecanismos, fuentes de información y herramientas corporativas utilizadas (ej. plataforma Unipracticum) y toma de decisiones sobre el análisis de resultados (indicadores, procesos e información captada).

5.7. Se analizan los resultados sobre las tareas propias del ámbito profesional para las que las prácticas externas fueron asignadas, así para la gestión de la movilidad, y se informará de los resultados de las acciones de forma que se demuestre que las acciones de movilidad planificadas y realizadas en los programas formativos fueron adecuadas a los objetivos perseguidos.

Se evidencia que el Centro toma la mayoría de las decisiones adecuadas a los objetivos definidos en prácticas externas y movilidad basadas en los resultados de las acciones definidas.

Motivación:

Para el Informe Global de Resultados se tiene en cuenta la información recogida en las actas de la Comisión de Practicum y TFG.

También la Facultad recoge suficientes evidencias sobre las prácticas externas y los convenios de movilidad con universidades nacionales e internacionales y de su adecuada gestión en los últimos años, (aunque el último Informe de movilidad es del curso 2019-20), con ejemplos de procedimientos diversos relacionados y planes de mejora en ejecución, sobre todo a partir del curso 2021-22, considerando los aspectos fundamentales.

Código Seguro de Verificación:R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	17/23



Expdte.: Seg.2022-UJaén-23005219
Facultad de Ciencias de la Salud

4. Seguimiento Plan de mejora del Centro

	Excelente	Satisfactorio	Suficiente pero mejorable	Insuficiente
<p>1. En el plan de mejora están definidas e INTEGRADAS LAS ACCIONES A NIVEL DE CENTRO donde se recogen acciones de titulaciones y revisión de los procesos del SGC.</p> <p>Motivación: Los Planes de Mejora de cada una de las titulaciones y su seguimiento están disponibles en la página web del Centro, también se encuentra disponible un Plan de Mejora del Centro. El plan de mejora abarca tanto el análisis de acciones sobre titulaciones como sobre la información recogida en los procesos del SGC como también se refleja periódicamente en el Informe de Gestión del Centro las áreas de mejora contempladas.</p>		La mayoría de las acciones conforman y se estructuran como un plan de mejora a nivel de Centro.		
<p>2. Las acciones tienen IDENTIFICADAS LAS PERSONAS RESPONSABLES de su ejecución y las tareas a realizar o realizadas se han llevado a cabo por las mismas.</p> <p>Motivación: En los planes de Mejora se indica los responsables de cada una de las acciones y se describen las acciones a realizar y los indicadores que muestren el cumplimiento de la mejora. La Facultad conforme a su GGC tiene establecidos en los Planes de Mejora claramente las personas responsables y los mecanismos de seguimiento/controles establecidos, de los que se da cuenta periódica en las reuniones correspondientes de la Comisión de Garantía del Centro como expresan las actas disponibles.</p>	Todas las acciones tienen identificada la persona responsable y las tareas a realizar o realizadas y han sido ejecutadas por ellas mismas.			
<p>3. Las acciones definidas en el plan de mejora se han priorizado y tienen definido CALENDARIO DE IMPLANTACIÓN que se está llevando a cabo conforme se planificó.</p> <p>Motivación: Las acciones tienen calendario de implantación en algunos casos se ha tenido que extender la acción en el tiempo para conseguir los objetivos (ejemplo mejora tasas de participación en encuestas de satisfacción de profesorado y alumnado).</p>	Todas las acciones definidas en el plan de mejora se han priorizado y tienen definido calendario de implantación que se está llevando a cabo conforme se planificó.			
<p>4. Las acciones de mejora tienen identificados INDICADORES DE</p>		La mayoría de las acciones de mejora tienen		

Código Seguro de Verificación: R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma>

FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	18/23



Expdte: Seg.2022-UJaén-23005219
Facultad de Ciencias de la Salud

	Excelente	Satisfactorio	Suficiente pero mejorable	Insuficiente
SEGUIMIENTO y definida una META/ESTÁNDAR U OBJETIVO de cumplimiento del indicador.		Identificados indicadores de seguimiento y definida una meta/estándar u objetivo de cumplimiento del indicador.		

Motivación:
Las acciones de seguimiento y mejora tienen identificados indicadores.

5. Se ha presentado un plan de mejora continua REVISADO CON PERIODICIDAD Y QUE EVIDENCIA LA CONSECUCIÓN DE OBJETIVOS a través de los resultados de las acciones finalizadas o la definición de otras nuevas en proceso.	El plan de mejora ha sido revisado periódicamente y evidencia la consecución de objetivos a través de los resultados de las acciones.			
--	---	--	--	--

Motivación:
El Plan de Mejoras se revisa anualmente y se publica tanto el plan como el seguimiento del mismo.
La Facultad viene cumplimentando sus planes de mejora en los últimos años e introduciendo periódicamente en ellos nuevas acciones u objetivos.

6. El plan de mejora tiene identificados aspectos detectados en los diferentes PROGRAMAS DE VERIFICACIÓN, MODIFICACIÓN, SEGUIMIENTO Y RENOVACIÓN DE LA ACREDITACIÓN DE LAS TITULACIONES DEL CENTRO y evidencia con acciones y resultados como han sido resueltos.		El plan de mejora tiene identificados aspectos detectados en la mayoría de los programas de Verificación, Modificación, Seguimiento y Renovación de la Acreditación de las titulaciones del Centro y evidencia con acciones y resultados como han sido resueltos.		
--	--	---	--	--

Motivación:
El Plan de Mejoras se basa en la Informes de Seguimiento y en diferentes indicadores establecidos en el Sistema de Garantía de Calidad.
Se evidencia que se lleva a cabo un análisis periódico de la información que se extrae de los programas formativos que se imparten en la Facultad que dan lugar a un Informe de Seguimiento de Centro que integra los informes de seguimiento de las titulaciones que tienen que llevar a cabo las acreditaciones correspondientes. No obstante, convendría mejorar la trazabilidad de las acciones del presente y también de las cerradas en los cursos anteriores.

Código Seguro de Verificación: R2U2TDYV77LZJ56EYL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma>

FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EYL854WRKXYZEU8	PÁGINA	19/23



Expdte: Seg.2022-UJaén-23005219
Facultad de Ciencias de la Salud

	Excelente	Satisfactorio	Suficiente pero mejorable	Insuficiente
<p>7. El Centro incluye en el Plan de mejora, el seguimiento de las acciones que han llevado o pretenden llevar a cabo, como resultado de revisión y análisis de la información publicada y la revisión periódica del proceso de información pública.</p> <p>Motivación: El Plan de Mejora está bien estructurado para reflejar las acciones de mejora planteadas, tanto a nivel de Centro como a nivel de titulaciones, como resultado del análisis de la información interna y de las recomendaciones provenientes de información externa.</p>		El plan de mejora evidencia el seguimiento de la mayoría de las acciones basado en la revisión del análisis de la información publicada.		
<p>8. El Centro incluye en el Plan de mejora, el seguimiento de las acciones que han llevado o pretenden llevar a cabo, basadas en los resultados de su oferta formativa.</p> <p>Motivación: Se realiza el Seguimiento del Plan de Mejoras y se analiza en el Informe Global de Resultado del Título que se realiza cada año, no todos los planes de mejora se han llevado a término. El plan de mejora vincula las acciones de mejora al análisis de los informes de resultados de sus titulaciones y objetivos estratégicos.</p>		El plan de mejora evidencia el seguimiento de la mayoría de las acciones basado en los resultados de la oferta formativa.		
<p>9. Las acciones que resultan de la gestión del personal docente se recogen en un plan de mejora que es revisado de forma periódica.</p> <p>Motivación: El plan de mejora recoge acciones sobre el PDI siguiendo el análisis de los informes de resultados y en las competencias propias del Centro. Una de las acciones de mejora del Personal Docente e Investigador se centra en promover la formación del mismo en metodologías docentes y es una acción en desarrollo.</p>		El plan de mejora contempla el seguimiento y revisión de la mayoría de las acciones de la gestión del personal.		
<p>10. El Centro incluye en el Plan de mejora, el seguimiento de las acciones que han llevado o pretenden llevar a cabo, como resultado de revisión periódica de la</p>		El Plan de mejora , contempla el seguimiento de algunas de las acciones que se han llevado a cabo, como resultado de la revisión con		

Código Seguro de Verificación:R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma>

FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	20/23





Expdte: Seg.2022-UJaén-23005219
Facultad de Ciencias de la Salud

	Excelente	Satisfactorio	Suficiente pero mejorable	Insuficiente
gestión de los recursos materiales y servicios.			cierta periodicidad de los resultados de la gestión de los recursos materiales y servicios.	
Motivación: En el Plan de Mejora del Centro publicado en su web no se indican acciones encaminadas a revisar la gestión de los recursos materiales y servicios. No se incluyen suficientes acciones relacionadas con la gestión de los recursos materiales y servicios, seguramente por la falta de competencias propias del Centro.				
11. El Centro incluye en el Plan de mejora , el seguimiento de las acciones que han llevado o pretenden llevar a cabo, como resultado de revisión periódica de los resultados de los procesos de enseñanza-aprendizaje y su evaluación.		El Plan de mejora , contempla el seguimiento de la mayoría de las acciones que se han llevado a cabo, como resultado de revisión periódica de los resultados de los procesos de enseñanza-aprendizaje y su evaluación.		
Motivación: Se evidencia que se lleva a cabo una revisión periódica de los resultados del proceso de enseñanza-aprendizaje y de su evolución. En el Plan de Mejoras se contemplan sobre todos aspectos encaminados a la evaluación del Practicum y del Plan de Acción Tutorial.				

Código Seguro de Verificación:R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma>

FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	21/23





5. Aspectos detectados en el informe de certificación.

- **Aspecto identificado en el IF Certificación** (no conformidad en el caso de informes AUDIT)

NCM 1. En relación al procedimiento PA01, “Gestión de los documentos y registros”, se detectan los siguientes incumplimientos:

Resuelto: Se aportan evidencias de la efectiva consecución de la acción que solventa el aspecto del informe.

Motivación:

Se aportan evidencias por parte de la Universidad de la efectiva consecución de la acción que solventa el aspecto del informe.

- **Aspecto identificado en el IF Certificación** (no conformidad en el caso de informes AUDIT)

NCM2 (participación órganos de gestión)

Resuelto: Se aportan evidencias de la efectiva consecución de la acción que solventa el aspecto del informe.

Motivación:

Renovación de la Composición de la Comisión de Garantía de Calidad.

- **Aspecto identificado en el IF Certificación** (no conformidad en el caso de informes AUDIT)

Nc4 (Gestión de expedientes y tramitación de títulos)

Resuelto: Se aportan evidencias de la efectiva consecución de la acción que solventa el aspecto del informe.

Motivación:

Se dispone de la información para la obtención del pre-título.

- **Aspecto identificado en el IF Certificación** (no conformidad en el caso de informes AUDIT)

OM2

Resuelto parcialmente: La Universidad ha atendido el aspecto/no conformidad identificada en el informe con una acción no adecuada por tanto no aporta evidencias de haberlo resuelto o la acción es adecuada, pero aún está en proceso y no se presentan evidencias de su consecución.

Motivación:

Se han organizado charlas al PDI y al estudiantado sobre el Sistema de Garantía de Calidad pero no al personal de administración y servicios.

Código Seguro de Verificación:R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	22/23
			



6. Conclusiones de seguimiento

El seguimiento se considera satisfactorio ya que hay que tener en cuenta el esfuerzo de adaptación del Centro al programa Implanta y todo el cambio y simplificación de procesos que ha supuesto, si bien dado el corto espacio de tiempo que ha transcurrido desde la modificación a la presentación del informe es difícil establecer si las mejoras propuestas están siendo adecuadas y efectivas.

Por otra parte, se detectan posibles mejoras en lo referente al fortalecimiento del sistema de quejas y sugerencias del que ya dispone el Centro y como fuentes de información sería aconsejable obtener el grado de satisfacción del PAS y una mayor implicación del profesorado en la participación del programa Docencia, ya que esta sería otra posible fuente de información para la mejora del proceso de enseñanza aprendizaje.

Tomando como referencia las evidencias aportadas en cada uno de los criterios de este seguimiento, la Comisión valora que el centro está implementado los procedimientos del SIG adecuadamente, por lo que no se estima necesario realizar un nuevo seguimiento antes de la renovación de la certificación.

En Córdoba, a fecha de la firma electrónica

Fdo. Sebastián Chávez de Diego
Director de Evaluación y Acreditación

Código Seguro de Verificación:R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	SEBASTIAN SANTIAGO CHAVEZ DE DIEGO	FECHA	23/05/2022
ID. FIRMA	R2U2TDYV77LZJ56EZL854WRKXYZEU8	PÁGINA	23/23