

INFORME DE SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE GARANTIA DE CALIDAD CERTIFICADO
CONVOCATORIA 2023

1. DATOS DEL CENTRO:

ID. Centro: 41015019 – Denominación: Facultad de Ciencias Experimentales

Universidad Solicitante: Universidad Pablo de Olavide

Títulos oficiales bajo el alcance del SGCC

Cod. RUCT	Denominación del Título oficial
2501169	Graduado o Graduada en Biotecnología por la Universidad Pablo de Olavide
2501282	Graduado o Graduada en Ciencias Ambientales por la Universidad Pablo de Olavide
2501527	Graduado o Graduada en Nutrición Humana y Dietética por la Universidad Pablo de Olavide

2. ÁMBITO NORMATIVO:

Este proceso de seguimiento se realiza en el marco del artículo 14.8 del **Real Decreto 640/2021, de 27 de julio, de creación, reconocimiento y autorización de universidades y centros universitarios, y acreditación institucional de centros universitarios.**

De conformidad con lo dispuesto en la Ley 9/2021, de 23 de diciembre, por la que se crean la Agencia Empresarial para la Transformación y el Desarrollo Económico (TRADE) y la Agencia para la Calidad Científica y Universitaria de Andalucía (ACCUA), esta Agencia tiene atribuidas las competencias de evaluación y acreditación de las actividades universitarias.

La actividad de evaluación y acreditación se desarrolla por el personal colaborador técnico de la Agencia para la evaluación y acreditación mediante la aplicación de los criterios, guías y protocolos de evaluación y acreditación aprobados por el Comité Técnico y la emisión de informes independientes de evaluación y acreditación en comisiones designadas al efecto. En este caso procede aplicar los criterios establecidos en la **Resolución de 3 de marzo de 2022, de la Secretaría General de Universidades**, y en 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 Comité Técnico de Evaluación y Acreditación (CTEA) el 8 de febrero de 2023.

3. COMPOSICIÓN DE LA COMISIÓN DE EVALUACIÓN:

La Comisión que ha realizado la de evaluación del seguimiento de la Certificación del SGC ha sido:

Presidente: José Miguel Carot Sierra. Universidad Politécnica de Valencia.

Secretario: Sergio Caballero Peña. Universidad Politécnica de Catalunya.

Académica: Trinidad Arcos Pereira. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Código Seguro de Verificación:R2U2T2EH84W6HBMPCWEW3MBMXXJHV8Q. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	04/06/2024
ID. FIRMA	R2U2T2EH84W6HBMPCWEW3MBMXXJHV8Q	PÁGINA	1/11
			



Académica: Aránzazu Mendía Jalón. Universidad de Burgos.
Académico: Luís J. Rodríguez Muñiz. Universidad de Oviedo.
Estudiante: Sonia García Moreno. Universidad de Valencia.
Estudiante: M^a Dolores Gálvez Martínez. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Esta Comisión en su sesión celebrada el 26 de enero de 2024, valorada la información previamente aportada en el autoinforme del Centro presentado por la universidad, y según el procedimiento establecido por ACCUA, emite el siguiente informe:

4. CONTENIDO DE LA EVALUACIÓN:

1. Contexto del Centro.

La Facultad de Ciencias Experimentales, constituida en 1997 junto con la Universidad Pablo de Olavide (UPO), forma parte de una estructura universitaria que incluye seis facultades, una escuela politécnica superior, un centro de estudios de posgrado y una escuela de doctorado, todos ubicados en un campus único. Esta facultad se encarga de los procesos académicos y administrativos necesarios para otorgar títulos en Biotecnología, Ciencias Ambientales, Nutrición Humana y Dietética, así como varios dobles grados en colaboración con otras facultades y universidades, todos ellos presenciales y con 240 ECTS.

La gestión en la UPO se caracteriza por su centralización, lo que implica que los servicios no dependen exclusivamente del centro sino de la universidad en su conjunto. Esta organización centralizada influye en la implementación del Sistema de Aseguramiento Interno de la Calidad (SAIC) del centro, que se compone de procedimientos tanto institucionales como específicos del centro. La Facultad de Ciencias Experimentales, que inició la implantación de su SGIC en 2007 y recibió la certificación de ANECA en 2018, ha tenido que adaptarse a esta estructura centralizada.

Los departamentos adscritos a la facultad incluyen Sistemas Físicos, Químicos y Naturales; Biología Molecular e Ingeniería Bioquímica; y Fisiología, Anatomía y Biología Celular. Aunque el foco de este informe se centra en los tres grados individuales, es importante destacar la alta experimentalidad de estos programas, que requiere una gestión eficiente de los laboratorios de prácticas.

Durante el curso académico 2016/17, todos los grados ofrecidos por la Facultad de Ciencias Experimentales superaron con éxito el proceso de renovación de la acreditación según los criterios de la DEVA (ahora ACCUA). Posteriormente, en junio de 2019, la facultad obtuvo la Acreditación Institucional del Consejo de Universidades.

En noviembre de 2016, el Comité de Calidad tomó la decisión estratégica de modificar la estructura de los procedimientos. Esta modificación implicó la separación de los Procedimientos Institucionales (Procedimientos-UPO), gestionados principalmente por la Universidad, de los Procedimientos de Centro, que son manejados de manera autónoma o en coordinación con la Universidad por la Facultad de Ciencias Experimentales. Esta reestructuración ha sido un paso significativo hacia una gestión más eficiente y adaptada a las necesidades específicas de la facultad.

Código Seguro de Verificación:R2U2T2EH84W6HBMPCEW3MBMXXJHV8Q. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	04/06/2024
ID. FIRMA	R2U2T2EH84W6HBMPCEW3MBMXXJHV8Q	PÁGINA	2/11



La mencionada organización de la UPO centralizada y con estructuras administrativas y servicios comunes tiene indudables aspectos positivos (optimización de recursos, información centralizada, impulso al trabajo interdisciplinar entre los profesores y los centros...), pero también presenta desafíos en términos de coordinación entre los servicios centralizados y los del centro, lo que puede generar ciertas disfunciones en los aspectos que están bajo el control directo del centro.

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

En julio de 2022, la EPS de la UPO recibió el informe de evaluación de la Dirección de Evaluación y Acreditación para el seguimiento del SAIC bajo los criterios del programa IMPLANTA. Este informe contenía recomendaciones específicas para la revisión y mejora del Sistema de Aseguramiento Interno de la Calidad del Centro (SAIC), la gestión de calidad interna, el plan de mejora del centro y otros aspectos detectados en el informe de certificación. A lo largo del curso 2022/2023, el centro ha emprendido una revisión del SAIC en el marco del programa IMPLANTA, lo que ha implicado modificaciones en varios procesos tanto a nivel institucional como específicos del centro.

A lo largo del curso 2022/2023, y tomando como referencia el informe de evaluación de ACCUA, el centro ha realizado una profunda revisión del SAIC de la UPO en el marco del programa IMPLANTA, lo que se ha concretado en la revisión de algunos de los procesos Institucionales:

- PA01_UPO "Gestión y control de los documentos y los registros".
- PE03_UPO "Definición de la Política de PDI y PTGAS".
- PE05_UPO "Auditorías".
- PA06_UPO "Gestión de los recursos y servicios externos al Centro".

Esta revisión ha llevado a la modificación en la denominación de los procesos incluidos en el Mapa de Procesos de Centro:

- PA01_CC "Gestión y control de los documentos y los registros".
- PE01_CC "Elaboración, revisión y actualización de la política y los objetivos de calidad del Centro y sus Títulos".
- PC09_CC "Gestión y revisión Prácticas Académicas Externas".
- PA04_CC "Gestión de los recursos y servicios que presta el Centro".
- PA05_CC "Gestión de incidencias, reclamaciones, sugerencias y felicitaciones".

Actualmente se encuentran en fase de revisión los procesos:

- PC12_CC "Análisis de los resultados del aprendizaje"
- PA07_CC "Satisfacción necesidades y expectativas de los grupos de interés"

Se afirma que el proceso PE04_CC "Medición, análisis y mejora continua" se ha revisado ya, aunque las evidencias no muestran claramente que así ha sido, sino que se encuentra en fase de implantación.

Código Seguro de Verificación:R2U2T2EH84W6HBMPCWE3MBMXXJHV8Q. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	04/06/2024
ID. FIRMA	R2U2T2EH84W6HBMPCWE3MBMXXJHV8Q	PÁGINA	3/11



Cambio propuesto: Revisión, actualización y modificación de los procedimientos PA01, PE03, PE05 y PA06 de la UPO. Modificación de los procesos del centro: PA01, PE01, PC09, PA04, PA05.

Se acepta

Motivación:

Se han realizado la revisión de los procesos.

Cambio propuesto: Redefinición de los procesos PC12 y PA07 de centro. Revisión del proceso PE04.

No se acepta

Motivación:

Se trata de una revisión que está todavía en proceso.

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.

Satisfactorio

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.

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

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

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.

El centro ha puesto en marcha 3 acciones de mejora (a nivel de centro) para abordar algunos de los puntos señalados en el anterior informe de evaluación del SGCC. La primera está orientada a fomentar una mayor participación por parte del estudiantado en los procesos del SAIC. Para ello el SAIC es difundido entre los distintos grupos de interés conforme al Plan de Comunicación del Centro. Se realizan entre otras acciones en las Jornadas de Bienvenida y en las Jornadas de Calidad. Estas acciones son publicadas en la web del Centro. Este plan de mejora está todavía realizándose por lo que no se puede evaluar su impacto. La segunda acción de mejora está orientada a identificar mejor el periodo abarcado por la información pública en la que se basan las decisiones periódicas. El Plan de Comunicación del Centro tiene una planificación temporal de acciones y estas son publicadas en la web del centro con la fecha de realización de estas. Así mismo, la toma de decisiones se lleva a cabo mediante

Código Seguro de Verificación: R2U2T2EH84W6HBMPCEW3MBMXXJHV8Q. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma>

FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	04/06/2024
ID. FIRMA	R2U2T2EH84W6HBMPCEW3MBMXXJHV8Q	PÁGINA	4/11
			



la información aportada por el área de calidad, que está identificada por cursos académicos y mediante las reuniones que se llevan a cabo en la coordinación de los semestres, en el seno de la CGICT, la CGIC del Centro y la Junta de Facultad del Centro. De todo ello se realizan informes o se levantan actas donde aparecen los participantes y las decisiones tomadas con su fecha. La tercera acción de mejora se refiere a la propia definición del plan de mejora de centro que será publicado en la web. El resto de aspectos referidos a la implantación de los procesos sobre información pública se mantienen sin cambios respecto a la evaluación anterior.

CRITERIO 2. POLÍTICA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

Insuficiente

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

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.

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

Tras el informe de evaluación del SGCC de ACCUA, se ha definido una política de calidad en sustitución de las antiguas cartas de servicio. La Política y Objetivos de Calidad de la Facultad han sido redefinidos para asegurar su coherencia con los Objetivos Estratégicos propios de la facultad, para incrementar su conexión con los Objetivos Estratégicos de la Universidad Pablo de Olavide y hacer patente la relación entre los Objetivos de Calidad y el Plan de Mejora del Centro. Está previsto también realizar una revisión de los indicadores de los procedimientos a nivel Centro. Esta acción está todavía en marcha realizándose en la CGOC, previa revisión por el Área de Calidad y la Delegación del Rector para la Calidad. No hay todavía evidencias de su definición ni de su implantación.

El proceso de eliminación de las cartas de servicios es un paso positivo. El centro pretende que esta política se revise de forma periódica, demostrando un compromiso continuo con la mejora y la actualización basada en la evaluación constante. Queda pendiente seguir observando cómo se realiza de manera efectiva en el futuro el análisis detallado y sistemático de la política de calidad.

Las cartas de servicio se venían revisando anualmente, lo que muestra que se analizan los resultados. Tras el último informe de evaluación, el centro se encuentra en una fase de revisión de muchos de sus procesos; entre ellos el proceso PE04 "Medición, análisis y mejora continua" para mejorar la trazabilidad del ciclo completo de toma de decisiones enlazándolas de manera más clara con los análisis. No hay evidencias de que este proceso esté implantado.

El centro recopila información de sus programas formativos (tiene un proceso para ello) y dispone de herramientas de gestión de la información que han sido mejoradas. El centro ha implementado una nueva aplicación, SAIC, para recoger información sobre el desarrollo de los títulos ofrecidos. Esta herramienta reemplaza sistemas anteriores y busca eliminar duplicidades y confusiones. El repositorio Alfresco ha dejado de estar operativo pasando a ser reemplazado por la aplicación SAIC-app. Todavía se requiere un período de ajuste para su completa adaptación. Por otra parte, el centro ha acometido

Código Seguro de Verificación: R2U2T2EH84W6HBMPCEW3MBMXXJHV80. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma>

FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	04/06/2024
ID. FIRMA	R2U2T2EH84W6HBMPCEW3MBMXXJHV80	PÁGINA	5/11





una revisión profunda y actualización de la información disponible en SAIC-app para mejorar la trazabilidad documental en la toma de decisiones que están todavía en marcha.

El centro realiza un seguimiento de los resultados de su oferta formativa para tomar decisiones en base a ellos. Esto se realiza dentro de cada uno de los títulos, sin llegar a tener todavía un enfoque de centro. Es un paso positivo que se haya realizado un plan de mejora de centro, aunque este plan recoge fundamentalmente aspectos relacionados con el SAIC y no las acciones de mejora derivadas de los títulos. Este plan de mejora se centra sólo en los aspectos señalados como mejorables en el último informe de evaluación de ACCUA.

CRITERIO 3. PERSONAL DOCENTE E INVESTIGADOR

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

Insuficiente

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*

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.*

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.*

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.*

En la gestión del personal académico, se ha identificado que las responsabilidades relacionadas con la capacitación, competencia y cualificación, así como la evaluación de la calidad docente, se centralizan principalmente en la UPO. Esto limita en cierta medida la autonomía del centro en estas áreas. Sin embargo, el centro ha demostrado su capacidad para identificar las necesidades de formación del profesorado, lo que podría influir en el desarrollo de planes de formación específicos.

En respuesta a las recomendaciones de ACCUA en su informe de seguimiento anterior, la UPO ha iniciado (a nivel institucional) la implementación de un Plan de Formación para el profesorado que busca alinear los centros con el Plan Estratégico de la Universidad. Sin embargo, la efectividad de este plan aún no ha sido verificada. Sigue sin evidenciarse una vinculación directa entre el análisis de las necesidades de formación y el diseño de los programas de formación del profesorado que se organizan de manera centralizada por la UPO. Las evidencias actuales no permiten determinar cómo el diseño de los planes de formación en la UPO incorpora el análisis de las necesidades de formación identificadas en el Centro.

Código Seguro de Verificación:R2U2T2EH84W6HBMPCWEW3MBMXXJHV8Q. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	04/06/2024
ID. FIRMA	R2U2T2EH84W6HBMPCWEW3MBMXXJHV8Q	PÁGINA	6/11
			



Por otro lado, el Centro sí realiza un seguimiento efectivo de las decisiones tomadas sobre los recursos docentes, contando con un sistema para este propósito.

En el modelo DOCENTIA de la UPO, si bien no se evidencia de manera clara que sea un modelo de evaluación certificado ni en su diseño ni en su implantación por alguna agencia de evaluación, se identifica un Manual cuyo contenido manifiesta qué y cómo se evaluará al Profesorado de la UPO. De ahí se pueden identificar los instrumentos de recogida de información del programa: encuesta de opinión de los estudiantes, autoinforme del profesor, informes del responsable académico, información adicional y evidencias aportadas por el profesorado a través del Expediente del Profesor e información académica aportada desde las bases de datos institucionales.

La UPO hace públicas las convocatorias anuales, las Comisiones correspondientes y los informes globales tanto por Departamento como por Título de Grado y Máster siendo los últimos que aparecen los del curso 2020-21. Los informes reflejan los valores cuantitativos que se refieren a los 5 aspectos que se recogen en el modelo, en relación además a las dimensiones y subdimensiones del modelo.

La UPO ha definido un conjunto de indicadores derivados del proceso de evaluación de la actividad docente de DOCENTIA.

A pesar de que existe un modelo para evaluar la actividad docente, falta que tenga un alcance mayor en cuanto a profesorado evaluado y que se produzca una verdadera integración en el SAIC.

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.

Suficiente

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*

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.*

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.*

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.*

La estructura única de la UPO, caracterizada por su campus unificado, facilita una gestión centralizada de los recursos. Esta centralización contribuye a la eficiencia en la administración y al fomento de la enseñanza. Se han presentado pruebas que demuestran la asignación efectiva de la mayoría de las responsabilidades para recopilar información sobre las actividades del centro. Regularmente, el Centro

Código Seguro de Verificación:R2U2T2EH84W6HBMPCEW3MBMXXJHV8Q. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	04/06/2024
ID. FIRMA	R2U2T2EH84W6HBMPCEW3MBMXXJHV8Q	PÁGINA	7/11
			



evalúa la información recopilada para identificar la necesidad de nuevos recursos o servicios que apoyen adecuadamente el desarrollo de actividades, la gestión de recursos materiales y el personal administrativo y de servicios. Esta evaluación se realiza considerando las necesidades específicas de cada programa académico y, cuando es necesario, se comunica a las autoridades pertinentes.

Como respuesta a las indicaciones incluidas en el informe previo de seguimiento de ACCUA, el centro ha puesto en marcha un plan de mejora para establecer una mejor relación entre los indicadores de asignación de recursos materiales y su uso para la toma de decisiones. Se trata de un proceso de universidad y no de centro. Queda pendiente evaluar su implantación y efectividad.

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.

Suficiente

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

El centro realiza un análisis periódico de los resultados de los procesos de acceso, reconocimiento y certificación de los aprendizajes de los estudiantes en sus informes anuales de seguimiento llevados a cabo en diversas comisiones de calidad. Se ha comenzado a trabajar para establecer una conexión entre los análisis realizados a nivel de título y los planes de mejora de centro, aunque este proceso no está aún implantado.

Código Seguro de Verificación:R2U2T2EH84W6HBMPCEW3MBMXXJHV8Q. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	04/06/2024
ID. FIRMA	R2U2T2EH84W6HBMPCEW3MBMXXJHV8Q	PÁGINA	8/11



Se realizan algunos análisis sobre los resultados referidos a los sistemas de apoyo y orientación académica que tienen como consecuencia la puesta en marcha de acciones posteriores derivadas de ese análisis. En los planes de mejora de las titulaciones se recogen propuestas para mejorar el funcionamiento y aumentar la recogida de información de orientación. Estas medidas se encuentran aún en proceso.

Se evidencia que la Facultad analiza la mayoría de los resultados de la aplicación de las metodologías de enseñanza y evaluación de los resultados de aprendizaje para todos sus títulos, hecho que le permite 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.

En general se analiza la información referida al proceso de enseñanza/aprendizaje en los títulos, pero no se observa un plan completamente organizado al respecto que relacione acciones con resultados a nivel de centro. Es necesario, pues, tener un plan organizado a nivel de Facultad que contemple estas acciones de manera explícita y completa. Este aspecto se mantiene sin cambios respecto al informe anterior.

El centro ha realizado una revisión del proceso PC09 "Gestión y Revisión de las Prácticas Externas" para mejorar este aspecto (pendiente de aprobación). Sobre las prácticas externas hay diversas acciones en proceso definidas en sus planes de mejora en los títulos. Tanto las prácticas externas como la gestión del TFG se analizan en los informes de seguimiento de los grados. Se recomienda seguir trabajando en este aspecto.

5. Seguimiento Plan de mejora del Centro.

Insuficiente

La Facultad presenta un plan de mejora del centro en el que se integran todas las acciones de mejora que afectan al centro, aunque no integran las que proceden de los planes de mejora de cada uno de los títulos. Las acciones de mejora incluidas son fundamentalmente aquellas que en los informes de evaluación del SGCC de ACCUA se han señalado como áreas de mejora. Deben diseñarse o definirse acciones detectadas por el propio Centro derivadas del análisis de los resultados de la implantación del SAIC. Este plan de mejora se encuentra todavía en su primera versión (julio 2023) por lo que debe observarse en el futuro cómo se desarrolla su implantación.

6. Aspectos detectados en el informe de certificación.

Motivación conjunta sobre la valoración de las acciones realizadas para atender a los aspectos detectados en el informe de certificación:

Se detectaron 1 No Conformidad (NC) mayor y 4 NC menores y se pusieron de manifiesto observaciones y oportunidades de mejora de carácter voluntario en el informe de auditoría que ANECA llevó a cabo en 2016 con motivo de la certificación de la implantación del SGIC (ahora SAIC). En el informe de

Código Seguro de Verificación:R2U2T2EH84W6HBMPCEW3MBMXXJHV8Q. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	04/06/2024
ID. FIRMA	R2U2T2EH84W6HBMPCEW3MBMXXJHV8Q	PÁGINA	9/11



seguimiento IMPLANTA de julio de 2022 se expresó que en ese momento no se encontraron evidencias de los aspectos destacados en cada una de las no conformidades ni de su resolución en su caso.

En la actualidad, a través del autoinforme que la Facultad de Ciencias Experimentales realiza para este seguimiento, se evidencia que en la web del Centro en el apartado de Calidad se encuentran los autoinformes de seguimiento del Centro correspondientes a 2017, 2018 y 2019 en el que se establece la Planificación de acciones en relación con las NC y las oportunidades de mejora y su transcurso temporal considerándolas cerradas, en proceso o no iniciadas pero propuestas. No obstante, en todos estos informes no se identifican claramente cuáles fueron las NC ni mayor ni menores —igualmente no se identifican a través del autoinforme para esta evaluación— si bien la mayor se entiende que tiene que ver con el plan de Control Documental y de Registros del SGIC (hoy SAIC) del Centro.

En respuesta a estos tres informes de la Facultad de Ciencias Experimentales, la ANECA estimó oportuno mantener la Certificación AUDIT —si bien no hay informe detallado de resolución de NC— durante un año en cada uno de los tres años de seguimiento. En 2019, el Centro, a raíz de la reacreditación de sus 3 Grados, recibió el Informe de ACCUA que le permite obtener el reconocimiento de Acreditación Institucional.

Por ello, en la actualidad se supone que la Facultad de Ciencias Experimentales ha venido trabajando en la mejora y en resolver esas NC y esas oportunidades de mejora, si bien, al no tener evidencia explícita de ellas, no se puede valorar en su justa medida el grado de resolución al menos de las NC. Es evidente que el centro ha realizado cambios sustanciales en el SGIC certificado en su momento para convertirlo en su nuevo SAIC, cuyos procesos se están adaptando de manera que esos cambios y su implantación se vienen valorando en los diferentes epígrafes de los informes IMPLANTA de ACCUA.

Por tanto, al no disponer de la información necesaria respecto de las no conformidades que debía atender el Centro, no se ha podido constatar la consecución y tratamiento dado a éstas en este proceso de evaluación. El Centro debe aportar la información correspondiente de este apartado de manera clara y concisa en su caso.

7. Conclusiones de seguimiento

Tomando como referencia las evidencias aportadas en cada uno de los criterios de este seguimiento se han detectado deficiencias que muestran que todavía no se ha realizado una completa implantación del sistema de aseguramiento interno de calidad que constituya una herramienta de gobernanza a nivel de centro.

Estando próxima la renovación de la acreditación institucional, la comisión pone de manifiesto que estas deficiencias deben abordarse de manera inmediata.

Las más relevantes son:

- La consolidación en el SAIC de un verdadero enfoque de centro que se debe poner de manifiesto, entre otros aspectos, en la forma de gestionar el plan de mejora del centro.

Código Seguro de Verificación:R2U2T2EH84W6HBMPCEW3MBMXXJHV8Q. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	04/06/2024
ID. FIRMA	R2U2T2EH84W6HBMPCEW3MBMXXJHV8Q	PÁGINA	10/11



- En algunos casos, completar el ciclo de calidad y mejora que debe soportar la toma de decisiones.
- Implantación de un verdadero cuadro de mando de Centro integrado con la Política de calidad del Centro
- Revisión de la totalidad de los procesos pendientes desde el seguimiento anterior.

En muchos de los aspectos que se señalan se han producido avances respecto al seguimiento anterior pero debido al breve tiempo transcurrido desde la puesta en marcha de esos cambios, no se evidencia todavía su impacto.

En Córdoba, a fecha de la firma electrónica

EL DIRECTOR

Código Seguro de Verificación:R2U2T2EH84W6HBMPCEW3MBMXXJHV80. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	04/06/2024
ID. FIRMA	R2U2T2EH84W6HBMPCEW3MBMXXJHV80	PÁGINA	11/11
			