Informe definitivo SISCAL Certificación: Facultad de Veterinaria / UAX / 2026 / SISCAL Certificación

DATOS DE LA EVALUACIÓN

Institución solicitante:	Universidad Alfonso X el Sabio
Centro a evaluar:	Facultad de Veterinaria - 28051396

MIEMBROS DEL PANEL EVALUADOR

Presidente/a:	Gloria Zaballa Pérez (Universidad de Deusto)
Vocales:	Francisco Conde Oria (Universidad de Cantabria), Isabel García Soler
Secretario/a:	Alicia Presencio Herrero

DATOS DE LA VISITA

Fecha de inicio:	8 de julio de 2026
Fecha fin:	8 de julio de 2026

COMPOSICIÓN DEL COMITÉ DE CERTIFICACIÓN

Presidente/a:	Federico Morán Abad
Vocales:	Belén Floriano Pardal (Universidad Pablo de Olavide), Raquel Coterillo Laso (Universidad de Cantabria), Alberto Peinado Dominguez (Universidad de Málaga)
Secretario/a:	Raúl de Andrés Pérez

CRITERIOS GENERALES

Este informe recoge la valoración del Sistema Interno de Garantía de la Calidad del centro evaluado de acuerdo con los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d realizada por el panel evaluador en base a la documentación y registros facilitados por el centro evaluado y a las entrevistas realizadas con los grupos de interés.

Para cada directriz el panel evaluador indica el grado de cumplimiento de esta de acuerdo a la escala establecida por el modelo SISCAL madri+d:

- A. Cumplimiento excelente.
- B. Cumplimiento suficiente.
- C. Cumplimiento suficiente con necesidad de mejora.
- D. Cumplimiento insuficiente.

Observaciones

-

Criterio 1.- Política de aseguramiento de la calidad

ESTRATEGIA Y DESPLIEGUE DEL SISTEMA DE CALIDAD.
El centro establece una política de aseguramiento de la calidad, que tiene en cuenta la estructura y el contexto de la organización, los requisitos de los grupos de interés, tanto internos y externos, y que se alinee con su gestión estratégica.

Descripción de procedimientos SIGC

Descripción global de los procedimientos y normativa del SIGC que establecen los mecanismos establecidos para dar respuesta al criterio y las directrices en que se desarrolla.

La Universidad cuenta con los siguientes procedimientos plenamente funcionales:
- El proceso estratégico PE01.01, "POLÍTICA DE CALIDAD", mediante el cual se establece y despliega la política de aseguramiento de la calidad, asegurando su adecuación a la estructura institucional y su alineación con la planificación estratégica.
- El proceso estratégico PE01.02, "PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA", que describe la metodología para el diseño y despliegue de la estrategia de la Universidad, integrando además la sistemática para la gestión del riesgo.
- El proceso operativo PO03.04, "COORDINACIÓN", que regula la articulación académica entre centros, profesorado, estudiantes y títulos para garantizar la uniformidad en la gestión de los títulos y una experiencia satisfactoria para el estudiantado.
- El proceso operativo PO06.01, "INSTRUMENTOS DE REVISIÓN, SEGUIMIENTO Y MEJORA", que establece la sistemática para fomentar la participación de los grupos de interés en la mejora de las titulaciones a través de los Grupos de Mejora y las Comisiones de Seguimiento y Mejora.

El centro dispone de un Sistema Interno de Garantía de Calidad formalmente estructurado y documentado, integrado en el Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad Alfonso X el Sabio y alineado con los requisitos de SISCAL y de la norma ISO 9001:2015. El Manual de Calidad describe la arquitectura general del sistema, la política de calidad, los macroprocesos y los procedimientos que permiten su despliegue en los distintos centros de la Universidad.

La Política de Calidad es única para toda la Universidad, aplica a todos los centros y actividades, y se despliega mediante los planes de iniciativas de Facultad y los objetivos de calidad institucionales. Su desarrollo se articula principalmente a través del procedimiento PE01.01 Política de Calidad, que regula su diseño, aprobación, difusión, despliegue y revisión, y del procedimiento PE01.02 Planificación Estratégica, que establece la metodología para definir y desplegar la estrategia institucional, incorporando el análisis del entorno, la identificación de riesgos y oportunidades, las necesidades de los grupos de interés, los resultados de satisfacción y el marco regulatorio.

El sistema se complementa con procedimientos e instrumentos que permiten su seguimiento operativo y su mejora continua, entre ellos PO03.04 Coordinación y PO06.01 Instrumentos de Revisión, Seguimiento y Mejora. Estos mecanismos favorecen la articulación académica entre centros, profesorado, estudiantes y títulos, así como la participación de los grupos de interés a través de las Comisiones de Seguimiento y Mejora en sus distintos niveles: titulación, centro y universidad.

Asimismo, el SIGC incorpora informes de revisión por la dirección, informes anuales de Facultad y de titulación, planes de mejora, planes de iniciativas, actas de las SIM e indicadores asociados a los procesos. Esta documentación permite realizar el seguimiento de la política de calidad, valorar el grado de cumplimiento de los objetivos y orientar la toma de decisiones hacia la mejora continua.

Se constata un despliegue suficiente de la política de aseguramiento de la calidad y de los procedimientos vinculados a este criterio. Como aspectos de mejora, conviene reforzar la definición del alcance de algunos procesos, revisar determinados indicadores para que midan con mayor precisión la eficacia del despliegue de la política, mejorar la representación documental de la interrelación entre procesos y completar algunos elementos de información pública asociados al SIGC. El criterio se considera adecuadamente desarrollado.

Directriz 1.1

La institución debe establecer formalmente una política de calidad que dé soporte a la cultura de calidad.
En el caso del SIGC en cuyo alcance se incluyan las enseñanzas propias la política de calidad debe considerarlas específicamente.
En el caso de centros que imparten programas de doctorado la estrategia de investigación debe estar reflejada en la política de

calidad específicamente.

Análisis de las evidencias disponibles:
La Universidad Alfonso X el Sabio dispone de una Política de Calidad formalmente establecida, aprobada y públicamente disponible, que da soporte a la cultura de calidad institucional y orienta el despliegue de su estrategia universitaria. Esta política constituye una declaración explícita del compromiso de la Universidad con la mejora continua, la excelencia académica, la satisfacción de los grupos de interés y la adecuación del sistema a su contexto organizativo.

La Política de Calidad se encuentra alineada con el procedimiento PE01.01 Política de Calidad, que regula los mecanismos para su diseño, aprobación, difusión, despliegue y revisión dentro del Sistema Interno de Garantía de Calidad. Asimismo, se integra con la planificación estratégica institucional, lo que permite vincular la política de calidad con los objetivos generales de la Universidad y con el despliegue del sistema en los distintos centros.

La política da cobertura a los distintos niveles formativos incluidos en el alcance del SIGC, incluyendo las enseñanzas oficiales, la formación permanente y los programas de doctorado. En el caso de la Facultad de Veterinaria, se aprecia además la vinculación de la política de calidad con la actividad científica, la estrategia de investigación, la transferencia de conocimiento y los requerimientos propios de la formación doctoral, de acuerdo con la naturaleza del centro y de su oferta académica.

La documentación analizada permite constatar que la Política de Calidad está disponible tanto en la página web institucional como en SharePoint, lo que favorece su difusión entre los distintos grupos de interés y contribuye a consolidar una cultura de calidad compartida.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 1.2

En la definición y revisión de la política de calidad se debe tener en cuenta la opinión de diferentes grupos de interés relacionados con el centro y los programas formativos impartidos: estudiantado, profesorado, personal de apoyo, personas egresadas y empleadores.

Análisis de las evidencias disponibles:
La Universidad Alfonso X el Sabio contempla la participación de los distintos grupos de interés en la definición y revisión de su Política de Calidad mediante mecanismos sistemáticos de consulta y análisis. Este procedimiento permite recoger la opinión del estudiantado, profesorado, personal de apoyo, personas egresadas y empleadores, de forma que la política de calidad pueda revisarse teniendo en cuenta las necesidades, expectativas y valoraciones de los colectivos vinculados al centro y a los programas formativos impartidos.

Entre los mecanismos implantados destaca el cuestionario de revisión de la Política de Calidad, remitido a diferentes grupos de interés para recoger su percepción sobre la adecuación de dicha política y su grado de alineación con las expectativas institucionales y académicas. Las respuestas obtenidas se integran en el Informe de Revisión por la Dirección, donde se analizan y se utilizan como base para la definición y revisión de los Objetivos de Calidad.

Asimismo, los informes anuales de Facultad y de Titulación incorporan información procedente de los distintos grupos de interés, incluyendo resultados de satisfacción, indicadores académicos, experiencias, quejas, sugerencias y acciones de mejora. Esta información se complementa con las Comisiones de Seguimiento y Mejora de las Titulaciones, que actúan como órganos de revisión activa y retroalimentación, y permiten canalizar las valoraciones de los colectivos implicados en el desarrollo de los títulos.

La Política de Calidad es aprobada por los órganos competentes de la Universidad, teniendo en cuenta la información recabada a través de estos mecanismos de participación. Se valora positivamente la existencia de una sistemática formal para consultar a los grupos de interés e integrar sus aportaciones en los procesos de planificación, revisión y mejora del Sistema Interno de Garantía de Calidad.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 1.3

El centro debe desplegar adecuadamente la política de calidad, mediante un sistema interno de garantía de calidad documentado, estableciendo objetivos de calidad y dotándose de mecanismos de medición y de realimentación.

Análisis de las evidencias disponibles:
El centro dispone de un Sistema Interno de Garantía de Calidad formalmente documentado, integrado en el Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad Alfonso X el Sabio y alineado con los requisitos de SISCAL y de la norma ISO 9001:2015. El Manual de Calidad describe la estructura del sistema, la política de calidad, los macroprocesos, los procesos definidos y los mecanismos de seguimiento y revisión asociados.

El despliegue de la política de calidad se articula principalmente a través del procedimiento PE01.01 Política de Calidad, en coherencia con la planificación estratégica institucional. A partir del Plan Estratégico y del Plan de Transformación 2030, la Facultad concreta sus líneas de trabajo mediante objetivos de calidad, planes de iniciativas, planes de mejora y planes de acción, que permiten conectar la política institucional con la actividad ordinaria del centro.

La definición de objetivos de calidad se realiza de forma estructurada y alineada con la estrategia de la Universidad. Estos objetivos se recogen en documentos específicos que incorporan origen del objetivo, indicadores de medición, resultados esperados, acciones, recursos necesarios, responsables, fechas de inicio y fin, valor conseguido y estado de implantación. Esta sistemática permite establecer referencias para la evaluación del desempeño del sistema y para el seguimiento de las metas institucionales y de centro.

Se evidencian mecanismos de medición, seguimiento y realimentación a través del Informe de Revisión por la Dirección, los informes anuales de Facultad y de Titulación, las actas de los Comités de Seguimiento y Mejora, los planes de mejora, los planes de iniciativas y los planes de acción. Las actas SIM constituyen un elemento central del sistema, ya que permiten revisar periódicamente el funcionamiento de los títulos y del centro, incorporando el análisis de resultados académicos, recursos, satisfacción de los grupos de interés y acciones de mejora.

Asimismo, el plan de iniciativas de la Facultad se trabaja mediante un documento de seguimiento que se revisa periódicamente en los Comités de Gestión y Calidad. En el informe anual del centro se recoge el despliegue de iniciativas alineadas con el Plan de Transformación 2030, incluyendo actuaciones vinculadas a U-Labs, UAX Skill School, contratación de doctores, adaptación a SISCAL, impulso del modelo UAX Maker, investigación y continuidad de programas de postgrado.

En conjunto, se considera que el centro dispone de un sistema de calidad adecuadamente desplegado, con objetivos definidos, mecanismos de seguimiento y revisión, indicadores asociados y herramientas de mejora continua que permiten asegurar la coherencia entre la política de calidad y su implementación en los distintos niveles del centro.

Como aspectos de mejora, conviene reforzar la representación documental de la interrelación entre los procesos del sistema, revisar aquellos indicadores que miden de forma limitada la eficacia real del proceso y enriquecer el análisis del informe anual de centro detallando la evolución específica de cada objetivo o incorporando el documento de seguimiento correspondiente. También resulta conveniente avanzar en una presentación más desagregada de los resultados de los indicadores a nivel de centro, para facilitar su análisis y su utilización en la toma de decisiones.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 1.4

El estudiantado es uno de los grupos de interés clave para los centros universitarios, por lo que debe ser considerado de forma singular en el despliegue de la política de calidad.

Análisis de las evidencias disponibles:
El estudiantado está formalmente integrado como grupo de interés relevante en el despliegue del Sistema Interno de Garantía de Calidad y participa en los principales mecanismos de revisión, seguimiento y mejora del centro. Su presencia queda reflejada en las Comisiones de Seguimiento y Mejora, tanto a nivel de titulación como de Facultad, donde interviene en el análisis de aspectos

vinculados a la implantación de los programas formativos, los recursos disponibles, la información pública, los resultados de satisfacción y las acciones de mejora asociadas.

Asimismo, la Universidad contempla la participación del estudiantado en los procesos de revisión de la Política de Calidad mediante cuestionarios específicos, cuyas respuestas son analizadas e incorporadas al proceso de revisión institucional. Este mecanismo permite recoger de forma estructurada la percepción del estudiantado y contribuye a integrar su valoración en el ciclo de mejora del sistema.

Los planes de mejora del centro recogen acciones derivadas del análisis de resultados y de las aportaciones de los distintos grupos de interés, entre ellos el estudiantado, lo que favorece su consideración en la toma de decisiones. En este sentido, se constata que el estudiantado dispone de cauces formales de participación en la gobernanza de la calidad y en la revisión del funcionamiento de los títulos.

Como aspecto de mejora, conviene reforzar la especificidad de los instrumentos de consulta, de forma que cada mecanismo de recogida de información tenga claramente definido su objeto, su finalidad y su uso posterior en los procesos de análisis y mejora. Esta delimitación permitiría una trazabilidad más precisa entre la opinión del estudiantado, las decisiones adoptadas y las acciones implantadas.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 1.5

Se deben establecer claramente los órganos de análisis y toma de decisiones del Sistema Interno de Garantía de Calidad y la participación de representantes de los grupos de interés en los mismos.

Análisis de las evidencias disponibles:
El Sistema Interno de Garantía de Calidad define de manera clara y estructurada los principales órganos responsables del análisis, seguimiento y toma de decisiones, así como sus funciones, responsabilidades y mecanismos de participación. Esta estructura queda recogida en el Manual de Calidad, documento de referencia institucional que describe la arquitectura general del sistema, los órganos de gobierno del sistema de gestión y calidad, la identificación de las partes interesadas, la política de calidad y la organización de los procesos.

Las Comisiones de Seguimiento y Mejora constituyen órganos clave para el despliegue de la cultura de calidad y la mejora continua. De acuerdo con el procedimiento PO06.01 Instrumentos de Revisión, Seguimiento y Mejora, se identifican tres niveles de actuación: Comisión SIM de título, Comisión SIM de centro y Comisión SIM de universidad. Esta estructura permite articular el análisis y la toma de decisiones desde los distintos niveles organizativos, favoreciendo la coherencia entre los objetivos institucionales, las necesidades del centro y el seguimiento específico de los títulos.

En estas comisiones participan representantes de los principales grupos de interés, incluyendo responsables académicos, profesorado, estudiantado y personal de administración y servicios. Las comisiones cuentan con presidencia, secretaría y vocalías, y sus miembros disponen de voz y voto, lo que favorece una dinámica participativa en el análisis de resultados, necesidades y acciones de mejora. Además, se contempla la posibilidad de invitar a responsables de las temáticas tratadas cuando resulte necesario para el adecuado desarrollo de las sesiones.

Las actas analizadas evidencian que en las SIM se abordan de forma sistemática aspectos relevantes del funcionamiento del centro y de los títulos, como la implantación del plan de estudios, los resultados académicos, los recursos disponibles, la satisfacción de los grupos de interés, la información pública y las acciones de mejora. Este funcionamiento permite establecer una trazabilidad suficiente entre el análisis realizado, la toma de decisiones y el seguimiento de las actuaciones derivadas.

En conjunto, se considera que el centro dispone de órganos claramente definidos para el análisis y la toma de decisiones del SIGC, con participación de representantes de los grupos de interés y con una estructura coherente para canalizar la revisión y mejora continua del sistema.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 1.6

Se deben establecer mecanismos eficaces para que los grupos de interés conozcan la política y el Sistema Interno de Garantía de Calidad.

Análisis de las evidencias disponibles:
El centro dispone de mecanismos formales y multicanal para garantizar la difusión de la Política de Calidad y del Sistema Interno de Garantía de Calidad entre los distintos grupos de interés. Entre estos mecanismos se incluyen la página web institucional, el espacio web específico de la Facultad, el Campus Virtual MyUAX, SharePoint/SIUAX y las comunicaciones internas, lo que permite articular canales diferenciados para grupos de interés internos y externos.

La página web institucional actúa como canal público de difusión y facilita el acceso de la comunidad universitaria y de la sociedad a los elementos esenciales del SIGC, incluyendo la Política de Calidad, el Manual de Calidad, la Memoria de Calidad, la certificación ISO 9001:2015, el buzón de quejas, sugerencias y felicitaciones y el mapa de procedimientos estratégicos, operativos y de apoyo de la Universidad. Asimismo, la Facultad cuenta con un espacio web específico que centraliza información relevante del SIGC y refuerza la transparencia del sistema.

En el ámbito interno, SharePoint/SIUAX aloja documentación del sistema, como procedimientos, formatos, indicadores y registros, accesible para los grupos de interés internos. Por su parte, el Campus Virtual MyUAX funciona como entorno complementario para la difusión de la cultura de calidad y el acceso a información institucional, incluyendo el Sistema de Gestión y Calidad, el tablón de anuncios, los planes de formación, las herramientas de evaluación del desempeño y otra documentación de apoyo.

Además, se constata el uso de comunicaciones dirigidas a los grupos de interés, como el correo de consulta sobre la Política de Calidad, que cumple una doble función: informar sobre su contenido y recabar aportaciones en el marco de su revisión periódica. Las actas de las Comisiones de Seguimiento y Mejora reflejan, asimismo, la revisión de los canales utilizados para difundir la política y el SIGC, incluyendo web, campus virtual y otros medios institucionales.

En conjunto, se considera que el centro dispone de mecanismos adecuados para favorecer el conocimiento de la Política de Calidad y del SIGC por parte de los grupos de interés. Como aspectos de mejora, conviene completar la información disponible en la web de la Facultad con los informes de seguimiento de los títulos, resultados de satisfacción, cuadro de mando de indicadores y plan de mejoras del doctorado, así como reforzar la vinculación documental entre la difusión del SIGC y el procedimiento PE04.02 Información Pública.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 1.7

La política y los objetivos de calidad deben ser revisados de forma periódica para asegurar su vigencia, analizando resultados obtenidos en los procesos de mejora continua.

Análisis de las evidencias disponibles:
El centro dispone de mecanismos formales para la revisión periódica de la Política de Calidad y de los objetivos asociados, lo que permite asegurar su vigencia, adecuación al contexto institucional y alineación con la estrategia de la Universidad. Esta revisión se articula a través del Comité de Calidad, las Comisiones de Seguimiento y Mejora, los informes de revisión por la dirección, los informes anuales de Facultad y las reuniones de Gestión y Calidad del centro.

El Comité de Calidad actúa como órgano central de revisión del Sistema Interno de Garantía de Calidad, incorporando el análisis del despliegue de la política, el seguimiento de los objetivos establecidos y la revisión de los planes de iniciativas. Este proceso permite conectar la planificación estratégica con su ejecución operativa y favorece la toma de decisiones orientada a la mejora continua.

Los Objetivos de Calidad se definen y revisan de forma periódica, incorporando indicadores de seguimiento que permiten valorar su grado de cumplimiento. Estos objetivos se integran en el ciclo de planificación institucional y se analizan a través de distintos instrumentos del SIGC, entre ellos el Informe de Revisión por la Dirección, el Informe Anual de Facultad y las actas de

seguimiento correspondientes.

Las Comisiones de Seguimiento y Mejora recogen la revisión periódica de la política de calidad a nivel de título y de Facultad, incluyendo aportaciones de los grupos de interés. Asimismo, el plan de iniciativas del centro se revisa periódicamente en los Comités de Gestión y Calidad, mediante un documento de seguimiento que permite valorar el avance de las actuaciones previstas.

Se constata que el sistema permite analizar resultados, identificar desviaciones y proponer acciones de mejora. Como aspectos de mejora, conviene revisar la formulación de algunos KPI y metas para reforzar su auditabilidad y su utilidad en el seguimiento. En particular, se recomienda evitar redundancias entre KPI y valor objetivo, completar la descripción de las fases de ejecución de iniciativas como el Plan de Carrera y asegurar que los indicadores y las metas se consignen correctamente en las iniciativas de investigación y captación.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Valoración global del criterio

VALORACIÓN GLOBAL:
B. Cumplimiento suficiente

Oportunidades de Mejora

Aspectos que SIN COMPROMETER de forma sustantiva el cumplimiento alguna directriz del criterio y que pueden ser objeto mejora en cuanto a eficiencia o eficacia del sistema

- Reforzar la definición del alcance de algunos procesos, de forma que todas las actividades descritas en el procedimiento queden recogidas de manera expresa y coherente.

- Mejorar la representación documental de la interrelación entre los procesos del SIGC, con el fin de evidenciar con mayor claridad cómo se articula el ciclo de mejora continua entre política de calidad, planificación, seguimiento, análisis de resultados y acciones de mejora.

- Revisar los indicadores asociados al procedimiento PE01.01 Política de Calidad, de manera que permitan valorar con mayor precisión la eficacia real del despliegue de la política. En particular, conviene que el indicador no se limite a medir la tasa de respuesta del formulario de revisión, sino que aporte información sobre el grado de implantación y utilidad de la política de calidad.

- Enriquecer el análisis del informe anual de centro, incorporando una explicación más detallada de la evolución específica de cada objetivo de calidad o, en su caso, adjuntando el documento de seguimiento correspondiente.

- Reforzar la especificidad de los instrumentos de consulta dirigidos a los grupos de interés, especialmente al estudiantado, para que cada mecanismo tenga claramente definido su objeto, su finalidad y su uso posterior en los procesos de mejora.

- Completar la información disponible en la web de la Facultad con informes de seguimiento, resultados de satisfacción, cuadro de mando de indicadores y plan de mejoras del doctorado, reforzando así la transparencia y el acceso de los grupos de interés a la información del SIGC.

- Reformular determinados KPI y metas del plan de iniciativas cuando exista redundancia entre ambos, cuando el indicador mida únicamente la oferta inicial o cuando los valores cuantitativos se hayan consignado en campos que no correspondan.

- Completar la descripción de las fases de ejecución de iniciativas como el Plan de Carrera, de forma que el seguimiento permita valorar el grado real de desarrollo, implantación y eficacia de la actuación.

Necesidades de Mejora

Detalle de los aspectos que COMPROMETEN el cumplimiento alguna directriz del criterio y que deben ser objeto mejora para poder asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "C".

No cumplimientos

Detalle de los aspectos implican el no cumplimiento de los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d, e IMPIDEN asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "D".

Criterio 2.- Gestión de la oferta formativa

GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS TÍTULOS.

Garantía de la calidad de los títulos.
El centro establece mecanismos para establecer su oferta formativa, revisándola de forma periódica.

Descripción de procedimientos SIGC

Descripción global de los procedimientos y normativa del SIGC que establecen los mecanismos establecidos para dar respuesta al criterio y las directrices en que se desarrolla.

a gestión de la oferta formativa de la Facultad se apoya en un marco procedimental definido dentro del Sistema Interno de Garantía de Calidad, que permite establecer, revisar y actualizar los títulos impartidos de acuerdo con la estrategia institucional, la normativa vigente y las necesidades de los grupos de interés.

El principal marco de referencia se sitúa en el macroproceso PE03 Diseño de la Oferta Formativa, que integra el procedimiento PE03.01 Innovación y Estrategia de Portfolio de Titulaciones Universitarias Oficiales y Títulos Propios y el procedimiento PE03.02 Verificación y Modificación de Títulos Oficiales y Formación Permanente. A través de estos procedimientos se regula la identificación de nuevas titulaciones, la modificación del portfolio formativo, la verificación, implantación, aprobación, registro, modificación y, en su caso, extinción de los títulos universitarios.

Este marco se complementa con el procedimiento PE06.01 Necesidades y Expectativas de los Grupos de Interés, que establece la metodología para identificar las partes interesadas que afectan al sistema de gestión, así como sus necesidades, expectativas y requisitos. De este modo, el diseño y revisión de la oferta formativa se vincula con la información procedente de estudiantes, profesorado, personal de apoyo, egresados, empleadores y otros agentes relevantes.

En el caso de los estudios de doctorado, el procedimiento PO03.12 Doctorado desarrolla de forma específica la gestión académica del programa, regulando el acceso, la admisión, la matriculación, el seguimiento académico anual, la evaluación del progreso del doctorando, la dirección de tesis, la presentación y defensa de la tesis doctoral, así como las menciones internacional, industrial y de cotutela. Este procedimiento permite dar respuesta a las particularidades normativas y académicas propias del tercer ciclo.

Asimismo, el procedimiento PO06.01 Instrumentos de Revisión, Seguimiento y Mejora articula la revisión periódica de las titulaciones a través de las Comisiones de Seguimiento y Mejora, los informes anuales de titulación y de Facultad, los planes de mejora y los indicadores de satisfacción y rendimiento académico. Estos mecanismos permiten valorar la implantación de los títulos, analizar resultados, revisar compromisos adquiridos en las memorias de verificación y proponer acciones de mejora.

Directriz 2.1

El centro define su oferta formativa en el marco de la estrategia de la institución y cumpliendo con los requisitos establecidos en la legislación vigente.
En el caso del SIGC en cuyo alcance se incluyan las enseñanzas propias, los órganos de gobierno de la universidad regularán mediante una normativa específica como mínimo las condiciones de impartición, las plazas disponibles, el plan de estudios, la participación de profesorado propio de la universidad y del externo, y los precios de dichos títulos que, en las universidades públicas, serán aprobados por el Consejo Social.
En el caso de centros que imparten programas de doctorado se debe establecer la reglamentación requerida por la normativa

vigente sobre los estudios de doctorado: duración, prórrogas, defensa de tesis, supervisión, directores y tutores de tesis, perfiles de estudiantes de doctorado, etc.

Análisis de las evidencias disponibles:
La Facultad de Veterinaria define su oferta formativa en el marco de la estrategia institucional de la Universidad Alfonso X el Sabio y conforme a los requisitos establecidos en la legislación vigente. La gestión de dicha oferta se articula a través del macroproceso PE03 Diseño de la Oferta Formativa, actualizado en 2025 y adaptado al Real Decreto 822/2021, que regula la definición, revisión, modificación y extinción de titulaciones.

El procedimiento PE03.01 Innovación y Estrategia de Portfolio de Titulaciones Universitarias Oficiales y Títulos Propios establece el marco para la identificación, definición, revisión y actualización de la oferta formativa, en coherencia con la estrategia institucional y con las necesidades socioeconómicas del entorno. Las propuestas de innovación permiten documentar actuaciones vinculadas a la ampliación de plazas, la incorporación de nuevos programas formativos y la adaptación del portfolio académico.

Asimismo, los análisis de viabilidad permiten registrar de forma sistemática las solicitudes de modificación de plazas, las actualizaciones de los planes de estudios, la adaptación a cambios normativos y la participación de los grupos de interés en el diseño y revisión de la oferta formativa. Entre las evidencias analizadas se incluye documentación relativa a la modificación del Grado en Veterinaria para ampliar 60 plazas e incorporar asignaturas al plan de estudios.

En el caso de los programas de doctorado, el centro dispone del Reglamento de Estudios de Doctorado y del procedimiento PO03.12 Doctorado, estructurado en subprocesos específicos. Esta normativa regula los aspectos exigidos por la legislación vigente, incluyendo acceso, admisión, duración, seguimiento académico anual, evaluación del progreso, supervisión, asignación de tutores y directores, depósito, presentación y defensa de la tesis doctoral, composición del tribunal, calificaciones y menciones internacional, industrial y de cotutela.

La documentación analizada permite apreciar que la oferta formativa del centro se define mediante procedimientos institucionales establecidos, alineados con la estrategia de la Universidad y con los estándares de verificación de titulaciones oficiales. Como aspecto de mejora, conviene clarificar en qué órgano o informe de centro se analiza la adecuación global de la oferta formativa y la continuidad entre grado, posgrado y doctorado.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 2.2

Se deben establecer los procedimientos necesarios para diseñar, aprobar, revisar, modificar y extinguir las titulaciones que se imparten, asegurando en todos los casos los derechos de los estudiantes.
En el caso del SIGC en cuyo alcance se incluyan las enseñanzas propias se deben implementar procedimientos para la emisión de los informes del Sistema Interno de Garantía de Calidad para los Másteres de Formación Permanente.

Análisis de las evidencias disponibles:
El centro dispone del procedimiento PE03.02 Verificación y Modificación de Títulos Oficiales y Formación Permanente, que regula el ciclo de vida completo de las titulaciones oficiales y de formación permanente, incluyendo su diseño, aprobación, revisión, modificación y, en su caso, extinción. Este procedimiento establece una sistemática estructurada de actuación que garantiza la intervención de los órganos competentes, la alineación de las decisiones con la oferta académica institucional y el cumplimiento de los requisitos normativos aplicables.

La documentación analizada permite apreciar que la Universidad dispone de mecanismos para autorizar e implantar las titulaciones que integran la oferta académica aprobada por el Comité de Innovación, así como para gestionar su revisión y modificación. Entre las evidencias revisadas se incluyen dossieres y documentación de implantación y modificación de títulos, como la modificación del Grado en Veterinaria para ampliar plazas e incorporar asignaturas al plan de estudios.

Asimismo, el sistema cuenta con mecanismos de soporte documental, como el repositorio TIUAX y los apartados de calidad de la web de los títulos, en los que se agrupan memorias de verificación, informes de evaluación externa y documentación vinculada al seguimiento de las titulaciones. Esta organización documental contribuye a la trazabilidad de los procesos y a la custodia de la información oficial relativa a los títulos.

El seguimiento de las titulaciones se realiza a través de las Comisiones de Seguimiento y Mejora de titulación, en las que participan representantes de los grupos de interés internos, así como mediante informes anuales de titulación y planes de mejora. Estos instrumentos permiten analizar la implantación de los títulos, revisar los compromisos adquiridos en las memorias de verificación y proponer acciones de mejora cuando resulta necesario.

En el caso del programa de doctorado, el procedimiento PO03.12 Doctorado, estructurado en subprocesos específicos, regula el acceso y admisión del estudiantado, el seguimiento académico anual, la evaluación de su progreso y los pasos necesarios para la presentación y defensa de la tesis doctoral, de acuerdo con la normativa vigente.

Como aspecto de mejora, se identifica la necesidad de analizar la satisfacción con el plan de estudios, vinculada al procedimiento PE03.02, dado que el indicador se sitúa por debajo del estándar de calidad establecido. En concreto, la satisfacción con el plan de estudios alcanza un 6,5 en el curso 2024-2025, frente al objetivo de 7,5, con valores previos de 7 en 2022-2023 y 6,8 en 2023-2024. Conviene incorporar acciones específicas con responsable, plazo e indicador de eficacia que permitan analizar las causas y mejorar la evolución de este resultado.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 2.3

Los procedimientos de gestión de la oferta formativa deben considerar, al menos, los siguientes elementos:

- *Incorporación de expectativas y necesidades de los grupos de interés internos y externos en el diseño y modificación de los programas formativos.*
- *Establecimiento de los órganos relacionados con el diseño, aprobación, revisión, modificación y extinción de los programas formativos.*
- *Identificación del tipo de información que se debe analizar en los procesos de diseño, aprobación, revisión, modificación y extinción de los programas formativos.*
- *El seguimiento de los compromisos establecidos en la memoria de verificación de los títulos oficiales impartidos.*

Análisis de las evidencias disponibles:
El centro dispone de procedimientos normalizados para la gestión de la oferta formativa que contemplan los elementos exigidos por la directriz. El procedimiento PE06.01 Necesidades y Expectativas de los Grupos de Interés establece la metodología para identificar las partes interesadas, recoger sus necesidades y expectativas, vincularlas con los procesos del SIGC y realizar el seguimiento de las actuaciones asociadas.

Asimismo, los procedimientos PE03.01 Innovación y Estrategia de Portfolio y PE03.02 Verificación y Modificación de Títulos Oficiales y Formación Permanente regulan el diseño, aprobación, revisión, modificación y extinción de los programas formativos. Estos procedimientos establecen los órganos implicados, la información que debe analizarse y la documentación necesaria para fundamentar las decisiones relativas a la oferta académica.

Las evidencias analizadas muestran que el diseño y la revisión de la oferta formativa se apoyan en información relativa a la demanda, el contexto, la sostenibilidad, los recursos disponibles, los resultados académicos, la satisfacción de los grupos de interés y los compromisos adquiridos en las memorias de verificación. Para los procesos de creación y modificación se emplean formularios, planes de estudios, análisis de demanda y contexto, planes de viabilidad e informes motivados cuando procede. Para los procesos de extinción se contempla la justificación, el plan de extinción y la comunicación al estudiantado, garantizando la salvaguarda de sus derechos.

El seguimiento de los títulos se articula principalmente a través de los informes anuales de titulación, las actas de las Comisiones de Seguimiento y Mejora de titulación y Facultad, los planes de mejora y los informes de acreditación. Estos instrumentos permiten analizar la implantación de los programas, la satisfacción, los resultados académicos y el cumplimiento de los compromisos establecidos en las memorias de verificación.

Se valora positivamente que el sistema contemple procedimientos y órganos específicos para la gestión de la oferta formativa, así como mecanismos de análisis y seguimiento de los compromisos asumidos. Como aspectos de mejora, conviene reforzar la evidencia documental de la participación efectiva de los grupos de interés externos en el diseño y modificación de titulaciones, así como incorporar de forma trazable las recomendaciones derivadas de los procesos de acreditación en los planes de mejora

del Grado en Veterinaria y del Programa de Doctorado.

En relación con el Grado en Veterinaria, el informe de renovación de la acreditación obtuvo resultado favorable con especial seguimiento, con recomendaciones vinculadas a la información y transparencia, la actualización de guías docentes conforme a la memoria vigente, la inclusión del profesorado en las guías, el incentivo de la producción investigadora del personal académico, la mejora del rendimiento en asignaturas con mayor número de suspensos, el aumento de la tasa de graduación y la reducción del abandono.

En el caso del Programa de Doctorado, aunque obtuvo resultado favorable, varios criterios se situaron en el nivel mínimo aceptable. Las recomendaciones se centran en garantizar el cumplimiento de los requisitos formales de la Comisión Académica y de los directores de tesis, actualizar la información pública, corregir currículos y contenidos erróneos, diseñar encuestas para tutores y directores, realizar un estudio de empleabilidad de egresados, elevar la calidad científica de las tesis y potenciar la proyección internacional del programa.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Valoración global del criterio

VALORACIÓN GLOBAL:
B. Cumplimiento suficiente

Oportunidades de Mejora

Aspectos que SIN COMPROMETER de forma sustantiva el cumplimiento alguna directriz del criterio y que pueden ser objeto mejora en cuanto a eficiencia o eficacia del sistema

- Clarificar en qué órgano o informe de centro se analiza la adecuación global de la oferta formativa, especialmente en lo relativo a la continuidad entre grado, posgrado y doctorado.

- Reforzar el análisis de la satisfacción con el plan de estudios, dado que el indicador vinculado al procedimiento PE03.02 se sitúa por debajo del objetivo establecido. Conviene incorporar acciones específicas con responsable, plazo e indicador de eficacia.

- Mejorar la trazabilidad documental de la participación efectiva de los grupos de interés externos en el diseño y modificación de las titulaciones.

- Incorporar de forma más explícita y trazable las aportaciones de egresados, empleadores y otros agentes externos en las propuestas de innovación, análisis de viabilidad y procesos de modificación de títulos.

- Asegurar que las recomendaciones derivadas de los procesos de acreditación del Grado en Veterinaria y del Programa de Doctorado quedan incorporadas de forma sistemática en los planes de mejora correspondientes.

- Reforzar el seguimiento de las recomendaciones vinculadas al Grado en Veterinaria, especialmente en materia de información pública, actualización de guías docentes conforme a la memoria vigente, producción investigadora del profesorado, rendimiento en asignaturas con mayor número de suspensos, tasa de graduación y abandono.

- Reforzar el seguimiento de las recomendaciones vinculadas al Programa de Doctorado, especialmente en relación con los requisitos de la Comisión Académica y de los directores de tesis, la actualización de la información pública, las encuestas a tutores y directores, el estudio de empleabilidad de egresados, la calidad científica de las tesis y la proyección internacional del programa.

- Consolidar la vinculación entre los informes anuales de titulación, las actas SIM, los planes de mejora y los compromisos establecidos en las memorias de verificación, de forma que el seguimiento de la oferta formativa resulte más verificable y eficiente.

- Completar la documentación de soporte de los procesos de diseño, modificación y seguimiento de títulos, asegurando que las

evidencias se localizan de forma clara y permiten reconstruir el proceso de toma de decisiones.

- Valorar la continuidad de la oferta formativa de la Facultad, especialmente la posible articulación entre el Grado en Veterinaria, la formación de posgrado y el Programa de Doctorado.

Necesidades de Mejora

Detalle de los aspectos que COMPROMETEN el cumplimiento alguna directriz del criterio y que deben ser objeto mejora para poder asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "C".

No cumplimientos

Detalle de los aspectos implican el no cumplimiento de los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d, e IMPIDEN asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "D".

Criterio 3.- Gestión de los programas formativos

ORIENTACIÓN DE LAS ENSEÑANZAS A LOS ESTUDIANTES.

Orientación de las enseñanzas a los estudiantes.
El centro promueve el aprendizaje centrado en el estudiante y la mejora continua de sus programas formativos.

Descripción de procedimientos SIGC

Descripción global de los procedimientos y normativa del SIGC que establecen los mecanismos establecidos para dar respuesta al criterio y las directrices en que se desarrolla.

El centro dispone de un sistema estructurado de procedimientos que regulan la gestión integral del ciclo de vida del estudiante y el desarrollo de los programas formativos, promoviendo un enfoque de aprendizaje centrado en el estudiante y orientado a la mejora continua. La documentación evidencia un marco procedimental amplio y operativo, con mecanismos específicos para la admisión, matrícula, reconocimiento de créditos, orientación, seguimiento académico, desarrollo docente, evaluación, prácticas externas, movilidad, TFG/TFM y doctorado.

En el ámbito de la información y la experiencia del estudiante, el SIGC se apoya en el procedimiento PE04.02 Información Pública de las Titulaciones, que establece la sistemática para publicar información clara, precisa y completa sobre los programas formativos, y en los procedimientos del macroproceso PE06 Experiencia Global, especialmente PE06.01 Necesidades y Expectativas de los Grupos de Interés, PE06.02 Medición de la Satisfacción y Experiencia de los Agentes Implicados en la Enseñanza y Aprendizaje del Estudiante y PE06.03 Gestión de Reclamaciones, Quejas, Sugerencias y Felicitaciones. Estos procesos permiten identificar necesidades, recoger valoraciones, atender incidencias y utilizar la información obtenida para la mejora de los programas formativos.

La gestión de acceso, admisión, matrícula y continuidad académica se articula mediante el macroproceso PO01 Admisión y Matrícula, especialmente a través del PO01.01 Admisión y Matriculación de Estudiantes de Nuevo Ingreso y del PO01.02 Renovación de Matrícula. Asimismo, el procedimiento PA01.02 Gestión de Transferencia y Reconocimiento de Créditos regula la resolución de solicitudes de reconocimiento entre titulaciones oficiales, contribuyendo a garantizar los derechos del estudiantado y la coherencia de su itinerario académico.

El desarrollo docente se apoya en el macroproceso PO03 Docencia, que integra procedimientos específicos para el modelo educativo, las guías docentes, el campus virtual, la coordinación académica, las consultas académicas, la gestión de laboratorios, las prácticas clínicas, las prácticas académicas externas, los TFG/TFM, la evaluación académica, la movilidad y el doctorado. En particular, el PO03.01 Modelo Educativo UAX regula la implantación del modelo pedagógico institucional, incluyendo la atención al estudiantado con necesidades específicas; el PO03.02 Gestión de Guías Docentes asegura la elaboración y seguimiento de las guías conforme a las memorias de verificación; y el PO03.03 Gestión del Campus Virtual optimiza el uso de la plataforma digital como herramienta de apoyo al aprendizaje.

La orientación y el acompañamiento al estudiante se canalizan mediante el PO05.01 Tutorías y Prevención del Abandono, que regula la acción tutorial y el seguimiento de estudiantes en riesgo, y mediante el PO03.05 Consultas Académicas, que garantiza la atención a las dudas y necesidades vinculadas al proceso de enseñanza-aprendizaje. Estos mecanismos se completan con el sistema de reclamaciones, quejas, sugerencias y felicitaciones, orientado a corregir desviaciones y activar acciones de mejora cuando procede.

La evaluación académica se regula a través del PO03.10 Evaluación Académica, que establece la sistemática para la gestión, ejecución y vigilancia de exámenes y métodos de calificación en convocatorias ordinarias y extraordinarias. Por su parte, las prácticas externas, las prácticas clínicas, la movilidad, los TFG/TFM y el doctorado cuentan con procedimientos específicos que ordenan su planificación, asignación, tutorización, seguimiento, evaluación y cierre, garantizando su adecuación a los resultados de aprendizaje previstos.

Directriz 3.1

El centro debe implementar procedimientos que regulen los procesos de admisión, matriculación y reconocimiento de la formación y experiencia previa, coherentes con los perfiles de ingreso y las titulaciones impartidas, y conformes a la legislación vigente.

Análisis de las evidencias disponibles:
El centro dispone de procedimientos documentados que regulan los procesos de admisión, matriculación, renovación de matrícula y reconocimiento de créditos, de forma coherente con los perfiles de ingreso de las titulaciones impartidas y conforme a la legislación vigente. Estos procedimientos permiten ordenar el acceso del estudiantado, garantizar la transparencia del proceso y asegurar la adecuada trazabilidad de las solicitudes y resoluciones asociadas.

El procedimiento PO01.01 Admisión y Matriculación de Estudiantes de Nuevo Ingreso establece la sistemática para la gestión del acceso y la matrícula del estudiantado que se incorpora por primera vez a la Universidad. Por su parte, el procedimiento PO01.02 Renovación de Matrícula regula la continuidad académica del estudiantado de cursos superiores. Asimismo, el procedimiento PA01.02 Gestión de Transferencia y Reconocimiento de Créditos establece el marco para la resolución de solicitudes de reconocimiento de formación previa y experiencia, garantizando su adecuación a los criterios académicos y normativos aplicables.

Las evidencias analizadas permiten comprobar la implantación práctica de estos procedimientos mediante expedientes de admisión, listados de estudiantes, tablas de admisión y matrícula y registros de reconocimiento de créditos. La Plataforma de Admisiones y los expedientes de acceso centralizan las solicitudes, documentación oficial, pruebas de ingreso y registros de matrícula, lo que facilita el seguimiento del proceso. Asimismo, los listados de admisiones y las tablas de control permiten verificar la evolución de la matrícula, las plazas autorizadas, los estudiantes de nuevo ingreso, los reconocimientos de créditos y el volumen total de estudiantado matriculado.

En relación con el reconocimiento de créditos, se aportan tablas específicas que documentan las equivalencias entre la formación previa del estudiante y las asignaturas de la titulación de destino, incluyendo el cómputo de ECTS reconocidos. Esta información contribuye a garantizar la transparencia y trazabilidad de las resoluciones adoptadas.

Como aspecto de mejora, conviene revisar la presentación formal de algunas evidencias, especialmente las tablas de reconocimiento, para facilitar su lectura e interpretación y permitir una verificación más ágil de los criterios aplicados y de las resoluciones adoptadas. Asimismo, resulta conveniente que los listados de admisión permitan distinguir con claridad entre estudiantes admitidos y estudiantes efectivamente matriculados, facilitando así el análisis de la adecuación entre matrícula real y plazas ofertadas.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 3.2

El centro debe disponer de sistemas adecuados de información, apoyo y orientación al estudiantado, desde el proceso de admisión, hasta la finalización de los estudios y la graduación.

Análisis de las evidencias disponibles:

El centro dispone de sistemas y procedimientos adecuados de información, apoyo y orientación al estudiantado a lo largo de todo su ciclo formativo, desde el proceso de admisión hasta la finalización de los estudios y la graduación. Estos mecanismos permiten acompañar al estudiantado en su desarrollo académico, atender sus necesidades de información, canalizar consultas e incidencias y realizar un seguimiento específico de quienes presentan riesgo académico o de abandono.

El Plan de Comunicación, el procedimiento PE04.02 Información Pública de las Titulaciones, el PO05.01 Tutorías y Prevención del Abandono y el PO03.05 Consultas Académicas establecen los principales canales y actuaciones dirigidos a garantizar la información, el apoyo y el acompañamiento del estudiante. Asimismo, el procedimiento PE06.03 Gestión de Reclamaciones, Quejas, Sugerencias y Felicitaciones permite recoger y tramitar incidencias, reclamaciones, sugerencias y felicitaciones planteadas por el estudiantado y por otros grupos de interés, facilitando la detección de necesidades y la puesta en marcha de acciones de mejora.

Las evidencias analizadas permiten verificar la implantación de estos mecanismos mediante registros de comunicaciones institucionales, páginas web de recursos y servicios, horarios de consulta académica, campañas de seguimiento de estudiantes en riesgo, registros de correos dirigidos a estudiantado con bajos resultados académicos, informes de quejas y sugerencias y documentación relativa al seguimiento tutorial. En este sentido, el centro cuenta con canales digitales, servicios de atención personalizada y sistemas de información pública que facilitan el acceso del estudiantado a recursos académicos, administrativos, psicopedagógicos, profesionales y de apoyo a la vida universitaria.

Se constata, asimismo, la existencia de un seguimiento específico del abandono y de los estudiantes en riesgo. La tasa de abandono en primer curso se sitúa en el 6,97 % en el curso 2024-2025, lo que evidencia la disponibilidad de información para el análisis de este indicador y para la activación de medidas preventivas. En cuanto a la eficacia de los mecanismos de orientación, los resultados muestran una valoración positiva de la disponibilidad del profesorado para resolver dudas, con valores de 8,5 en 2024-2025, 8,3 en 2023-2024 y 8,6 en 2022-2023. Por su parte, el ítem relativo al apoyo y orientación recibidos por parte del tutor presenta resultados más moderados, con valores de 6,5, 6,3 y 6,5 en los mismos cursos.

Estos resultados se sitúan dentro del umbral establecido por la Universidad, aunque su evolución aconseja profundizar en el análisis de la eficacia de la acción tutorial, reforzar la visibilidad de las actuaciones de orientación académica y profesional e impulsar acciones que incrementen la percepción de utilidad por parte del estudiantado. También conviene documentar con mayor claridad las actividades de orientación profesional desarrolladas en el centro, de forma que puedan identificarse sus objetivos, destinatarios, periodicidad, participación y resultados.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 3.3

Las metodologías docentes deben:
- *Tener en cuenta la diversidad del estudiantado y sus necesidades.*
- *Orientarse a la adquisición de los resultados de aprendizaje perseguidos.*
- *Fomentar la autonomía y la participación activa del estudiantado en su proceso de aprendizaje.*

En el caso de enseñanzas propias no es preceptiva la aplicación de metodologías que fomenten la autonomía y la participación del estudiantado.

Análisis de las evidencias disponibles:
El centro dispone de procedimientos que regulan el diseño y desarrollo de las metodologías docentes, garantizando su alineación con el modelo educativo institucional y con los resultados de aprendizaje previstos en las titulaciones. El procedimiento PO03.01 Modelo Educativo UAX establece los principios metodológicos aplicables, promoviendo un enfoque de aprendizaje activo, competencial, interdisciplinar y orientado a la práctica profesional.

La implantación del modelo educativo se apoya en iniciativas como los U-Labs y la UAX Skill School. Los U-Labs favorecen el aprendizaje basado en problemas, la resolución de situaciones profesionales complejas y la conexión con el entorno real. Por su parte, la UAX Skill School contribuye al desarrollo y certificación de competencias transversales demandadas por el mercado laboral, como liderazgo, metodologías ágiles o pensamiento analítico. Estas iniciativas refuerzan la autonomía del estudiantado, su participación activa y la adquisición de competencias vinculadas al perfil de egreso.

El sistema dispone, asimismo, de mecanismos para atender la diversidad y las necesidades específicas del estudiantado. El procedimiento PE06.01 Necesidades y Expectativas de los Grupos de Interés y el Formulario de Atención al Estudiante permiten identificar situaciones que requieren apoyo específico o adaptaciones. Además, la acción tutorial puede canalizar casos hacia el Gabinete Psicopedagógico, lo que favorece una respuesta estructurada ante necesidades educativas, personales o de discapacidad.

El procedimiento PO03.02 Gestión de Guías Docentes asegura que las guías docentes incorporen los resultados de aprendizaje, competencias, actividades formativas, metodologías docentes y sistemas de evaluación previstos en la memoria del título. Las guías se encuentran accesibles a través de la web de las titulaciones y del campus virtual, y desde el curso 2024-2025 incorporan información curricular relevante del profesorado. Se constata, además, que se han revisado recomendaciones derivadas de la renovación de la acreditación del Grado en Veterinaria relacionadas con la actualización de las guías docentes conforme a la memoria vigente y con la inclusión del profesorado por asignatura.

El procedimiento PO03.03 Gestión del Campus Virtual regula el uso de la plataforma Moodle como herramienta de apoyo al aprendizaje y a la innovación docente. El campus virtual integra aulas de asignatura, canales de comunicación, herramientas de docencia síncrona, evaluación segura, detección de similitud, recursos digitales y soporte específico para estudiantes no presenciales, contribuyendo a la organización del aprendizaje y al seguimiento académico.

Los indicadores de satisfacción reflejan un margen de mejora en la percepción del estudiantado sobre las metodologías empleadas. En concreto, la satisfacción con las metodologías utilizadas en las asignaturas/módulos alcanza un valor de 6,5 en el curso 2024-2025, por debajo del umbral de confianza establecido en 7,0, y mantiene una tendencia próxima a la del curso anterior, en el que se situó en 6,9. En contraste, el profesorado valora positivamente las innovaciones docentes implantadas, con una satisfacción de 8,3 en el curso 2024-2025.

Esta diferencia entre la percepción del profesorado y la del estudiantado aconseja profundizar en el análisis de la eficacia del despliegue metodológico y utilizar la información obtenida a través del SIGC para identificar acciones que mejoren la percepción del estudiantado, la adecuación de las metodologías a sus necesidades y su contribución efectiva a la adquisición de los resultados de aprendizaje. Asimismo, conviene reforzar la revisión de las guías docentes para asegurar su actualización, homogeneidad, coherencia con la memoria vigente y claridad para el estudiantado.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 3.4

Los sistemas de evaluación deben:
- *Ser públicos y conocidos con antelación suficiente.*
- *Ser válidos para certificar la adquisición de los resultados de aprendizaje perseguidos.*
- *Promover la integridad académica del estudiantado.*

En el caso de enseñanzas propias, en función de la naturaleza de los programas formativos, pueden no existir procesos de evaluación y certificación de resultados.

Análisis de las evidencias disponibles:
El centro dispone de sistemas de evaluación formalmente regulados, públicos y conocidos por el estudiantado con antelación suficiente. El procedimiento PO03.10 Evaluación Académica, junto con sus subprocesos PO03.10.01 Evaluación Académica, PO03.10.02 Evaluación de Convocatorias Ordinarias y Extraordinarias y PO03.10.03 Firma de Acta de Evaluación de Asignatura, establece la sistemática para la gestión, ejecución, vigilancia, revisión y cierre de los procesos de evaluación.

La publicidad de los sistemas de evaluación se garantiza a través de las guías docentes, los calendarios académicos y los calendarios de exámenes ordinarios y extraordinarios, disponibles con anterioridad al desarrollo de las pruebas. Las guías docentes recogen los resultados de aprendizaje, competencias, actividades formativas y sistemas de evaluación previstos, lo que permite al estudiantado conocer los criterios aplicables y organizar adecuadamente su proceso de aprendizaje.

El Reglamento de Evaluación Académica establece un marco institucional para garantizar que la evaluación se desarrolle bajo criterios objetivos, transparentes y coherentes con los resultados de aprendizaje perseguidos. Este documento regula los derechos y deberes del estudiantado, los procedimientos de evaluación, revisión y recursos de calificaciones, la gestión de actas,

las convocatorias ordinarias y extraordinarias, la evaluación de TFG/TFM, las prácticas externas curriculares y las especificidades de la evaluación virtual y de los exámenes a distancia.

Asimismo, la institución dispone de mecanismos orientados a promover la integridad académica. Las Normas de Convivencia y Régimen Disciplinario establecen el marco de actuación ante conductas contrarias a la convivencia universitaria y al correcto desarrollo de la actividad académica, incluyendo la tipificación de faltas, los procedimientos disciplinarios y los cauces de resolución de incidencias. El campus virtual incorpora, además, herramientas de apoyo a la evaluación segura y a la detección de similitud, lo que contribuye a reforzar la prevención del plagio y la garantía de autenticidad en los trabajos y pruebas.

La adquisición de los resultados de aprendizaje se monitoriza mediante calificaciones, actas, tablas de resultados, Dashboard Académico y actas de las Juntas de Evaluación. Estos instrumentos permiten realizar un seguimiento segmentado del rendimiento por asignatura, analizar la evolución académica del estudiantado y adoptar decisiones de coordinación vertical en los títulos.

Los indicadores académicos muestran, sin embargo, ámbitos que requieren seguimiento específico. La tasa de graduación del Grado en Veterinaria se sitúa en el 58,65 % en el curso 2024-2025, por debajo del umbral de confianza establecido en el 70 %. También las tasas de rendimiento, éxito y eficiencia presentan valores inferiores a los establecidos en la memoria de verificación. Asimismo, la satisfacción del estudiantado con las pruebas de evaluación alcanza un valor de 6,1 en el curso 2024-2025, por debajo del valor óptimo superior a 7, y la satisfacción con la metodología empleada en las asignaturas/módulos se sitúa en 6,5.

En conjunto, las evidencias muestran que el centro dispone de procedimientos formalizados y mecanismos adecuados para garantizar la publicidad, objetividad, validez e integridad de los sistemas de evaluación. Como aspecto de mejora, conviene consolidar el análisis específico de las asignaturas con bajo rendimiento o mayor número de suspensos e incorporar acciones de mejora medibles, con responsables, plazos e indicadores de eficacia, que permitan reforzar la satisfacción del estudiantado y mejorar los resultados académicos.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 3.5

Por su singularidad en el proceso educativo, el centro debe disponer, en particular, de mecanismos específicos, adecuados a la naturaleza de los estudios, para asegurar la calidad y la originalidad de los Trabajos de Fin de Grado o de Máster, defensa de Tesis Doctorales, y en su caso, de las prácticas externas y de las acciones de movilidad de los estudiantes.
En el caso de centros que imparten programas de doctorado, deben implementarse los procedimientos específicos para:
- *El correcto funcionamiento de las Comisiones Académicas de Doctorado.*
- *El desarrollo y evaluación del "Documento de Actividades del Doctorando".*
- *La regulación de casos de conflicto y aspectos que afecten a la propiedad intelectual.*

Análisis de las evidencias disponibles:
El centro dispone de mecanismos específicos para garantizar la calidad de los Trabajos Fin de Grado, las prácticas académicas externas, las acciones de movilidad internacional y el desarrollo de los estudios de doctorado, todos ellos integrados en el Sistema Interno de Garantía de Calidad y adecuados a la naturaleza de las enseñanzas impartidas. El informe final considera esta directriz desarrollada de forma suficiente, con aspectos de mejora centrados en la homogeneización de la información sobre integridad académica y plagio, así como en la actualización y visibilidad de la información pública relativa a movilidad y doctorado.

En relación con los Trabajos Fin de Grado y Fin de Máster, el procedimiento PO03.09 Gestión de TFG/TFM regula la planificación, tutela, desarrollo, presentación y evaluación de estos trabajos, con el objetivo de asegurar la adquisición de los resultados de aprendizaje previstos. El proceso se apoya en guías específicas, asignación formal de tutores, constitución de tribunales, actas de defensa y rúbricas de evaluación, lo que permite garantizar la objetividad, homogeneidad y trazabilidad del proceso evaluador.

Las titulaciones cuentan con guías docentes para la realización de los TFG, así como con una guía específica en la que se detallan el procedimiento, los plazos y las condiciones de desarrollo. Los indicadores asociados al procedimiento PO03.09 presentan resultados por encima del umbral de confianza establecido, lo que evidencia un funcionamiento adecuado de los mecanismos implantados en este ámbito. Como aspecto de mejora, conviene homogeneizar la información relativa a integridad académica y plagio en las guías de TFG/TFM y asegurar su coherencia con la normativa de la Facultad y de la Universidad.

En cuanto a las prácticas académicas externas, el centro dispone del procedimiento PO03.08 Gestión de Prácticas Académicas Externas, que regula la organización, asignación, seguimiento, tutorización, evaluación y cierre de las prácticas curriculares. El proceso cuenta con una guía específica, convenios de colaboración con entidades externas, registros de asignación de estudiantes, memorias de prácticas y evaluaciones realizadas por el tutor académico y por el tutor de la entidad colaboradora. La oferta de plazas resulta adecuada para el desarrollo de las prácticas, si bien los resultados de satisfacción del estudiantado, situados en 6,9 sobre 10 en los cursos 2023-2024 y 2024-2025, aconsejan profundizar en el análisis de la organización y experiencia formativa de las prácticas e implantar acciones que refuercen el acompañamiento durante este periodo.

En materia de movilidad, el procedimiento PO03.11 Gestión de la Movilidad regula las fases del proceso, incluyendo la publicación de convocatorias, la gestión de convenios, los expedientes del estudiantado, el reconocimiento académico de las actividades realizadas y el seguimiento de las movilidades. La documentación disponible permite verificar la existencia de convenios y registros de movilidad. Como mejora, conviene actualizar y hacer más visible la información pública relativa a resultados de movilidad.

En el ámbito del doctorado, el procedimiento PO03.12 Doctorado y la normativa específica del programa regulan el acceso, admisión y matriculación del estudiantado, el seguimiento académico anual, la evaluación de los resultados del doctorando, la asignación de tutores y directores, la gestión del plan de investigación y del Documento de Actividades del Doctorando, así como el procedimiento de autorización, depósito, presentación y defensa de la tesis doctoral. Las actas revisadas permiten constatar el funcionamiento de la Comisión Académica de Doctorado y el seguimiento del programa.

El Programa de Doctorado en Salud Veterinaria dispone de 6 plazas anuales, tres a tiempo completo y tres a tiempo parcial, y cuenta con estudiantes matriculados en el periodo evaluado. Las evidencias disponibles incluyen criterios de admisión, asignación de directores, seguimiento anual de doctorandos, evaluación del progreso, gestión de estancias de investigación, depósito y defensa de tesis, designación de tribunales e informes de evaluación. El indicador relativo al nivel de recomendación del programa de doctorado por parte del estudiantado alcanza el 100 % en el curso 2024-2025, lo que refleja una valoración positiva del programa.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Valoración global del criterio

VALORACIÓN GLOBAL:
B. Cumplimiento suficiente

Oportunidades de Mejora

Aspectos que SIN COMPROMETER de forma sustantiva el cumplimiento alguna directriz del criterio y que pueden ser objeto mejora en cuanto a eficiencia o eficacia del sistema

- Mejorar la presentación de las tablas de reconocimiento de créditos, de forma que resulte más sencilla la verificación de los criterios aplicados, las equivalencias reconocidas y las resoluciones adoptadas.

- Facilitar una distinción más clara entre estudiantes admitidos y estudiantes efectivamente matriculados en los listados de admisión, para mejorar la trazabilidad entre plazas ofertadas, admisión y matrícula real.

- Analizar la eficacia de los mecanismos de orientación académica y acción tutorial, especialmente en relación con la percepción del estudiantado sobre el apoyo recibido por parte del tutor.

- Reforzar la documentación de las actuaciones desarrolladas con estudiantes en riesgo académico o de abandono, vinculando detección, intervención, seguimiento y resultado obtenido.

- Describir con mayor claridad las actividades de orientación profesional desarrolladas por el centro, identificando objetivos, destinatarios, periodicidad, participación e impacto.

- Profundizar en el análisis de la percepción del estudiantado sobre las metodologías docentes, especialmente cuando los

indicadores de satisfacción se sitúan por debajo del umbral establecido.

- Reforzar la revisión de las guías docentes para asegurar su actualización, homogeneidad, coherencia con la memoria vigente y claridad para el estudiantado.

- Analizar de forma específica las asignaturas con bajo rendimiento o con mayor número de suspensos, incorporando acciones de mejora medibles, con responsables, plazos e indicadores de eficacia.

- Incrementar la satisfacción del estudiantado con las pruebas de evaluación, mediante el análisis de causas y la revisión de la adecuación entre metodologías, sistemas de evaluación y resultados de aprendizaje.

- Homogeneizar la información relativa a integridad académica y plagio en las guías de TFG/TFM y en otros documentos académicos, asegurando su coherencia con la normativa de la Facultad y de la Universidad.

- Analizar la satisfacción del estudiantado con las prácticas académicas externas, especialmente en lo relativo a organización, acompañamiento, tutorización y experiencia formativa.

- Actualizar y hacer más visible la información pública vinculada a movilidad, doctorado y resultados académicos, de forma que los grupos de interés puedan acceder a información completa, clara y actualizada.

Necesidades de Mejora

Detalle de los aspectos que COMPROMETEN el cumplimiento alguna directriz del criterio y que deben ser objeto mejora para poder asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "C".

No cumplimientos

Detalle de los aspectos implican el no cumplimiento de los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d, e IMPIDEN asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "D".

Criterio 4.- Gestión del personal docente

GARANTÍA Y MEJORA DEL PERSONAL ACADÉMICO.

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

Descripción de procedimientos SIGC

Descripción global de los procedimientos y normativa del SIGC que establecen los mecanismos establecidos para dar respuesta al criterio y las directrices en que se desarrolla.

El centro dispone de un sistema formalizado para la gestión, garantía y mejora del personal académico y de apoyo a la docencia, integrado en el Sistema Interno de Garantía de Calidad. Este sistema contempla mecanismos para la planificación de necesidades docentes, la selección y contratación del profesorado, la asignación de carga académica, la formación y desarrollo profesional, así como la evaluación periódica y sistemática de la actividad docente.

La planificación y asignación docente se articula principalmente a través del procedimiento PO02.01 Asignación de Profesorado, que regula la asignación de horas, horarios, actividades y asignaturas al profesorado. Este proceso se apoya en herramientas como la Unidad de Planificación Docente, que permite configurar grupos, horarios y carga académica, facilitando el control de las necesidades docentes del centro.

La selección y contratación del personal académico se regula mediante los procedimientos PA02.01 Selección y PA02.02 Contratación. El primero establece la sistemática para cubrir posiciones abiertas, seleccionar a las candidaturas más adecuadas en función de las necesidades del departamento solicitante y de la organización, e incorporar criterios vinculados a la diversidad e inclusión. El segundo regula la recepción de documentación, la formalización del alta y la incorporación del personal vinculado a la Universidad.

El desarrollo profesional del profesorado se gestiona a través del procedimiento PA02.03 Formación y Desarrollo del Talento, que impulsa la excelencia académica y corporativa mediante el Plan de Formación del Profesorado, el Plan Estratégico de Formación y otras acciones formativas orientadas a consolidar un ecosistema de aprendizaje continuo. Este marco se complementa con actuaciones de acompañamiento e innovación docente, como el programa Peer Shadowing, y con iniciativas vinculadas al modelo educativo institucional.

La evaluación del desempeño se regula mediante el procedimiento PA02.06 Gestión del Desempeño, que establece una evaluación objetiva, integral y sistemática del rendimiento laboral, las competencias individuales y el desarrollo profesional. Esta evaluación se apoya en la herramienta MyUAX y se complementa con información procedente de las encuestas de satisfacción del estudiantado con la actividad docente del PDI.

Asimismo, el criterio se relaciona con el procedimiento PO03.01 Modelo Educativo UAX, que orienta la actividad docente hacia el modelo pedagógico institucional, y con el procedimiento PO03.12 Doctorado, especialmente en lo relativo a la adecuación del profesorado vinculado a los programas de doctorado, la dirección de tesis y el cumplimiento de los requisitos académicos e investigadores exigidos por la normativa aplicable. También se vincula con los procedimientos del macroproceso PO04 Investigación, en particular PO04.01 Plan Estratégico de Investigación y PO04.02 Convocatorias de Participación en Proyectos de Investigación, en la medida en que contribuyen al desarrollo de la actividad investigadora del PDI.

Directriz 4.1

El centro debe implementar procesos de revisión de los programas ofertados que permitan identificar las necesidades de personal docente, tanto en volumen de carga de trabajo como en perfiles necesarios.
En el caso de enseñanzas propias, la identificación de perfiles necesarios podrá limitarse a la fase de diseño de los títulos.
En el caso de centros que imparten programas de doctorado se debe asegurar que los perfiles investigadores de tutores y directores son adecuados a las líneas de investigación vinculadas al programa y disponen de suficiente experiencia investigadora.
Se deben implementar mecanismos de reconocimiento de la labor de tutorización y dirección de tesis.

Análisis de las evidencias disponibles:
El centro dispone de procedimientos que regulan la planificación, identificación y cobertura de las necesidades de personal docente, tanto en lo relativo al volumen de carga de trabajo como a los perfiles académicos necesarios para el desarrollo de las titulaciones. Estos mecanismos permiten vincular la planificación docente con las necesidades derivadas de los programas ofertados y con la organización académica de la Facultad.

El procedimiento PA02.01 Selección establece la sistemática para cubrir posiciones docentes, definiendo el proceso de identificación de necesidades, selección y adecuación de candidaturas a los perfiles requeridos por los departamentos y por la organización. Este proceso se complementa con el procedimiento PA02.02 Contratación, que regula la incorporación del personal docente y la formalización de su alta en los sistemas institucionales.

La planificación y asignación docente se articula mediante el procedimiento PO02.01 Asignación de Profesorado, que regula la distribución de horas, horarios, actividades y asignaturas. Este procedimiento se apoya en la aplicación UPD, Unidad de Planificación Docente, herramienta corporativa que permite configurar grupos, organizar horarios, distribuir la carga docente y facilitar el control de las necesidades académicas del centro.

Las evidencias disponibles incluyen registros de necesidades de contratación, en los que se identifican perfiles académicos y profesionales requeridos por la Facultad, áreas de conocimiento, posibles sinergias entre títulos, perfil investigador, requisitos idiomáticos, tipo de dedicación y posibles funciones asociadas, como la dirección de TFG. También se aportan fichas de nuevos profesores, que documentan la incorporación del profesorado y permiten verificar su adecuación administrativa, académica y, en su caso, investigadora.

En el caso de los programas de doctorado, la adecuación de los perfiles investigadores de tutores y directores se vincula con el

procedimiento PO03.12 Doctorado y con las evidencias específicas del programa, que permiten comprobar la relación entre el profesorado, las líneas de investigación y las funciones de supervisión doctoral. La labor de tutorización y dirección de tesis queda integrada en la organización académica del programa y en los mecanismos institucionales de reconocimiento de la actividad docente e investigadora.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 4.2

Se debe dotar a los programas ofertados de profesorado capacitado, competente y cualificado, de acuerdo con la normativa y reglamentación aplicable, haciendo uso de los mecanismos establecidos en la institución.

Análisis de las evidencias disponibles:
La documentación analizada permite evidenciar que el centro dispone, con carácter general, de profesorado capacitado, competente y cualificado para el desarrollo de los programas ofertados. Las evidencias relativas a la estructura del PDI muestran la composición del profesorado, su categoría profesional, dedicación y volumen de doctores, lo que permite valorar la adecuación global del personal docente asignado a las titulaciones.

Asimismo, la aplicación UPD permite evidenciar la planificación de la actividad docente y la asignación del profesorado a las unidades de planificación correspondientes. Esta información se complementa con los procedimientos de selección, contratación y asignación docente, que aportan trazabilidad sobre los mecanismos institucionales utilizados para incorporar y distribuir el profesorado conforme a las necesidades de los programas.

En el caso del Programa de Doctorado, las evidencias disponibles permiten vincular al profesorado con las líneas de investigación del programa y con la actividad científica desarrollada. Las tablas de proyectos de investigación reflejan líneas, grupos, proyectos, investigadores principales, organismos financiadores, fechas de ejecución e investigadores participantes, lo que permite valorar la experiencia investigadora del profesorado vinculado al programa. No obstante, conviene reforzar la actualización y claridad de las evidencias relativas a los requisitos formales de directores de tesis y miembros de la Comisión Académica, especialmente en lo referido a sexenios vigentes o méritos equivalentes, tal como se recoge en los informes externos y en el informe final.

La valoración del estudiantado sobre la labor docente presenta resultados desiguales. Por un lado, se recoge una satisfacción general con la labor docente de 8,2 en el curso 2024/2025, ligeramente superior al 8,1 del curso anterior, lo que evidencia una percepción favorable en términos globales. Sin embargo, en el Grado en Veterinaria aparece también una valoración menos positiva del personal docente, situada en 5,54, con observaciones del estudiantado relativas a aspectos de profesionalidad, modelo pedagógico y atención. Esta diferencia aconseja profundizar en el análisis segmentado de los resultados de satisfacción docente, diferenciando título, asignatura, curso y dimensión evaluada.

Asimismo, en la renovación de la acreditación del Grado en Veterinaria se identificó la necesidad de incentivar la producción investigadora del personal académico implicado en el título, aspecto ya señalado en evaluaciones anteriores. Esta observación resulta especialmente relevante para reforzar la adecuación del profesorado en una titulación con vinculación directa con la actividad investigadora y con la continuidad hacia el doctorado.

Se identifican también limitaciones en la presentación de algunas evidencias. En particular, la Tabla 1b - Estructura del PDI presenta un formato que dificulta su interpretación, ya que algunos datos relativos a la composición, dedicación y perfil del profesorado podrían mostrarse con mayor claridad. Del mismo modo, conviene mejorar la accesibilidad y actualización de la documentación relativa a la actividad investigadora del profesorado vinculado al Programa de Doctorado, con el fin de facilitar su verificación en futuros procesos de evaluación externa.

En conjunto, se evidencia que el profesorado asignado a los programas presenta, con carácter general, una cualificación académica y profesional adecuada. Como aspectos de mejora, conviene analizar con mayor detalle las valoraciones menos favorables del estudiantado, reforzar la producción investigadora del profesorado implicado en el Grado en Veterinaria, mantener actualizadas las evidencias sobre sexenios o méritos equivalentes del profesorado de doctorado y mejorar la claridad documental de las tablas de estructura del PDI y de actividad investigadora.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):

B. Cumplimiento suficiente

Directriz 4.3

El centro debe tener implantado un proceso para asegurar la formación y actualización del profesorado en aquellas materias que sean pertinentes, en particular las relativas a metodologías de enseñanza y uso de tecnologías específicas para la docencia.
En el caso del SIGC en cuyo alcance se incluyan las enseñanzas propias este criterio podrá no ser de aplicación.

Análisis de las evidencias disponibles:
La documentación analizada permite evidenciar que el centro cuenta con un proceso formalizado para la formación, actualización y desarrollo profesional del profesorado, articulado principalmente a través del procedimiento PA02.03 Formación y Desarrollo del Talento. Este procedimiento se concreta en planes de formación, registros de necesidades formativas y listados de formación recibida, lo que permite constatar la existencia de una sistemática orientada a la mejora de las competencias docentes, metodológicas, digitales y transversales del PDI.

Las evidencias aportadas muestran que la Universidad dispone de un Plan de Formación del Profesorado, un Plan Estratégico de Formación y planes dirigidos al conjunto de empleados, alineados con el modelo educativo institucional y con las líneas de transformación de la Universidad. También se aportan registros nominales de formación recibida por el profesorado, con indicación de las acciones realizadas, duración y tipología, lo que permite verificar la participación del PDI en actividades de actualización.

Asimismo, se evidencia la existencia de registros de recogida de necesidades de formación, que permiten identificar demandas de capacitación del personal y orientar la planificación de la oferta formativa. No obstante, la documentación localizada se concentra principalmente en los cursos 2023/2024 y 2024/2025, sin evidencias equivalentes para el curso 2022/2023, lo que limita la trazabilidad completa de la planificación formativa en todo el periodo evaluado.

En relación con la actualización metodológica y tecnológica del profesorado, se identifican iniciativas vinculadas al modelo educativo institucional, como U-Labs, UAX Skill School, el Plan de Certificación Docente, la Guía del Profesor y el Journey Académico. Estas actuaciones están orientadas a reforzar competencias pedagógicas, digitales y transversales, así como a facilitar la incorporación del profesorado al modelo académico de la Universidad. Sin embargo, la evidencia disponible muestra una participación limitada del profesorado del Grado en Veterinaria en algunas de estas acciones; en concreto, para el curso 2024/2025 se constata la participación de siete profesores, sin disponer de información suficiente de otros cursos que permita analizar la evolución o consolidación de dicha participación.

También se aportan listados de formación recibida, informes de formación, registros de satisfacción con la labor docente y documentación vinculada a la certificación docente. Estas evidencias permiten apreciar la existencia de actividad formativa y de mecanismos de apoyo al desarrollo profesional del profesorado, aunque conviene reforzar el análisis de los resultados de estos procesos a nivel de Facultad, especialmente en lo relativo a la eficacia de la formación, su impacto sobre la mejora docente y su relación con los resultados de satisfacción del estudiantado.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 4.4

El centro debe realizar una evaluación periódica del desempeño de su personal docente, utilizando para ello la información del sistema de gestión y mejora de calidad.
En el caso de enseñanzas propias la evaluación del desempeño del personal docente podrá adoptar formas simplificadas adaptadas a la naturaleza de los títulos.

Análisis de las evidencias disponibles:
La documentación analizada permite evidenciar que el centro cuenta con un sistema formalizado para la evaluación periódica del desempeño del personal docente, regulado mediante el procedimiento PA02.06 Gestión del Desempeño. Este procedimiento establece una evaluación sistemática de competencias, objetivos y desarrollo profesional del profesorado, integrada en las herramientas institucionales de gestión y vinculada al Sistema Interno de Garantía de Calidad.

La aplicación MyUAX - Evaluación del Desempeño permite evidenciar la definición de objetivos individuales, su seguimiento anual

y la valoración del grado de cumplimiento alcanzado por cada docente. Esta herramienta aporta una base objetiva para el análisis del desempeño y permite conectar la evaluación individual con las necesidades académicas e institucionales.

Asimismo, se evidencia la utilización de información procedente de las encuestas de satisfacción del estudiantado con la labor docente. Estas encuestas recogen la percepción del estudiantado sobre aspectos como la metodología empleada, la claridad expositiva, la disponibilidad del profesorado, la atención recibida y la organización de la docencia. Esta información constituye una fuente relevante para identificar fortalezas y posibles áreas de mejora en la actividad docente.

Se valora positivamente la existencia del programa Peer Shadowing, planteado como una actuación de acompañamiento pedagógico para el profesorado que obtiene valoraciones desfavorables en los registros de evaluación de la labor docente. Las evidencias asociadas al programa, como los planes de formación y los informes del mentor, permiten constatar un mecanismo de mejora formativo, basado en la observación entre iguales, la mentoría y la orientación individualizada.

No obstante, aunque se evidencia la existencia de mecanismos de evaluación y acompañamiento, conviene profundizar en el análisis de los resultados de estos procesos a nivel de Facultad. En particular, sería recomendable documentar con mayor claridad cómo los resultados de la evaluación docente se transforman en acciones concretas de formación, acompañamiento, reconocimiento o mejora, así como el seguimiento posterior de su eficacia.

También resulta conveniente reforzar la trazabilidad entre los resultados de las encuestas docentes, la identificación del profesorado participante en Peer Shadowing, los informes de mentoría y la evolución posterior de los indicadores de satisfacción. Esta conexión permitiría valorar de forma más precisa el impacto real de las actuaciones implantadas sobre la mejora de la actividad docente.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Valoración global del criterio

VALORACIÓN GLOBAL:
B. Cumplimiento suficiente

Oportunidades de Mejora

Aspectos que SIN COMPROMETER de forma sustantiva el cumplimiento alguna directriz del criterio y que pueden ser objeto mejora en cuanto a eficiencia o eficacia del sistema

- Reforzar la trazabilidad documental entre las necesidades docentes detectadas, el profesorado asignado, las asignaturas, los grupos y la carga docente de cada curso académico, mediante una evidencia consolidada que facilite la verificación global de la planificación docente.

- Incorporar de forma explícita el curso académico de referencia en los registros de necesidades de contratación del PDI, para mejorar la trazabilidad anual del proceso de planificación y cobertura de perfiles docentes.

- Revisar la presentación de las evidencias relativas a la estructura del PDI, especialmente la Tabla 1b, de manera que resulte más clara la composición del profesorado, su dedicación, categoría, perfil académico e investigador.

- Actualizar y sistematizar las evidencias relativas al profesorado vinculado al Programa de Doctorado, especialmente en lo referido a sexenios vigentes, méritos equivalentes, líneas de investigación, dirección de tesis y cumplimiento de requisitos por parte de tutores, directores y miembros de la Comisión Académica.

- Profundizar en el análisis de las valoraciones menos favorables del estudiantado sobre el personal docente en el Grado en Veterinaria, especialmente en los aspectos relacionados con profesionalidad, modelo pedagógico y atención al estudiantado.

- Segmentar los resultados de satisfacción docente por título, curso, asignatura y dimensión evaluada, para identificar con mayor precisión las áreas de mejora y orientar acciones específicas.

- Reforzar las acciones destinadas a incentivar la producción investigadora del personal académico implicado en el Grado en Veterinaria, incorporando seguimiento periódico de su evolución y vinculación con los planes de mejora del título.

- Mejorar la continuidad y trazabilidad de la detección de necesidades formativas del profesorado en todo el periodo evaluado, incorporando registros homogéneos por curso académico.

- Ampliar la participación del profesorado en acciones formativas vinculadas a metodologías docentes, innovación educativa, tecnologías aplicadas a la docencia y desarrollo del modelo educativo institucional.

- Incorporar indicadores que permitan valorar la eficacia, satisfacción e impacto de las acciones formativas desarrolladas sobre la mejora real de la actividad docente.

- Documentar con mayor claridad el análisis de los resultados de evaluación del desempeño docente a nivel de Facultad, evidenciando cómo se utilizan para definir acciones de formación, acompañamiento, reconocimiento o mejora.

- Reforzar la trazabilidad entre los resultados de las encuestas docentes, la selección del profesorado participante en el programa Peer Shadowing, los informes de mentoría y la evolución posterior de los indicadores de satisfacción.

- Valorar de forma sistemática el impacto del programa Peer Shadowing sobre la mejora del desempeño docente, incorporando evidencias de seguimiento posterior y resultados comparativos antes/después.

Necesidades de Mejora

Detalle de los aspectos que COMPROMETEN el cumplimiento alguna directriz del criterio y que deben ser objeto mejora para poder asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "C".

No cumplimientos

Detalle de los aspectos implican el no cumplimiento de los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d, e IMPIDEN asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "D".

Criterio 5.- Gestión de los recursos materiales y de los servicios y personal de apoyo

GARANTÍA Y MEJORA DE LOS RECURSOS MATERIALES, SERVICIOS Y PERSONAL DE APOYO.

Garantía y mejora de los recursos materiales, servicios y personal de apoyo.
El centro se dota de mecanismos que le permiten diseñar, gestionar y mejorar sus servicios y recursos materiales y servicios y personal de apoyo para el adecuado desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje del estudiantado.

Descripción de procedimientos SIGC

Descripción global de los procedimientos y normativa del SIGC que establecen los mecanismos establecidos para dar respuesta al criterio y las directrices en que se desarrolla.

La documentación analizada permite evidenciar que el centro dispone de mecanismos integrados en el Sistema Interno de Garantía de Calidad para diseñar, gestionar, mantener y mejorar los recursos materiales, los servicios de apoyo y el personal vinculado al adecuado desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje. Estos mecanismos se articulan a través de procedimientos de planificación estratégica, gestión de espacios, laboratorios, tecnología, mantenimiento, compras, satisfacción de los grupos de interés y gestión del personal de apoyo. El informe final recoge que el criterio se encuentra adecuadamente desarrollado, con aspectos de mejora vinculados a la planificación y seguimiento de recursos, servicios e indicadores.

En relación con la planificación general, el procedimiento PE01.02 Planificación Estratégica permite evidenciar que la Universidad cuenta con una metodología para el diseño y despliegue de su estrategia, incorporando la gestión del riesgo y la identificación de necesidades que pueden afectar a los recursos materiales y servicios disponibles. Asimismo, el procedimiento PE03.01

Innovación y Estrategia de Portfolio de Titulaciones Universitarias Oficiales y Títulos Propios permite vincular la planificación de nuevas titulaciones, modificaciones o lanzamientos con la previsión de recursos necesarios para su implantación.

La gestión de espacios docentes queda recogida en el procedimiento PO02.02 Gestión de Horarios y Espacios de la Actividad Docente Ordinaria, que permite evidenciar la planificación de horarios, grupos, seminarios, aulas y laboratorios. Este procedimiento contribuye a organizar los recursos disponibles y a adecuarlos a las necesidades docentes de las titulaciones.

En cuanto a los recursos específicos para la formación práctica, el procedimiento PO03.06 Gestión de Laboratorios evidencia la existencia de mecanismos para planificar, dotar, mantener y controlar los materiales necesarios para el desarrollo de las actividades experimentales y prácticas. Este proceso resulta especialmente relevante para las titulaciones de la Facultad de Veterinaria, por la importancia de los laboratorios, instalaciones clínicas, equipamiento especializado y espacios de simulación en el proceso formativo.

La gestión de recursos tecnológicos e incidencias se articula mediante los procedimientos PA03.03 Gestión de Activos Tecnológicos y PA03.05 Gestión de Incidencias y Peticiones. La documentación disponible permite evidenciar que la Universidad dispone de canales para registrar, gestionar y resolver necesidades o fallos relacionados con medios físicos, aplicaciones informáticas y servicios tecnológicos, favoreciendo la continuidad de la actividad académica.

La disponibilidad, mantenimiento y renovación de recursos materiales se complementa con los procedimientos PA04.01 Gestión de Compras y Homologación de Proveedores y PA05.01 Mantenimiento Preventivo y Correctivo. Estos procesos permiten evidenciar una sistemática para tramitar compras, homologar proveedores, atender necesidades de equipamiento y gestionar actuaciones de mantenimiento de instalaciones y recursos.

La mejora de los servicios y recursos se apoya en los procedimientos PE06.02 Medición de la Satisfacción y Experiencia de los Agentes Implicados en la Enseñanza y Aprendizaje del Estudiante y PO06.01 Instrumentos de Revisión, Seguimiento y Mejora. A través de encuestas, indicadores, grupos de mejora, comisiones de seguimiento y planes de mejora, el sistema recoge información procedente de los grupos de interés y la incorpora al análisis de la adecuación de los recursos y servicios disponibles.

Respecto al personal de apoyo, los procedimientos PA02.02 Contratación y PA02.03 Formación y Desarrollo del Talento permiten evidenciar mecanismos para la incorporación, gestión y actualización del personal corporativo y de apoyo vinculado al funcionamiento de los servicios universitarios. Estos procedimientos contribuyen a asegurar que el personal cuente con las condiciones y formación necesarias para atender las necesidades derivadas de la actividad académica.

En conjunto, se evidencia que el centro dispone de procedimientos suficientes para gestionar y mejorar sus recursos materiales, servicios y personal de apoyo. El sistema contempla la planificación de espacios, la gestión de laboratorios, la atención de incidencias tecnológicas, el mantenimiento de instalaciones, la gestión de compras, la medición de la satisfacción y la participación de los grupos de interés en la mejora. Como aspecto de mejora general, conviene reforzar la trazabilidad entre las necesidades detectadas, las actuaciones realizadas, los recursos asignados y la medición posterior de su eficacia.

Directriz 5.1

El centro debe disponer de los recursos materiales, servicios y personal de apoyo necesarios para el correcto desarrollo del aprendizaje del estudiantado, el cual debe disponer de la información sobre estos servicios y tener acceso a los mismos. Los servicios de apoyo deben establecerse atendiendo a la diversidad del estudiantado.

Análisis de las evidencias disponibles:
La documentación analizada permite evidenciar que el centro dispone de recursos materiales, servicios de apoyo, infraestructuras y personal específico suficiente para el correcto desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje del estudiantado. La información pública consultada permite verificar que estos recursos y servicios se encuentran disponibles y accesibles a través de la página web institucional, el Portal de Transparencia, el Portal del Alumno y las páginas específicas de recursos y servicios de la Universidad.

Se constata que el estudiantado dispone de información sobre servicios generales y específicos, entre ellos biblioteca, servicios informáticos, gabinete psicopedagógico, oficina de prácticas y empleo, reprografía, residencias, instalaciones deportivas, Campus Tour y normativa de uso de servicios e instalaciones. Asimismo, la Facultad ofrece información sobre infraestructuras especialmente relevantes para las titulaciones del área veterinaria, como la Ciudad Sanitaria UAX, el Hospital Clínico Veterinario,

el Centro de Simulación Veterinaria, UAX BioLab y la Unidad de Investigación Biomédica.

En relación con los recursos específicos para la docencia práctica y experimental, se evidencia la existencia de laboratorios, espacios clínicos, equipamiento especializado y horarios de uso de laboratorios, lo que permite verificar una planificación de los espacios necesarios para el desarrollo de las actividades formativas. Estos recursos resultan especialmente relevantes en la Facultad de Veterinaria, por el peso de la formación práctica, clínica y experimental en sus titulaciones.

También se evidencia la existencia de personal de apoyo específico para el Grado en Veterinaria, con perfiles vinculados al soporte técnico especializado, auxiliares de apoyo a la actividad práctica o clínica, técnicos de laboratorio de análisis, personal administrativo, recepcionistas y personal de apoyo logístico. Esta dotación resulta adecuada para garantizar la operatividad de laboratorios, clínicas, instalaciones especializadas y servicios vinculados al desarrollo de la actividad docente.

El centro dispone, además, de una aplicación de gestión de incidencias y peticiones tecnológicas integrada en el campus virtual, que permite registrar solicitudes, categorizar problemas, realizar seguimiento del estado de las incidencias y recoger la valoración del servicio por parte de las personas usuarias. Esta herramienta aporta trazabilidad a la gestión de incidencias relacionadas con recursos tecnológicos, aplicaciones informáticas e infraestructuras de apoyo.

Respecto a la atención a la diversidad, se evidencian servicios y canales específicos orientados al apoyo del estudiantado, entre ellos el gabinete psicopedagógico y los recursos tecnológicos de soporte. Estos mecanismos permiten atender necesidades específicas y facilitar el acceso del estudiantado a los servicios institucionales.

En cuanto al seguimiento de los recursos, el procedimiento PO03.06 contempla indicadores asociados a la gestión de laboratorios, entre ellos el porcentaje de asignaturas con incidencias en las prácticas derivadas del material o del equipamiento. Sin embargo, dichos indicadores no se encuentran incorporados al cuadro de indicadores facilitado al panel, por lo que conviene reforzar su integración en el sistema de seguimiento para poder verificar su evolución y analizar la eficacia de las actuaciones realizadas.

Sí se dispone del indicador de satisfacción del profesorado con el acondicionamiento y equipamiento de laboratorios y espacios experimentales, con valores de 7,2 en 2022-2023, 7,7 en 2023-2024 y 8 en 2024-2025. Esta evolución permite apreciar una mejora progresiva en la percepción del profesorado sobre estos recursos. No obstante, conviene incorporar un análisis más sistemático de estos resultados a nivel de Facultad y vincularlos con decisiones de mantenimiento, dotación, renovación o mejora de espacios y equipamientos.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 5.2

El centro debe implementar procesos que permitan identificar las necesidades de recursos materiales, servicios y personal de apoyo, que permitan el correcto desarrollo de los títulos ofertados.

Análisis de las evidencias disponibles:
La documentación analizada permite evidenciar que el centro tiene implantados procesos orientados a la identificación de necesidades de recursos materiales, servicios y personal de apoyo para el correcto desarrollo de los títulos ofertados. Esta identificación se realiza a partir de distintas fuentes de información del SIGC, entre ellas encuestas de satisfacción, registros de incidencias, actas de seguimiento y mejora, informes anuales de titulación, análisis de viabilidad, planes de iniciativas y herramientas de planificación de espacios.

El procedimiento PO03.06 Gestión de Laboratorios permite evidenciar una sistemática para detectar necesidades vinculadas a la dotación, disponibilidad y mantenimiento de los laboratorios, con especial relevancia en la Facultad de Veterinaria por el peso de la docencia práctica, clínica y experimental. Esta información se complementa con horarios de laboratorios, inventarios de recursos, personal de apoyo asignado a las titulaciones y registros relacionados con la planificación de espacios.

Asimismo, el procedimiento PO02.02 Gestión de Horarios y Espacios de la Actividad Docente Ordinaria permite identificar necesidades derivadas de la organización académica, la previsión de grupos, la asignación de aulas, seminarios y laboratorios, así como la ocupación de espacios. En este sentido, el Dashboard de Ocupación de Espacios aporta información operativa para valorar el uso de infraestructuras y detectar posibles necesidades físicas o logísticas.

La identificación de necesidades se apoya también en los procedimientos PE06.02 Medición de la Satisfacción y Experiencia de los agentes implicados en la enseñanza y aprendizaje del estudiante y PO06.01 Instrumentos de Revisión, Seguimiento y Mejora. Las encuestas de satisfacción, los cuestionarios, la plataforma Medallia, el buzón de quejas y sugerencias y los informes de resultados permiten recoger la percepción de los distintos grupos de interés sobre recursos, servicios, prácticas, docencia, atención recibida y experiencia universitaria.

Las actas de las Comisiones de Seguimiento y Mejora de la Facultad, del Grado en Veterinaria y del Programa de Doctorado evidencian que las necesidades de recursos materiales, servicios e infraestructuras forman parte del seguimiento periódico realizado por el centro. Como ejemplo de esta capacidad de detección y planificación, la documentación revisada recoge el seguimiento del proyecto de construcción de la nueva Granja Docente, actuación vinculada a las necesidades de desarrollo de la docencia práctica de la Facultad.

También se evidencia la conexión entre la identificación de necesidades y la planificación estratégica mediante el procedimiento PE01.02 Planificación Estratégica y los Planes de Iniciativas de Facultad. Estos documentos permiten vincular determinadas actuaciones con metas de calidad, KPIs, inversión estimada, porcentaje de avance y aprobación en órganos de Facultad.

En relación con los procesos de diseño y modificación de títulos, los análisis de viabilidad permiten valorar necesidades de recursos, plazas, cambios en planes de estudio y adaptación a requerimientos normativos. Esta evidencia resulta relevante porque permite conectar la planificación académica con la disponibilidad de recursos materiales, servicios y personal de apoyo.

No obstante, la revisión documental muestra margen de mejora en la trazabilidad del análisis de resultados a nivel de Facultad. Aunque se aportan cuestionarios, plataforma Medallia, calendario de encuestas, informes de satisfacción, actas SIM, informes anuales y planes de iniciativas, la evidencia disponible se concentra especialmente en el curso 2024-2025 y resulta conveniente reforzar la serie histórica y la explicación de cómo los resultados obtenidos se traducen en decisiones concretas sobre recursos, servicios o personal de apoyo.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 5.3

El centro debe tener implementados procesos para la dotación de los recursos, servicios y personal de apoyo cuando se hayan identificado necesidades. En caso de que los procesos de contratación no dependan directamente del centro deben implementar los procesos de solicitud a los órganos de orden superior correspondientes.

Análisis de las evidencias disponibles:
La documentación analizada permite evidenciar que el centro dispone de procedimientos formalizados para canalizar la dotación de recursos y personal cuando se identifican necesidades derivadas del desarrollo de los títulos ofertados. En particular, los procedimientos PA02.01 Selección y PA02.02 Contratación permiten verificar la existencia de una sistemática para la incorporación de personal docente, desde la identificación de la necesidad hasta la definición del perfil requerido y la tramitación del proceso de selección y contratación.

Las evidencias relativas a necesidades de contratación de la Facultad de Veterinaria, fichas de nuevo profesorado, plataforma Bizneo y registros de gestión de personal permiten constatar que las necesidades de incorporación de profesorado se canalizan mediante herramientas y flujos institucionales. La plataforma Bizneo aporta trazabilidad al proceso de gestión del talento, selección, contratación y alta administrativa del personal, evidenciando la existencia de un sistema corporativo centralizado para tramitar estas necesidades.

Asimismo, las actas de Juntas de Facultad, las actas de los Comités de Seguimiento y Mejora de las titulaciones y los informes anuales de titulación permiten apreciar que las necesidades vinculadas al desarrollo de los programas pueden ser identificadas, debatidas y elevadas a los órganos correspondientes. Estos documentos actúan como soporte de coordinación interna y permiten dejar constancia de las solicitudes, prioridades o actuaciones relacionadas con la mejora de recursos, servicios y apoyo a la docencia.

En relación con los recursos materiales y servicios, la documentación revisada permite evidenciar la existencia de canales institucionales para solicitar, tramitar y hacer seguimiento de necesidades que exceden las competencias directas del centro. En este sentido, la dotación de determinados recursos se articula mediante unidades centralizadas y órganos de orden superior, por

lo que resulta especialmente relevante mantener la trazabilidad entre la necesidad detectada, la solicitud formulada, la unidad responsable, la resolución adoptada y el seguimiento posterior.

No obstante, aunque se constata una sistemática clara para la dotación de personal docente, la evidencia relativa a la dotación de personal técnico, personal de apoyo, servicios y recursos materiales podría presentarse de forma más consolidada. En particular, conviene reforzar la documentación que permita verificar cómo se tramitan las necesidades de apoyo operativo, técnico o logístico cuando su provisión depende de unidades centrales de la Universidad.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Valoración global del criterio

VALORACIÓN GLOBAL:
B. Cumplimiento suficiente

Oportunidades de Mejora

Aspectos que SIN COMPROMETER de forma sustantiva el cumplimiento alguna directriz del criterio y que pueden ser objeto mejora en cuanto a eficiencia o eficacia del sistema

- Reforzar el análisis de los resultados de los procesos vinculados a recursos materiales, servicios y personal de apoyo a nivel de Facultad, de forma que pueda evidenciarse con mayor claridad cómo se revisan estos aspectos y cómo se incorporan a la toma de decisiones.

- Integrar en el cuadro de indicadores del centro los indicadores específicos contemplados en el procedimiento de gestión de laboratorios, especialmente aquellos relativos a incidencias en prácticas derivadas del material o equipamiento, para facilitar su seguimiento y análisis evolutivo.

- Mejorar la trazabilidad entre las incidencias detectadas, las necesidades identificadas, las actuaciones realizadas y la evaluación posterior de su eficacia, especialmente en laboratorios, espacios experimentales, recursos tecnológicos e infraestructuras clínicas.

- Sistematizar el análisis de la satisfacción del profesorado con el acondicionamiento y equipamiento de laboratorios y espacios experimentales, vinculando los resultados obtenidos con decisiones de mantenimiento, dotación, renovación o mejora.

- Consolidar series históricas de resultados de satisfacción sobre recursos y servicios, dado que la documentación disponible se concentra principalmente en el curso 2024-2025, lo que limita el análisis de evolución.

- Reforzar la conexión documental entre cuestionarios de satisfacción, plataforma Medallia, informes de resultados, actas SIM, informes anuales de titulación y planes de iniciativas, para evidenciar mejor el ciclo completo de detección, análisis, decisión y mejora.

- Explicitar con mayor claridad cómo las necesidades detectadas en recursos materiales, servicios o personal de apoyo se traducen en actuaciones concretas, responsables asignados, plazos, recursos comprometidos e indicadores de seguimiento.

- Mejorar la trazabilidad de las solicitudes dirigidas a unidades centrales u órganos superiores cuando la dotación de recursos, servicios o personal de apoyo excede las competencias directas del centro.

- Presentar de forma más consolidada las evidencias relativas a la dotación de personal técnico, personal de apoyo, servicios y recursos materiales, especialmente cuando la provisión depende de unidades centralizadas de la Universidad.

- Documentar el recorrido completo de las actuaciones de dotación: necesidad detectada, solicitud formulada, órgano o unidad responsable, resolución adoptada, dotación realizada y valoración posterior de su eficacia.

- Reforzar el seguimiento de actuaciones relevantes vinculadas a recursos estratégicos de la Facultad, como la nueva Granja

Docente, incorporando evidencias de planificación, estado de avance, impacto previsto e impacto finalmente alcanzado.

- Vincular de manera más explícita los planes de iniciativas de Facultad con las necesidades detectadas en recursos, servicios y personal de apoyo, incluyendo inversión estimada, porcentaje de avance, indicadores de resultado y evidencias de aprobación o seguimiento.

- Homogeneizar la presentación de los inventarios de recursos, horarios de laboratorios, personal de apoyo y evidencias de uso de espacios, para facilitar su consulta y verificación en futuros procesos de evaluación externa.

- Incorporar indicadores de eficacia asociados a la gestión de incidencias y peticiones tecnológicas, como tiempos de resolución, tipología de incidencias, recurrencia, satisfacción de las personas usuarias y acciones preventivas derivadas.

- Reforzar la evaluación del impacto de las actuaciones de mejora en recursos materiales, servicios y personal de apoyo, de modo que el sistema permita comprobar si las medidas implantadas han contribuido efectivamente a mejorar el desarrollo de la docencia y la experiencia del estudiantado.

Necesidades de Mejora

Detalle de los aspectos que COMPROMETEN el cumplimiento alguna directriz del criterio y que deben ser objeto mejora para poder asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "C".

No cumplimientos

Detalle de los aspectos implican el no cumplimiento de los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d, e IMPIDEN asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "D".

Criterio 6.- Resultados

OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.

Obtención de información.
Se recopila la información pertinente para la gestión eficaz del centro y los programas formativos impartidos.

Descripción de procedimientos SIGC

Descripción global de los procedimientos y normativa del SIGC que establecen los mecanismos establecidos para dar respuesta al criterio y las directrices en que se desarrolla.

La documentación analizada permite evidenciar que el centro dispone de mecanismos integrados en el Sistema Interno de Garantía de Calidad para recopilar información relevante sobre la gestión del centro y de los programas formativos impartidos. Esta información procede de distintas fuentes: resultados académicos, satisfacción de grupos de interés, quejas y sugerencias, coordinación académica, evaluación del desempeño docente, seguimiento de titulaciones, movilidad, doctorado, auditorías internas y planes de mejora. El informe final recoge que el criterio se encuentra adecuadamente desarrollado, si bien con aspectos de mejora vinculados a la revisión de indicadores y a la trazabilidad del análisis de la información para la toma de decisiones.

El proceso PE06.02 Medición de la Satisfacción y Experiencia de los Agentes Implicados en la Enseñanza y Aprendizaje del Estudiante permite evidenciar la recogida sistemática de información sobre la satisfacción de estudiantes, profesorado, PAS, egresados, empleadores y otros grupos de interés. A través de este proceso se recopilan datos sobre satisfacción con el título, prácticas, movilidad, empleabilidad, labor docente, servicios y experiencia global. La documentación revisada muestra que estos resultados se incorporan a informes de seguimiento, actas de comisiones y herramientas de análisis.

Asimismo, el proceso PE06.03 Reclamaciones, Quejas, Sugerencias y Felicitaciones permite evidenciar la existencia de un canal formal para recoger incidencias, reclamaciones, sugerencias y felicitaciones procedentes de los grupos de interés. Este proceso

constituye una fuente relevante para detectar desviaciones y posibles mejoras. No obstante, se observa que algunos indicadores asociados al proceso, como la satisfacción con el Gabinete Psicopedagógico o la satisfacción general del PAS, no miden de forma directa la eficacia del procedimiento de reclamaciones, quejas, sugerencias y felicitaciones. Por ello, conviene revisar la pertinencia de los indicadores asociados para que reflejen mejor el funcionamiento real del proceso.

La información sobre resultados académicos se obtiene a través del procedimiento PO03.10 Evaluación Académica, que permite evidenciar la gestión de calificaciones y el seguimiento de indicadores como rendimiento, éxito, eficiencia, abandono, graduación y duración media de los estudios. Estos datos se incorporan a los Informes Anuales de Titulación y a otros documentos de seguimiento, facilitando el análisis de la evolución académica de los programas.

La coordinación académica se articula mediante el procedimiento PO03.04 Coordinación, que permite evidenciar la existencia de espacios de revisión entre centro, títulos, profesorado y estudiantes. Las actas de coordinación, las reuniones de seguimiento y las comisiones SIM permiten recoger información cualitativa y cuantitativa sobre el desarrollo de la docencia, los resultados de aprendizaje, la experiencia del estudiantado y las necesidades de mejora detectadas.

En relación con la evaluación del personal docente, el procedimiento PA02.06 Gestión del Desempeño permite evidenciar la recogida de información sobre objetivos, competencias y desempeño del profesorado. Esta información se complementa con los resultados de las encuestas de satisfacción del estudiantado con la labor docente, lo que permite incorporar la percepción del estudiantado al análisis de la calidad docente.

El procedimiento PO06.01 Instrumentos de Revisión, Seguimiento y Mejora permite evidenciar la existencia de una sistemática para determinar mejoras, hacer seguimiento de su implantación, fomentar la participación de los grupos de interés y estandarizar la metodología de los planes de mejora. Sin embargo, aunque en la documentación se hace referencia al inicio de un proceso de "Mejora Continua de la Universidad", no se identifica un procedimiento con esa denominación concreta, por lo que conviene ajustar la terminología o clarificar su correspondencia con los procesos reales del SIGC.

En el caso de los programas de doctorado, el procedimiento PO03.12 Doctorado permite evidenciar la recopilación de información sobre admisión, matriculación, seguimiento anual, evaluación de resultados, desarrollo del Documento de Actividades del Doctorando, presentación y defensa de tesis, así como producción científica asociada. Esta información permite realizar el seguimiento específico del tercer ciclo y de sus resultados formativos e investigadores.

También se incorporan al sistema otros procedimientos relevantes, como PO03.11 Gestión de la Movilidad y PO06.04 Auditorías Internas y Evaluación del Sistema de Gestión, que aportan información complementaria sobre la experiencia internacional del estudiantado y sobre el funcionamiento del propio SIGC.

En conjunto, se evidencia que el centro recopila información pertinente para la gestión eficaz de sus programas formativos y para el seguimiento de la actividad académica, docente, investigadora y de servicios. Como aspectos de mejora, conviene revisar la adecuación de algunos indicadores a los procesos que pretenden medir, reforzar la trazabilidad entre los datos recogidos y las decisiones adoptadas, y clarificar la correspondencia entre la terminología utilizada en los documentos y los procedimientos formalmente definidos en el SIGC.

Directriz 6.1

El centro debe tener implementados procesos que consideren, al menos, la recopilación sistemática de, al menos, los siguientes elementos:

- *Información sobre resultados académicos.*
- *Resultados de inserción laboral.*
- *Satisfacción de los grupos de interés con el centro y sus programas formativos.*
- *Resultados de la evaluación del profesorado.*
- *Quejas, reclamaciones y sugerencias de mejora.*

En el caso de las enseñanzas propias no será obligatoria la recopilación de alguno de los elementos, atendiendo a las especificidades de cada título.
En el caso de centros que imparten programas de doctorado deben recopilarse los resultados de investigación - publicaciones - obtenidos en el desarrollo de las tesis doctorales.

Análisis de las evidencias disponibles:

La documentación analizada permite evidenciar que el centro tiene implantados procesos para la recopilación sistemática de información relevante sobre resultados académicos, inserción laboral, satisfacción de los grupos de interés, evaluación del profesorado, quejas, reclamaciones, sugerencias de mejora y, en el caso del doctorado, resultados de investigación derivados de las tesis doctorales. Esta recopilación se articula mediante procedimientos del SIGC, cuadros de mando, informes anuales, actas de seguimiento y herramientas corporativas de análisis. El informe final recoge esta directriz como adecuada, con aspectos de mejora vinculados a la representatividad de las encuestas, la cobertura de algunos grupos de interés y el uso sistemático de la información para la mejora.

En relación con los resultados académicos, se evidencia la existencia de información sistemática a través del procedimiento PO03.10 Evaluación Académica, las tablas de calificaciones, el Dashboard Académico, el Dashboard Attrition y los Informes Anuales de Titulación. Estas herramientas permiten analizar indicadores como rendimiento, éxito, graduación, eficiencia, abandono, duración media de los estudios y evolución de la matrícula. En el Grado en Veterinaria, los resultados académicos muestran una evolución desfavorable en varios indicadores: la tasa de graduación se sitúa en el 58,65 %, la tasa de rendimiento en el 66,30 % frente al objetivo de >80 %, y la tasa de eficiencia en el 66,45 % frente al objetivo de >90 %. También se identifica un repunte del early attrition, especialmente asociado a abandono temprano en primer curso antes del 31 de diciembre, vinculado por los responsables del título a dificultades académicas o traslados a otras facultades.

Respecto a la satisfacción de los grupos de interés, se evidencia una sistemática de recogida mediante el procedimiento PE06.02 Medición de la Satisfacción y Experiencia de los Agentes Implicados, la plataforma Medallia, los cuestionarios de satisfacción, los calendarios de encuestas, los informes de resultados y las infografías de indicadores. La información recopilada incluye satisfacción del estudiantado con el título, prácticas, TFG/TFM, labor docente, procesos de admisión y matrícula, empleabilidad, PDI, PAS, movilidad y otros servicios. No obstante, se observa la necesidad de mejorar la sistemática de recogida de información sobre la satisfacción de la totalidad de los grupos de interés, especialmente PTGAS y experiencia relativa a movilidad, ya que estos datos se miden a nivel de Universidad y no aparecen suficientemente analizados en los informes anuales de los títulos.

En el Grado en Veterinaria, la satisfacción del estudiantado con el título y el plan de estudios se sitúa en 6,5, la coordinación entre profesores en 6,0 y la flexibilidad del diseño en 5,6. También se observa una satisfacción con las pruebas de evaluación de 6,1, por debajo del umbral mínimo fijado en 7. Estos datos aconsejan profundizar en el análisis de causas y reforzar su conexión con acciones de mejora específicas.

En relación con las prácticas externas, se evidencia que constituyen uno de los ámbitos mejor valorados por el estudiantado, con una satisfacción elevada respecto al lugar de prácticas y a los tutores. No obstante, en la encuesta de egresados del Grado en Veterinaria, con una participación del 15,8 % -21 respuestas de 136-, se reportan deficiencias relevantes en prácticas clínicas y formación práctica, sin que se hayan localizado acciones de mejora directamente asociadas a estos resultados. Esta ausencia limita la trazabilidad entre la información recogida y las decisiones adoptadas.

Respecto a los resultados de inserción laboral, se evidencia la existencia de encuestas de empleabilidad y de información procedente de egresados. En el Programa de Doctorado en Salud Veterinaria, todavía no ha sido posible realizar una medición de empleabilidad, dado que el programa cuenta únicamente con dos doctores graduados y ambos han defendido recientemente su tesis, por lo que aún no ha transcurrido el tiempo necesario para valorar su inserción laboral.

En relación con la evaluación del profesorado, se evidencia la existencia de información procedente del procedimiento PA02.06 Gestión del Desempeño, de los resultados de satisfacción del estudiantado con la labor docente y de herramientas internas como MyUAX. Los resultados muestran una valoración positiva del desempeño individual del profesorado por parte del estudiantado, con una puntuación de 8,2. Asimismo, se evidencia el uso de los resultados de evaluación docente y satisfacción para el despliegue del programa de acompañamiento Peer Shadowing, dirigido al profesorado con valoraciones menos favorables. En paralelo, el profesorado presenta una satisfacción global de 55,1, valorando positivamente la organización y la conexión laboral, con puntuaciones de 8,5 y 8,6.

El procedimiento PE06.03 Reclamaciones, Quejas, Sugerencias y Felicitaciones permite evidenciar la recogida y tratamiento de quejas, reclamaciones y sugerencias de mejora. Los informes asociados recopilan y clasifican incidencias, facilitan la emisión de respuestas individualizadas y permiten identificar posibles acciones de mejora. En el Grado en Veterinaria, como respuesta a quejas o necesidades detectadas, se proponen para el curso 2025-2026 medidas como concentrar y optimizar los grupos y fechas para el traslado a prácticas en autobús, incrementar la calidad, oferta, estabilidad y participación de las prácticas, e introducir remuneración para centros de prácticas críticos.

En el caso del Programa de Doctorado en Salud Veterinaria, se evidencia la recopilación de resultados de investigación derivados de las tesis doctorales. Durante el periodo evaluado se registra la defensa de dos tesis doctorales, de las que se derivan 16 publicaciones indexadas en JCR/SJR, lo que supone una ratio de 8 aportaciones por tesis. Asimismo, la valoración del estudiantado hacia el programa es muy positiva, aunque con una participación del 20 %. Destacan la accesibilidad del director de tesis, con 9,9/10; la orientación académica del tutor, con 9,8/10; y la orientación investigadora del director, con 9,7/10.

La información recopilada converge en los Informes Anuales de Titulación, los Informes de Facultad, las actas de los Comités de Seguimiento y Mejora, las reuniones de Gestión y Calidad del centro y los planes de mejora. En los informes anuales se analiza la implantación del plan de estudios, la información pública, el sistema de gestión de calidad, el personal docente y PTGAS, la satisfacción de los grupos de interés, las prácticas, los TFG/TFM y los resultados de aprendizaje. No obstante, en los informes anuales revisados no se han localizado evidencias claras del plan de acción, aunque sí constan acciones en las actas del SIM de finalización de curso. La Facultad ha unificado el plan de mejoras, incorporando acciones de centro y de los títulos que la integran.

También se constata que el centro ha identificado la baja participación en las encuestas de satisfacción como una debilidad prioritaria en el Plan de Mejora de Centro 2025-2026. Como respuesta, se ha diseñado una acción consistente en reservar tiempo presencial en el aula para la cumplimentación de encuestas. Esta medida resulta pertinente para mejorar la representatividad y fiabilidad de las muestras recogidas, especialmente dado que ninguna titulación alcanza el 50 % de participación.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 6.2

La información debe estar disponible a todos los niveles necesarios de gestión, según corresponda, desde la coordinación de la actividad docente, hasta la dirección y gerencia del centro.

Análisis de las evidencias disponibles:
La documentación analizada permite evidenciar que la información generada por el SIGC se encuentra disponible en los distintos niveles de gestión del centro y se utiliza para el seguimiento académico, la coordinación docente, la revisión de las titulaciones y la toma de decisiones por parte de los órganos responsables. Esta disponibilidad se articula mediante el SIUAX, los cuadros de mando corporativos, la plataforma Medallia, las actas de coordinación, las actas de seguimiento y mejora, los informes anuales de titulación, los informes de centro y los informes de revisión por la dirección.

En el nivel operativo, se evidencia que la información relevante para la coordinación de la actividad docente se comparte a través de las actas de coordinación de asignatura y de las actas de las Juntas de Evaluación. Estos registros permiten constatar el análisis de la planificación docente, los cronogramas, el desarrollo de la docencia, las incidencias detectadas y los resultados académicos del estudiantado, facilitando la adopción de decisiones en el ámbito de asignatura, curso y titulación.

En el nivel de titulación, los Informes Anuales de Titulación y las actas de los Comités de Seguimiento y Mejora permiten evidenciar que los resultados académicos, la satisfacción de los grupos de interés, las quejas y sugerencias, los resultados de prácticas, movilidad, TFG/TFM, evaluación docente y acciones de mejora son analizados por los responsables académicos y de calidad. Estos documentos permiten trasladar la información desde la coordinación académica hacia los órganos con capacidad de seguimiento y decisión.

En el nivel de centro, se evidencia que las reuniones de Gestión y Calidad y las actas SIM de Facultad incorporan el análisis de los resultados obtenidos en las titulaciones, así como el seguimiento de indicadores, planes de mejora, iniciativas de Facultad, recursos, infraestructuras, movilidad, innovación docente e implantación del sistema de calidad. También se constata que el Informe de Centro integra información procedente de los títulos y permite una visión agregada de la evolución de la Facultad.

La disponibilidad de la información se refuerza mediante herramientas corporativas como el Dashboard Académico y el Dashboard Attrition, que permiten acceder a datos sobre matriculación, perfil del estudiantado, resultados académicos, rendimiento, abandono y evolución de las titulaciones. Asimismo, la plataforma Medallia facilita el acceso a resultados de satisfacción y experiencia de los distintos grupos de interés, con posibilidades de segmentación según perfiles, títulos, colectivos y dimensiones analizadas.

En el nivel estratégico, los Informes de Revisión por la Dirección permiten evidenciar que la información procedente de los

procesos del SIGC se integra en el análisis institucional de la política de calidad, los objetivos, los procesos, los títulos, las no conformidades y las áreas de mejora. Estos informes constituyen una vía de conexión entre el seguimiento realizado por el centro y la planificación estratégica de la Universidad.

También se evidencia un compromiso con la transparencia institucional mediante la disponibilidad de información en el Portal de Transparencia y en el espacio web propio de la Facultad, donde se integra información relativa a la política de calidad, el SIGC del centro y otros elementos relevantes para los grupos de interés.

En conjunto, se evidencia que la información derivada del SIGC está disponible y se analiza de forma articulada en los distintos niveles de gestión, desde la coordinación docente hasta los comités de seguimiento, la dirección de centro y los órganos institucionales. Como aspecto de mejora, conviene reforzar la trazabilidad entre la información analizada, las decisiones adoptadas, los responsables asignados, las acciones implantadas y el seguimiento posterior de su eficacia, de manera que resulte más visible el recorrido completo de la información dentro del sistema.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Valoración global del criterio

VALORACIÓN GLOBAL:
B. Cumplimiento suficiente

Oportunidades de Mejora

Aspectos que SIN COMPROMETER de forma sustantiva el cumplimiento alguna directriz del criterio y que pueden ser objeto mejora en cuanto a eficiencia o eficacia del sistema

- Revisar la adecuación de algunos indicadores asociados a los procesos del SIGC, especialmente en PE06.03, para asegurar que miden de forma directa la eficacia del proceso al que están vinculados y facilitan la toma de decisiones.

- Clarificar la correspondencia entre la referencia documental al proceso de "Mejora Continua de la Universidad" y los procedimientos formalmente definidos en el SIGC, especialmente PO06.01 Instrumentos de Revisión, Seguimiento y Mejora.

- Reforzar la sistemática de recogida de información sobre la satisfacción de todos los grupos de interés, especialmente PTGAS, egresados y participantes en programas de movilidad, incorporando análisis específico a nivel de centro y de titulación.

- Consolidar las medidas dirigidas a incrementar la participación en las encuestas de satisfacción, especialmente la reserva de tiempo presencial en el aula, para mejorar la representatividad y fiabilidad de las muestras recogidas.

- Incorporar en los Informes Anuales de Titulación una referencia más visible al plan de acción derivado de los resultados analizados, de forma que quede clara la conexión entre indicadores, diagnóstico, decisiones adoptadas y acciones de mejora.

- Reforzar la trazabilidad entre los resultados académicos desfavorables del Grado en Veterinaria -graduación, rendimiento, eficiencia, satisfacción con pruebas de evaluación y early attrition- y las acciones específicas de mejora diseñadas para revertirlos.

- Vincular de forma más explícita los resultados de las encuestas de egresados con acciones de mejora, especialmente cuando se identifican debilidades en prácticas clínicas y formación práctica.

- Analizar de forma específica la satisfacción del estudiantado con el título, el plan de estudios, la coordinación docente y la flexibilidad del diseño, incorporando medidas de mejora con responsables, plazos e indicadores de seguimiento.

- Integrar de manera más sistemática en los informes de título los resultados de movilidad incoming y outgoing, evitando que su análisis quede únicamente en el nivel general de Universidad.

- Definir el momento y procedimiento para la medición de la empleabilidad en el Programa de Doctorado en Salud Veterinaria,

una vez transcurrido el periodo necesario desde la defensa de las tesis.

- Mantener el seguimiento de la producción científica derivada de las tesis doctorales, incorporando su análisis periódico en los informes del programa y en las actas de seguimiento correspondientes.

- Reforzar la conexión entre los resultados de evaluación docente, los programas de acompañamiento como Peer Shadowing y la evolución posterior de la satisfacción del estudiantado con la labor docente.

- Sistematizar el análisis de quejas, reclamaciones y sugerencias, vinculando tipología de incidencias, respuesta ofrecida, acciones derivadas y valoración posterior de la eficacia de las medidas implantadas.

- Asegurar que las actas SIM de inicio, seguimiento y finalización de curso recogen de forma homogénea los resultados analizados, los acuerdos adoptados, las personas responsables, los plazos y el seguimiento de acciones previas.

- Reforzar la disponibilidad y circulación de la información en todos los niveles de gestión mediante una trazabilidad más visible entre SIUAX, dashboards, Medallia, informes anuales, actas SIM, reuniones de Gestión y Calidad e Informes de Revisión por la Dirección.

- Hacer más explícito cómo la información analizada en coordinación docente, comités de seguimiento, dirección de centro y órganos institucionales se transforma en decisiones concretas y en seguimiento posterior de su eficacia.

- Consolidar un cuadro de mando integrado que permita visualizar de forma conjunta resultados académicos, satisfacción, empleabilidad, evaluación docente, quejas, movilidad, doctorado y acciones de mejora asociadas.

- Reforzar el cierre del ciclo de mejora, documentando para cada acción la necesidad detectada, la fuente de información utilizada, la decisión adoptada, el responsable, el plazo, el indicador de seguimiento y la valoración final de eficacia.

Necesidades de Mejora

Detalle de los aspectos que COMPROMETEN el cumplimiento alguna directriz del criterio y que deben ser objeto mejora para poder asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "C".

No cumplimientos

Detalle de los aspectos implican el no cumplimiento de los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d, e IMPIDEN asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "D".

Criterio 7.- Información pública, transparencia y rendición de cuentas

PUBLICACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS DE LA INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDADES Y PROGRAMAS A LOS GRUPOS DE INTERÉS IMPLICADOS.

Publicación y rendición de cuentas de la información sobre actividades y programas a los grupos de interés implicados.
El centro publica información clara, fiable, objetiva, actualizada y fácilmente accesible sobre sus actividades y programas y realiza la rendición de cuentas a los grupos de interés implicados en el despliegue del Sistema Interno de Garantía de Calidad.

Descripción de procedimientos SIGC

Descripción global de los procedimientos y normativa del SIGC que establecen los mecanismos establecidos para dar respuesta al criterio y las directrices en que se desarrolla.

La documentación analizada permite evidenciar que el centro dispone de procedimientos integrados en el Sistema Interno de Garantía de Calidad orientados a la publicación de información clara, fiable, objetiva, actualizada y accesible sobre sus actividades, programas formativos y mecanismos de calidad. Asimismo, se constata la existencia de canales y órganos que

permiten la rendición de cuentas ante los grupos de interés implicados en el despliegue del SIGC. El informe final recoge que este criterio se encuentra adecuadamente desarrollado, aunque con aspectos de mejora relacionados con la actualización, revisión periódica y trazabilidad de la información pública.

El macroproceso PE04 Marketing integra los procedimientos PE04.01 Plan de Publicidad y PE04.02 Información Pública de las Titulaciones. El procedimiento PE04.01 Plan de Publicidad se orienta a la planificación de campañas, la gestión del presupuesto, la captación de potenciales estudiantes y la optimización de la inversión. Aunque su finalidad principal tiene carácter promocional, aparece vinculado al criterio de información pública, transparencia y rendición de cuentas, por lo que conviene asegurar que la información difundida en el marco de las campañas sea coherente con la información académica oficial publicada por la Universidad.

El procedimiento PE04.02 Información Pública de las Titulaciones constituye el principal mecanismo para garantizar la publicación de información clara, precisa y completa sobre los programas formativos y otras actividades relevantes de la Universidad. Este proceso permite evidenciar que existen responsabilidades y circuitos institucionales para elaborar, validar y publicar información sobre las titulaciones, asegurando su adecuación a los grupos de interés y su alineación con los requisitos del sistema de calidad.

La información pública se difunde principalmente a través de la página web institucional, las páginas específicas de centro y titulaciones, el Portal de Transparencia y los espacios digitales internos dirigidos al estudiantado y al personal. Estos canales permiten acceder a información sobre oferta formativa, organización del centro, normativas, servicios, calendarios, horarios, guías docentes, admisión, matrícula, calidad, resultados y órganos de gobierno.

La rendición de cuentas se articula a través del procedimiento PO06.01 Instrumentos de Revisión, Seguimiento y Mejora, que regula la participación de los grupos de interés en las Comisiones de Seguimiento y Mejora y en otros espacios de revisión del sistema. Las actas SIM, los informes anuales de titulación, los informes de Facultad y los planes de mejora permiten evidenciar que los resultados, indicadores, incidencias, acciones y decisiones adoptadas son analizados por los responsables académicos y de calidad.

También se evidencia la conexión de este criterio con el procedimiento PE01.02 Planificación Estratégica, en la medida en que la información generada por el SIGC se integra en los procesos de revisión institucional y en la toma de decisiones estratégicas. Asimismo, el procedimiento PA02.04 Cultura y Experiencia de la Persona Empleada contribuye a la comunicación interna con el personal, favoreciendo la circulación de información dentro de la organización.

No obstante, se constata que los procedimientos PE04.01 Plan de Publicidad y PE04.02 Información Pública de las Titulaciones no recogen de forma suficientemente explícita una periodicidad definida para la revisión, actualización y publicación de sus contenidos. Esta cuestión afecta a la eficiencia del sistema, ya que dificulta verificar cuándo, cómo y con qué frecuencia se revisa la información publicada. Por ello, conviene incorporar en las fichas o procedimientos de ambos procesos una periodicidad concreta -por ejemplo, anual, semestral o vinculada a hitos académicos-, así como responsables, evidencias de revisión y mecanismos de validación.

En conjunto, se evidencia que el centro dispone de mecanismos adecuados para publicar información institucional, académica y de calidad, así como para rendir cuentas a los grupos de interés a través de órganos de seguimiento, informes y canales públicos. Como aspecto de mejora, conviene reforzar la sistemática de revisión y actualización de la información pública, asegurando una trazabilidad clara entre contenidos publicados, responsables, fechas de revisión, modificaciones realizadas y aprobación final.

Directriz 7.1

El centro debe tener implementados procedimientos para publicar, revisar y actualizar información clara, fiable, objetiva, y fácilmente accesible sobre todos sus programas formativos y otras actividades relevantes.

Análisis de las evidencias disponibles:
La documentación analizada permite evidenciar que el centro dispone de procedimientos y canales institucionales para publicar, revisar y actualizar información pública sobre sus programas formativos y otras actividades relevantes. El procedimiento PE04.02 Información Pública de las Titulaciones establece la sistemática para publicar información clara, precisa y completa sobre la oferta formativa, los planes de estudio, las guías docentes y otros contenidos relevantes, incorporando mecanismos de revisión y validación previa antes de su difusión en los canales oficiales.

Se constata que la página web institucional y las páginas específicas de las titulaciones constituyen los principales canales de acceso público a la información académica. A través de estos espacios se difunden los datos esenciales de los programas formativos, la estructura de los estudios, los planes de estudios, las guías docentes, los criterios de admisión, la normativa aplicable y otros elementos de interés para estudiantes, familias, profesorado, egresados, empleadores y sociedad en general.

El Portal de Transparencia actúa como canal complementario de rendición de cuentas, al centralizar información institucional sobre la Política de Calidad, los órganos de gobierno, el SIGC, las memorias académicas anuales, las normativas generales y específicas, calendarios, horarios, guías de admisión y oferta de títulos de grado, máster y doctorado. Esta evidencia permite verificar que la Universidad dispone de un espacio público orientado a facilitar el acceso a información institucional y académica relevante.

Asimismo, el Plan de Comunicación Institucional y los registros de control de comunicaciones internas permiten evidenciar una planificación organizada de los flujos de información. Estos documentos recogen qué se comunica, a quién, cuándo, quién emite la información y a través de qué canal, incluyendo información general, desarrollo de la actividad formativa y especificidades de la formación online. Este sistema contribuye a la coherencia de los mensajes difundidos y a la coordinación entre los distintos niveles de la organización.

Además de la web institucional, se identifican otros canales de comunicación definidos por las áreas competentes, como la atención telefónica, presencial y virtual mediante correo electrónico, las redes sociales y las campañas de comunicación. Estos canales amplían el alcance de la información pública, si bien resulta conveniente asegurar que la información difundida por vías promocionales o comerciales se mantiene alineada con la información académica oficial publicada en la web y en el Portal de Transparencia.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 7.2

Los procedimientos relacionados con la información pública y la transparencia implementados por el centro deben tener en cuenta a los diferentes grupos de interés, tales como:
- *Estudiantado potencial.*
- *Estudiantado matriculado.*
- *Personas egresadas.*
- *Personal docente.*
- *Personal de apoyo.*
- *Empleadores.*
- *Sociedad en general.*

Análisis de las evidencias disponibles:
La documentación analizada permite evidenciar que los procedimientos relacionados con la información pública y la transparencia tienen en cuenta, con carácter general, a los principales grupos de interés definidos en la directriz. El procedimiento PE04.02 Información Pública de las Titulaciones contempla los colectivos indicados y establece una sistemática para publicar información clara, precisa y completa sobre los programas formativos y otras actividades relevantes de la Universidad.

Se constata que la página web de la Facultad y las páginas web de las titulaciones contienen información accesible para los distintos grupos de interés. La estructura de navegación, a través de una botonera superior homogénea, permite acceder a información sobre la Facultad, departamentos, estudios, estudiantes, investigación, internacionalización, servicios y otros contenidos relevantes. Esta organización facilita que el estudiantado potencial, el estudiantado matriculado, las familias, el profesorado, el personal de apoyo, las personas egresadas, los empleadores y la sociedad en general puedan localizar información de interés.

En relación con el estudiantado potencial y matriculado, las páginas web de las titulaciones y las fichas de información web permiten evidenciar la publicación de datos sobre denominación del título, ECTS, modalidad, plazas, idioma, requisitos de acceso y admisión, plan de estudios, guías docentes, calendarios, equipamientos específicos, profesorado, prácticas externas, salidas profesionales, responsables de calidad y acceso al buzón de quejas y sugerencias. Esta información contribuye a la transparencia

del proceso de elección, acceso, matrícula y seguimiento de los estudios.

Respecto a las personas egresadas y empleadores, se evidencia la existencia de canales y actuaciones orientadas a la empleabilidad y a la conexión con el entorno profesional. Los encuentros con empleadores, las jornadas profesionales, Career Services y actividades como JOBDAY permiten recoger y difundir información vinculada a perfiles profesionales, salidas laborales, competencias demandadas y relación entre la formación y el mercado de trabajo.

En relación con el personal docente y el personal de apoyo, el Campus Virtual MyUAX, el SIUAX, el tablón de anuncios, los planes de formación institucional y los canales internos de comunicación permiten evidenciar la existencia de mecanismos de información dirigidos al personal de la Universidad. Asimismo, el Plan de Comunicación Institucional y el procedimiento PA02.04 Cultura y Experiencia de la Persona Empleada reflejan la existencia de canales internos orientados a trasladar información relevante para la actividad académica, organizativa y de gestión.

La página web de centro también actúa como canal de rendición de cuentas hacia la sociedad en general. En ella se publica información sobre la oferta formativa, misión y visión, organigrama, planes del SIUAX, Comisiones SIM, infografías de resultados, infraestructuras de referencia, líneas estratégicas de investigación, indicadores y reconocimientos externos. Esta información permite hacer visible la actividad del centro y su contribución académica, investigadora y social.

No obstante, se observa que el procedimiento PE04.01 Plan de Publicidad identifica como grupos de interés al Consejo de Gobierno, Departamento de Ventas, PDI, PAS, estudiantes y empleadores, pero no incluye expresamente a la sociedad en general ni diferencia con claridad entre estudiantado potencial, matriculado y egresado. Aunque esta limitación queda compensada en buena medida por el procedimiento PE04.02, que sí contempla todos los grupos de interés exigidos, conviene revisar la coherencia entre ambos procesos para asegurar una identificación homogénea de colectivos, necesidades, expectativas e indicadores de seguimiento.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 7.3

La información debe ser publicada, al menos, en la página web del centro, y debe incluir, según corresponda:

- *Información sobre el centro:*
  - *Organización.*
  - *Política.*
  - *Estrategia.*
  - *Sistema Interno de Garantía de Calidad implementado.*
- *Información sobre los programas ofertados:*
  - *Denominación de los títulos.*
  - *Universidades y centros implicados, en caso de títulos conjuntos.*
  - *Perfil de ingreso*
  - *Criterios y vías de acceso.*
  - *Criterios de reconocimiento de créditos.*
  - *Estructura del plan de estudios.*
  - *Número de plazas ofertadas.*
  - *Modalidad de impartición.*
  - *Oferta de movilidad.*
  - *Oferta de prácticas externas, entidades colaboradoras vinculadas al título.*
  - *Guías docentes de las asignaturas.*
  - *Requisitos de idiomas.*
  - *Cuando corresponda información sobre acceso o vinculación con profesiones reguladas.*
  - *Calendario lectivo (horarios de clase y fechas de evaluación).*
- *Información sobre los servicios de gestión del centro.*
- *Información sobre servicios de orientación a los estudiantes.*
- *Información sobre servicios complementarios ofertados.*
- *Acceso al buzón de quejas, reclamaciones y sugerencias.*
- *Información sobre resultados:*
  - *Información sobre resultados académicos.*

- *Resultados de inserción laboral.*
- *Satisfacción de los grupos de interés.*
- *Quejas, reclamaciones y sugerencias de mejora.*

En el caso de las enseñanzas propias la información sobre los programas ofertados, y la información sobre resultados podrá no contener todos los elementos indicados, en función de la propia naturaleza de cada título.

Análisis de las evidencias disponibles:
La revisión de la página web de la Facultad y de las páginas web de las titulaciones permite evidenciar que la información pública se presenta, con carácter general, de forma estructurada, accesible y suficiente para los principales grupos de interés. Se publica información relevante sobre el centro, los programas formativos, los servicios disponibles, el Sistema Interno de Garantía de Calidad y determinados resultados académicos y de satisfacción. El informe final recoge esta directriz como adecuada, con aspectos de mejora relativos a la actualización, localización y completitud de algunos contenidos.

En relación con la información sobre el centro, se constata la publicación de la Política de Calidad, versión 1.0, aprobada el 17/05/2024, así como información relativa al Sistema Interno de Garantía de Calidad. También se incluye información sobre la misión, visión y palancas estratégicas del centro. No obstante, no se han localizado en la web el plan estratégico ni los objetivos estratégicos del centro, ni tampoco información suficientemente visible sobre la organización del centro, por lo que conviene reforzar estos apartados para completar la rendición de cuentas institucional.

Respecto a la información sobre los programas ofertados, se evidencia que las páginas web del Grado en Veterinaria y del Programa de Doctorado en Salud Veterinaria publican la denominación de los títulos, modalidad de impartición, estructura del plan de estudios, perfil de ingreso, criterios y vías de acceso, criterios de reconocimiento de créditos, guías docentes, calendario lectivo, horarios y fechas de evaluación. En el caso del Grado en Veterinaria, se detalla correctamente la vinculación con profesión regulada.

El número de plazas ofertadas figura en las páginas web del grado y del doctorado, aunque su localización podría mejorar, ya que aparece en el apartado de admisión y no junto a la información general del título. No se ha localizado esta información en el experto ni en el curso preuniversitario. Asimismo, el perfil de ingreso y los criterios y vías de acceso se muestran con claridad en grado, doctorado y diploma experto, pero no se han localizado en el curso preuniversitario. En el programa de doctorado se recogen también los requisitos de idiomas.

La oferta de movilidad y de prácticas externas, incluidas las prácticas extracurriculares, está disponible en las páginas web de las titulaciones. También se publica información sobre los servicios de gestión del centro, servicios de orientación al estudiantado y servicios complementarios a través de la botonera superior, disponible tanto en la web del centro como en la web de cada titulación.

El acceso al buzón de quejas, reclamaciones y sugerencias está disponible en la web del centro, dentro del apartado dedicado al Sistema de Garantía de Calidad, y también en el apartado de calidad de las páginas web del grado y del doctorado. Sin embargo, su localización no resulta suficientemente directa, por lo que conviene mejorar su visibilidad y accesibilidad para facilitar su uso por parte de los grupos de interés.

En cuanto a la información sobre resultados, se constata la publicación de resultados académicos para el grado y el doctorado. No obstante, algunos apartados requieren actualización, como los resultados académicos del doctorado, que aparecen publicados hasta el curso 2023-2024. La publicación de resultados más recientes reforzaría la transparencia institucional y facilitaría la toma de decisiones de futuros estudiantes y otros grupos de interés.

Los resultados de inserción laboral están disponibles para el grado, pero no se han localizado en el doctorado. En cuanto a la satisfacción de los grupos de interés, se publica información relativa a estudiantes y doctorandos. Por último, las principales acciones de mejora propuestas e implantadas están disponibles en el grado, pero no se han localizado en el doctorado, por lo que conviene completar esta información para asegurar una rendición de cuentas homogénea entre titulaciones.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 7.4

El centro debe implementar mecanismos que garanticen la rendición de cuentas de manera planificada, específica y bidireccional a los diferentes grupos de interés que participan en el despliegue del Sistema Interno de Garantía de Calidad. Esta rendición de cuentas debe incluir la información relevante sobre los resultados alcanzados en materia de política y objetivos de calidad del centro.

Análisis de las evidencias disponibles:
La documentación analizada permite evidenciar que el centro dispone de mecanismos formales de rendición de cuentas en el marco del Sistema Interno de Garantía de Calidad, articulados principalmente a través de las Comisiones de Seguimiento y Mejora, los canales internos de comunicación, el Portal de Transparencia y los espacios institucionales de relación con los grupos de interés. Estos mecanismos permiten trasladar información relevante sobre el funcionamiento de las titulaciones, los resultados alcanzados, las acciones de mejora y el despliegue de la política de calidad.

El procedimiento PO06.01 Instrumentos de Revisión, Seguimiento y Mejora regula el funcionamiento de las Comisiones SIM, en las que participan representantes del profesorado, responsables académicos, estudiantado, personas egresadas y colectivo empleador. Las actas revisadas permiten constatar que estos órganos analizan periódicamente información relativa al desarrollo de los títulos, resultados académicos, satisfacción de los grupos de interés, información pública, incidencias, planes de acción y seguimiento de mejoras.

Las actas de los Comités de Seguimiento y Mejora del Centro y de las Titulaciones evidencian que la información del SIGC se comparte con distintos colectivos y que estos espacios funcionan como mecanismo de participación, análisis y retroalimentación. La publicación o disponibilidad de estas actas a través de los canales internos contribuye a reforzar la transparencia del sistema y permite que el estudiantado y otros grupos implicados conozcan los resultados y acuerdos derivados del seguimiento de la calidad.

También se evidencia la existencia de canales de comunicación interna, como los registros de control de comunicaciones internas y el Campus Virtual MyUAX, que permiten trasladar información institucional, documentación de calidad, anuncios, planes de formación y otros contenidos relevantes al personal y a la comunidad universitaria. Estos canales contribuyen a la difusión de la cultura de calidad y a la rendición de cuentas interna.

En relación con los empleadores, se constatan encuentros profesionales y actividades de vinculación con el entorno, que permiten incorporar la perspectiva del sector profesional, informar sobre la oferta formativa y recoger aportaciones sobre el perfil de los futuros egresados. Estos espacios complementan los mecanismos formales de rendición de cuentas y favorecen una comunicación bidireccional con agentes externos.

Desde el Portal de Transparencia se accede a información relativa al Sistema Interno de Garantía de Calidad y a la Política de Calidad, lo que permite evidenciar una vía pública de rendición de cuentas institucional. No obstante, no se han localizado en dicho espacio algunos elementos relevantes para reforzar la transparencia del sistema, como los informes de seguimiento de los títulos, el cuadro de mando de indicadores o el plan de mejoras del doctorado. Esta ausencia limita la visibilidad externa de algunos resultados y actuaciones de mejora.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Valoración global del criterio

VALORACIÓN GLOBAL:
B. Cumplimiento suficiente

Oportunidades de Mejora

Aspectos que SIN COMPROMETER de forma sustantiva el cumplimiento alguna directriz del criterio y que pueden ser objeto mejora en cuanto a eficiencia o eficacia del sistema

- Definir de forma explícita en los procedimientos PE04.01 Plan de Publicidad y PE04.02 Información Pública de las Titulaciones la periodicidad de revisión, actualización y publicación de los contenidos, incorporando responsables, plazos y evidencias de validación.

- Reforzar la trazabilidad del proceso de actualización de la información pública, dejando constancia de la fecha de revisión, persona o unidad responsable, cambios realizados y aprobación final antes de su publicación.

- Asegurar la coherencia entre la información difundida en canales promocionales o comerciales -redes sociales, campañas, acciones de captación- y la información académica oficial publicada en la web institucional y en el Portal de Transparencia.

- Armonizar la definición de grupos de interés entre PE04.01 y PE04.02, incorporando de forma explícita a la sociedad en general y diferenciando con mayor claridad entre estudiantado potencial, estudiantado matriculado y personas egresadas.

- Completar la información pública sobre la organización del centro, incluyendo organigrama académico, responsabilidades principales y canales de contacto asociados a la gestión del centro.

- Publicar de forma más visible el plan estratégico y los objetivos estratégicos del centro, junto con el seguimiento de su grado de cumplimiento, para reforzar la rendición de cuentas sobre política y objetivos de calidad.

- Mejorar la localización del número de plazas ofertadas, situándolo junto a la información general de cada título y asegurando su publicación homogénea en grado, doctorado, experto y curso preuniversitario.

- Completar la información sobre perfil de ingreso, criterios y vías de acceso en aquellas enseñanzas en las que aparece menos desarrollada, especialmente en el curso preuniversitario.

- Mejorar la visibilidad y accesibilidad del buzón de quejas, reclamaciones y sugerencias, incorporando un acceso más directo desde las páginas del centro y de las titulaciones.

- Actualizar la información pública sobre resultados académicos del doctorado, incorporando los datos más recientes disponibles y evitando que la información quede limitada a cursos anteriores.

- Incorporar resultados de inserción laboral del doctorado cuando proceda o, en su caso, explicar públicamente la imposibilidad temporal de medirlos por el reducido número de egresados recientes.

- Publicar de forma homogénea las principales acciones de mejora propuestas e implantadas en el doctorado, al igual que se hace en el grado.

- Completar en el Portal de Transparencia la información vinculada a los informes de seguimiento de los títulos, el cuadro de mando de indicadores y el plan de mejoras del doctorado.

- Reforzar la bidireccionalidad de los mecanismos de rendición de cuentas, documentando cómo las aportaciones de estudiantado, profesorado, PTGAS, egresados y empleadores se transforman en decisiones, acciones de mejora y seguimiento posterior.

- Incorporar un retorno más explícito a los grupos de interés sobre las decisiones adoptadas a partir de sus aportaciones, especialmente en las Comisiones SIM, encuentros con empleadores y canales internos de comunicación.

- Sistematizar la publicación de resultados alcanzados en materia de política y objetivos de calidad del centro, incluyendo indicadores, grado de cumplimiento, acciones desarrolladas y valoración de su eficacia.

- Homogeneizar la publicación de resultados, satisfacción, quejas, reclamaciones, sugerencias y acciones de mejora entre las distintas titulaciones del centro.

- Reforzar el cierre del ciclo de rendición de cuentas, vinculando información publicada, resultados analizados, aportaciones recibidas, decisiones adoptadas, acciones implantadas y comunicación posterior a los grupos de interés.

Necesidades de Mejora

Detalle de los aspectos que COMPROMETEN el cumplimiento alguna directriz del criterio y que deben ser objeto mejora para poder asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas

"*C*".

No cumplimientos

Detalle de los aspectos implican el no cumplimiento de los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d, e IMPIDEN asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "D".

Criterio 8.- Gestión de la I+D+i y transferencia de conocimiento

Este criterio es de aplicación únicamente a centros que imparten programas de doctorado.
ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA Y DE TRANSFERENCIA DEL CENTRO.

Organización de la actividad investigadora y de transferencia del centro
El centro despliega una estrategia de investigación y transferencia, adecuada a su estructura y ámbitos de trabajo y gestionando sus colaboraciones con instituciones científicas, empresas, administraciones, de una forma coherente con los programas de doctorado impartidos.

Descripción de procedimientos SIGC

Descripción global de los procedimientos y normativa del SIGC que establecen los mecanismos establecidos para dar respuesta al criterio y las directrices en que se desarrolla.

Este criterio resulta de aplicación al centro, dado que en la Facultad de Veterinaria se imparte el Programa de Doctorado en Salud Veterinaria. La documentación analizada permite evidenciar que la Universidad dispone de procedimientos integrados en el SIGC para organizar, gestionar y realizar el seguimiento de la actividad investigadora, de I+D+i y de transferencia del conocimiento, en conexión con los programas de doctorado impartidos.

La gestión específica del doctorado se articula a través del procedimiento PO03.12 Doctorado, que regula la admisión y matriculación, la asignación de tutores y directores, el seguimiento y evaluación anual del doctorando, el desarrollo del Documento de Actividades, la presentación y defensa de tesis doctorales y las menciones internacional, industrial y de cotutela. Este procedimiento permite evidenciar una conexión directa entre la organización académica del programa y la actividad investigadora desarrollada por el centro.

La actividad investigadora y de transferencia se vincula principalmente al macroproceso PO04 Investigación. Según la documentación revisada, los procedimientos PO04.01 Plan Estratégico de Investigación y PO04.02 Convocatorias de Participación en Proyectos de Investigación se han integrado en un único procedimiento de Investigación y Transferencia del Conocimiento. Este procedimiento tiene por objeto establecer los criterios para la elaboración del Plan Estratégico de Investigación, ordenar el proceso de investigación, agrupar criterios y subprocesos, modificar indicadores y actualizar los formatos y registros asociados al proceso.

La documentación evidencia que el Vicerrectorado competente identifica los pilares del modelo de investigación, de los que deriva el Plan Estratégico de Investigación. Sin embargo, no se ha tenido acceso al propio Plan Estratégico de Investigación, lo que limita la verificación completa de la estrategia investigadora del centro, su alineación con las líneas del Programa de Doctorado en Salud Veterinaria y su despliegue mediante objetivos, indicadores, responsables, plazos y resultados esperados.

La participación en proyectos de investigación se canaliza mediante el procedimiento de Investigación y Transferencia del Conocimiento, que regula las convocatorias internas y externas de proyectos y fomenta la actividad investigadora en la institución. Las evidencias asociadas a proyectos, grupos de investigación, líneas de trabajo y producción científica permiten valorar parcialmente la actividad investigadora vinculada al programa de doctorado.

El seguimiento de la actividad investigadora se complementa con el procedimiento PO06.01 Instrumentos de Revisión, Seguimiento y Mejora, a través de las Comisiones SIM, los informes anuales y los mecanismos de análisis de resultados. Estos instrumentos permiten incorporar información sobre la evolución del programa de doctorado, los resultados de investigación asociados a las tesis, la producción científica y las posibles acciones de mejora.

También se identifica la existencia de estructuras y herramientas institucionales vinculadas a la transferencia de conocimiento, como la Fundación UAX, el Portal del Investigador, el repositorio institucional y los mecanismos de colaboración con instituciones científicas, empresas, administraciones y entorno profesional. Estas evidencias permiten apreciar una orientación hacia la difusión, colaboración y transferencia de resultados, si bien conviene reforzar la trazabilidad entre dichas estructuras, las líneas de investigación del programa de doctorado y los resultados concretos alcanzados.

En conjunto, se evidencia que el centro dispone de procedimientos para organizar la actividad investigadora y de transferencia vinculada al Programa de Doctorado en Salud Veterinaria. Como aspectos de mejora, conviene aportar y hacer más visible el Plan Estratégico de Investigación, explicitar su conexión con las líneas del doctorado, reforzar la trazabilidad entre estrategia, proyectos, producción científica, colaboraciones y transferencia, y consolidar indicadores que permitan evaluar la eficacia del sistema de investigación y transferencia del centro.

Directriz 8.1

El centro tiene identificados los grupos de investigación, al menos los que participan en la impartición de programas de doctorado, y revisa y actualiza periódicamente las principales líneas de trabajo de cada uno de ellos.

Análisis de las evidencias disponibles:
La documentación analizada permite evidenciar que el centro tiene identificados los grupos de investigación vinculados a la Facultad de Veterinaria y al Programa de Doctorado en Salud Veterinaria, así como las principales líneas de investigación que dan cobertura al programa. La información disponible en el Portal del Investigador, en las Memorias de Investigación, en las tablas de proyectos y en las actas de la Comisión Académica de Doctorado permite constatar la existencia de una estructura investigadora asociada al doctorado.

Se evidencia que el Programa de Doctorado en Salud Veterinaria mantiene identificadas cuatro líneas de investigación, que aparecen representadas en las actas de la Comisión Académica. Asimismo, el informe anual del doctorado incorpora el análisis de dichas líneas, así como la revisión del perfil investigador de tutores y directores, con el fin de valorar su adecuación a la naturaleza del programa y a las tesis en desarrollo.

Las actas de la Comisión Académica de Doctorado permiten comprobar la toma de decisiones relativas a la admisión y seguimiento de doctorandos, la asignación de tutores y directores, la aprobación de temas de tesis y la vinculación con líneas de investigación. Estas evidencias permiten apreciar que existe una revisión periódica de la actividad investigadora asociada al programa y de su relación con el desarrollo de las tesis doctorales.

También se evidencia actividad investigadora a través de las tablas de proyectos de investigación, que recogen información sobre líneas de investigación, grupos, proyectos, investigadores principales, organismos financiadores, fechas de ejecución e investigadores participantes. Esta información contribuye a valorar la conexión entre grupos de investigación, proyectos activos y profesorado vinculado al programa de doctorado.

Sin embargo, la estructura investigadora presenta algunos aspectos que requieren seguimiento. Aunque las líneas de investigación del programa están identificadas, el volumen de grupos de investigación vinculados al ámbito de la Facultad resulta limitado en relación con la amplitud potencial de un programa de doctorado en Ciencias Veterinarias. Asimismo, los proyectos de investigación asociados muestran una actividad reducida en términos de proyectos competitivos activos en vigor, lo que aconseja reforzar la captación de financiación competitiva y la consolidación de la masa crítica investigadora.

Además, aunque las actas de la Comisión Académica recogen decisiones sobre tutores, directores y líneas de investigación, la información podría presentarse de forma más sistematizada para identificar con mayor claridad la correspondencia entre doctorandos, líneas de investigación, grupos activos, directores y proyectos en vigor. Esta mejora facilitaría la trazabilidad global del sistema y permitiría verificar de manera más directa la adecuación entre la estructura investigadora y el desarrollo efectivo de las tesis doctorales.

En los procesos de seguimiento se ha analizado también la necesidad de atender las recomendaciones recibidas en la renovación de la acreditación del programa. El centro ha incorporado acciones de mejora al respecto, orientadas a asegurar la correcta constitución de la Comisión Académica, verificar el cumplimiento de los estándares de calidad investigadora de los directores de tesis, actualizar la información pública del programa, recoger información sobre satisfacción del personal académico, realizar seguimiento de la empleabilidad de egresados e incrementar la dimensión internacional del doctorado.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 8.2

El centro analiza periódicamente la financiación de sus actividades de investigación, identificando, además de las líneas de financiación interna, los programas y proyectos de investigación externos establecidos a nivel nacional o internacional que estén alineados con sus principales líneas de trabajo y concurriendo a convocatorias de una forma planificada.

Análisis de las evidencias disponibles:
La documentación analizada permite evidenciar que la Universidad dispone de mecanismos para el análisis, planificación y despliegue de la financiación de la actividad investigadora, tanto a través de líneas internas como mediante la concurrencia a convocatorias externas. Esta sistemática se articula principalmente desde el Vicerrectorado competente en materia de investigación y se vincula con el procedimiento PO04 Investigación y Transferencia del Conocimiento, en el que se integran los procesos relativos al Plan Estratégico de Investigación y a la participación en proyectos de investigación.

Se evidencia la existencia de convocatorias internas de ayudas a proyectos de investigación, cátedras institucionales y mecanismos de apoyo económico a la actividad investigadora. Estas convocatorias regulan objetivos, tipologías de ayudas, cuantías máximas, plazos de ejecución y criterios de asignación, orientándose al fomento de la producción científica, la transferencia de conocimiento y la preparación de los grupos para concurrir a convocatorias externas nacionales e internacionales.

Asimismo, se constata el soporte económico de la institución a través de la Fundación UAX, con la adjudicación de 10 proyectos de investigación, 4 de ellos plurianuales y de mayor cuantía. También se evidencia la dotación presupuestaria para contratos predoctorales propios, orientados a la retención de talento investigador y al fortalecimiento del Programa de Doctorado en Salud Veterinaria.

Las tablas de proyectos de investigación permiten identificar la actividad investigadora del profesorado vinculado al programa, recogiendo información sobre líneas de investigación, grupo asociado, título y referencia del proyecto, investigador principal, organismo de procedencia, fechas de inicio y fin, entidad financiadora, ámbito y tipo de convocatoria, así como investigadores participantes. Esta información permite valorar la alineación entre los proyectos financiados, las líneas de investigación del programa y la actividad científica del profesorado.

También se aportan listados de reducciones docentes por investigación, que evidencian una medida institucional de apoyo a la actividad científica mediante la liberación parcial de carga docente. Estos registros recogen el curso académico, el periodo de aplicación y el volumen de horas de exención concedidas, lo que permite apreciar una política de incentivo a la investigación.

En relación con el Programa de Doctorado, se constata que la Comisión de Doctorado mantiene reuniones periódicas, con actas correspondientes, entre otras, a fechas como el 12/01/2025 y el 22/05/2025. Estas actas permiten evidenciar el seguimiento académico e investigador del programa y su conexión con las líneas de investigación, tutores, directores y tesis en desarrollo.

No obstante, a nivel de centro, en las actas SIM presentadas como evidencia no se ha podido constatar un análisis específico de los resultados de investigación ni de la financiación obtenida por las actividades investigadoras. La documentación muestra que el seguimiento principal de estos aspectos se realiza desde el Vicerrectorado competente, trasladándose posteriormente la información a los decanos. Por ello, conviene reforzar la trazabilidad del análisis de la financiación investigadora en los órganos de seguimiento del centro, de forma que quede más claramente documentada la conexión entre financiación, proyectos, líneas de investigación, resultados obtenidos y acciones de mejora.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 8.3

El centro analiza periódicamente los resultados esperados o ya alcanzados de sus líneas de investigación, su potencial interés para entidades públicas, empresas o la sociedad en general, y establece mecanismos para transferir el conocimiento generado.

Análisis de las evidencias disponibles:

La documentación analizada permite evidenciar que la Universidad dispone de mecanismos institucionales para recopilar, difundir y revisar los resultados de la actividad investigadora, así como para favorecer la transferencia del conocimiento generado hacia el entorno social, profesional y productivo. Esta actividad se articula principalmente a través de la Memoria Anual de Investigación, el Portal del Investigador, la Fundación UAX y los órganos de seguimiento del centro y del Programa de Doctorado en Salud Veterinaria.

La Memoria Anual de Investigación constituye una evidencia relevante del seguimiento periódico de la actividad científica, al recoger información sobre producción científica, proyectos de investigación, grupos, programas de doctorado, convocatorias internas y externas, actividades UAX-FUAX y evolución de la investigación por facultades. Esta documentación permite valorar los resultados alcanzados por las líneas de investigación y su contribución a la estrategia investigadora institucional.

El Portal del Investigador permite evidenciar la difusión pública de la producción científica de la Universidad, con el objetivo de dar visibilidad a los perfiles investigadores, líneas de trabajo, grupos activos y resultados de investigación. Este portal actúa como mecanismo de transparencia científica y contribuye a mejorar el impacto y la proyección externa de la actividad investigadora.

En relación con la transferencia, se evidencia la existencia de la Fundación UAX como estructura institucional de conexión con el entorno socioeconómico. A través del portal FUAX se difunden cátedras de investigación, programas de becas, iniciativas de emprendimiento, innovación conjunta, premios científicos, empresas colaboradoras y noticias de divulgación científica. Estas actuaciones permiten apreciar una orientación institucional hacia la transferencia del conocimiento y la colaboración con entidades externas.

Las actas de las reuniones de Gestión y Calidad del centro muestran que la investigación forma parte del seguimiento ordinario de la Facultad, junto con otros ámbitos estratégicos como la innovación docente, la movilidad, la calidad, los proyectos de investigación y la implantación del SIUAX. Asimismo, las actas SIM y el informe de seguimiento del Programa de Doctorado permiten evidenciar que los resultados del doctorado son objeto de revisión dentro del sistema de calidad.

No obstante, el análisis de las evidencias muestra aspectos relevantes que requieren seguimiento. En el Programa de Doctorado en Salud Veterinaria destaca el bajo número de tesis defendidas. Los datos disponibles reflejan una tasa de graduación del 0 % durante los cursos 2023-2024 y 2024-2025, circunstancia que limita la generación sostenida de resultados científicos derivados de tesis doctorales y, por tanto, la transferencia continuada de conocimiento hacia el sector socio-veterinario.

Asimismo, se identifica una inestabilidad en la tasa de cobertura del programa, que desciende hasta el 67 % en el último curso analizado. Esta situación, junto con las dificultades de conciliación de los doctorandos con su vida laboral y personal, condiciona el desarrollo regular de las tesis y puede afectar al ritmo de producción científica y transferencia del programa.

También se recoge que, en el proceso de renovación de la acreditación, los indicios de calidad científica -FWCI, número de citas e impacto de las publicaciones- fueron calificados como meramente aceptables. Este resultado aconseja reforzar el análisis de la calidad, impacto y proyección de la producción científica vinculada a las líneas de investigación del doctorado, así como impulsar acciones que mejoren la visibilidad, citación e internacionalización de los resultados obtenidos.

Por otro lado, aunque se evidencian estructuras institucionales orientadas a la transferencia, la documentación revisada permite apreciar margen de mejora en la identificación sistemática del potencial interés de las líneas de investigación para entidades públicas, empresas o sociedad en general. También conviene reforzar la trazabilidad de los resultados concretos de transferencia asociados al centro, tales como contratos, convenios, proyectos colaborativos, patentes, acciones de divulgación, prestación de servicios especializados o colaboraciones con administraciones y empresas.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 8.4

Las actividades e investigación, desarrollo e innovación y de transferencia de tecnología, producen resultados alineados con las líneas de investigación de los programas de doctorado impartidos.

Análisis de las evidencias disponibles:
La documentación analizada permite evidenciar una correspondencia general entre las actividades de investigación, desarrollo e innovación desarrolladas por el centro y las líneas de investigación del Programa de Doctorado en Salud Veterinaria. Esta

alineación se constata a través de la Memoria Anual de Investigación, las tablas de proyectos de investigación, las tablas de tesis presentadas en el programa y la documentación de seguimiento del doctorado.

Las tablas de proyectos de investigación permiten identificar la vinculación entre los proyectos activos, los grupos de investigación, las líneas del programa, los investigadores participantes, las entidades financiadoras y los periodos de ejecución. Esta información permite apreciar que la actividad investigadora del profesorado vinculado al doctorado se desarrolla en ámbitos coherentes con las líneas de investigación del programa.

Asimismo, las tablas de tesis presentadas permiten evidenciar la relación entre los trabajos doctorales defendidos, los directores de tesis, las publicaciones y contribuciones científicas derivadas, sus indicios de calidad y las líneas de investigación correspondientes. Esta documentación contribuye a verificar que los resultados científicos generados en el marco del doctorado guardan relación con los ámbitos de trabajo definidos por el programa.

La Memoria Anual de Investigación recoge la producción científica, los proyectos, las actividades internas UAX-FUAX, las convocatorias externas y la evolución de los grupos de investigación, lo que permite disponer de una visión agregada de los resultados obtenidos y de su conexión con la estrategia investigadora institucional.

También se evidencia la existencia de infraestructuras materiales que favorecen la conexión entre la investigación y la práctica profesional, especialmente el Hospital Clínico Veterinario y la Unidad de Investigación Biomédica UIB-UAX. Estas instalaciones contribuyen a articular la actividad investigadora con contextos reales de aplicación, docencia práctica, investigación biomédica y transferencia al entorno socio-veterinario.

Además, se constata la existencia de convenios de colaboración e investigación con organismos públicos de investigación de prestigio, como INIA, ISCIII, CIEMAT y CSIC. Estas colaboraciones refuerzan la conexión externa de la actividad investigadora del centro y favorecen la alineación entre las líneas del programa de doctorado, los proyectos desarrollados y las oportunidades de transferencia de conocimiento.

No obstante, aunque se evidencia una alineación general entre actividad investigadora, producción científica y líneas del doctorado, conviene reforzar la trazabilidad documental entre proyectos, tesis, publicaciones, resultados de transferencia y líneas de investigación. Esta sistematización permitiría comprobar con mayor claridad qué resultados concretos de I+D+i y transferencia se derivan de cada línea del programa y cuál es su impacto académico, científico, profesional o social.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 8.5

Se debe disponer de un repositorio de acceso abierto en el que depositar una copia de la versión final aceptada para publicación de los resultados científicos del personal docente e investigador.

Análisis de las evidencias disponibles:
La documentación analizada permite evidenciar que la Universidad dispone de plataformas institucionales de acceso público vinculadas a la difusión de la actividad investigadora y a la visibilidad de la producción científica del personal docente e investigador. En particular, se identifica el Portal de Investigación de la Universidad, desarrollado en colaboración con Dialnet, que centraliza información sobre el personal investigador, los grupos de investigación validados, los proyectos activos, las líneas de trabajo y la producción científica asociada.

Asimismo, se constata la existencia de un repositorio institucional de la UAX en el que se alojan contenidos académicos y científicos en acceso abierto, entre ellos tesis doctorales. Se ha podido acceder a tesis vinculadas a la Facultad de Ciencias de la Salud, lo que permite evidenciar la existencia de una infraestructura técnica destinada al depósito, preservación y difusión pública de determinados resultados académicos e investigadores.

El Portal de Investigación contribuye a la transparencia y visibilidad de la actividad científica de la Universidad, al facilitar la consulta pública de perfiles investigadores, publicaciones, proyectos y grupos. Esta herramienta favorece la proyección externa de la producción investigadora y permite apoyar la difusión de los resultados científicos del PDI.

Existen plataformas institucionales de difusión científica y de un repositorio con tesis doctorales en acceso abierto. No obstante,

no se dispone de un procedimiento de depósito, de los criterios aplicables a las versiones aceptadas, ni del seguimiento del cumplimiento de esta obligación por parte del PDI.

Por ello, conviene reforzar la sistemática de depósito en acceso abierto de la producción científica del profesorado, identificando con claridad qué versión debe depositarse, en qué plazo, quién realiza la validación, qué unidad supervisa el proceso y cómo se verifica el cumplimiento. También sería recomendable diferenciar de forma más clara entre portal de visibilidad investigadora, repositorio institucional de acceso abierto y repositorio de tesis doctorales, para facilitar la trazabilidad y la verificación del requisito.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Valoración global del criterio

VALORACIÓN GLOBAL:
B. Cumplimiento suficiente

Oportunidades de Mejora

Aspectos que SIN COMPROMETER de forma sustantiva el cumplimiento alguna directriz del criterio y que pueden ser objeto mejora en cuanto a eficiencia o eficacia del sistema

- Aportar y hacer más visible el Plan Estratégico de Investigación, de forma que pueda verificarse con claridad su alineación con las líneas del Programa de Doctorado en Salud Veterinaria, sus objetivos, indicadores, responsables, plazos y resultados esperados.

- Reforzar la trazabilidad entre la estrategia investigadora, las líneas del programa de doctorado, los grupos de investigación, los proyectos activos, la producción científica, las colaboraciones externas y las acciones de transferencia.

- Presentar de forma más sistematizada la correspondencia entre doctorandos, líneas de investigación, grupos activos, directores de tesis y proyectos en vigor, para facilitar la verificación global del sistema.

- Consolidar la estructura investigadora asociada al Programa de Doctorado en Salud Veterinaria, reforzando la masa crítica de grupos, profesorado investigador y proyectos vinculados a las líneas del programa.

- Incrementar la captación de proyectos competitivos activos, especialmente en convocatorias externas nacionales e internacionales, para fortalecer las líneas de investigación del doctorado.

- Documentar con mayor claridad la planificación de la concurrencia a convocatorias externas, incluyendo convocatorias identificadas, líneas a las que se vinculan, equipos participantes, resultados obtenidos y acciones derivadas.

- Sistematizar el análisis de la financiación investigadora a nivel de centro, incorporando en las actas o informes de seguimiento información sobre financiación interna, financiación externa, proyectos concedidos, proyectos solicitados, tasas de éxito e impacto sobre las líneas de investigación.

- Reforzar la presencia del análisis de resultados de investigación en los órganos de seguimiento del centro, especialmente en las Comisiones SIM y reuniones de Gestión y Calidad, evitando que el seguimiento quede concentrado únicamente en el Vicerrectorado.

- Mantener el seguimiento de las acciones de mejora derivadas de la renovación de la acreditación del doctorado, especialmente las relacionadas con la correcta constitución de la Comisión Académica, los requisitos de los directores de tesis y la calidad investigadora del profesorado.

- Verificar periódicamente que los miembros de la Comisión Académica y los directores de tesis cumplen los requisitos normativos e investigadores exigidos, incluyendo sexenios vivos o méritos equivalentes.

- Reforzar el análisis del bajo número de tesis defendidas y de la tasa de graduación del doctorado, incorporando medidas específicas para favorecer la finalización de tesis y reducir los obstáculos vinculados a dedicación, conciliación o seguimiento académico.

- Analizar la evolución de la tasa de cobertura del programa y su impacto sobre la estabilidad, viabilidad y capacidad investigadora del doctorado.

- Incrementar la dimensión internacional del programa mediante la participación de profesorado extranjero, la atracción de doctorandos internacionales y el impulso de estancias internacionales de los doctorandos.

- Mejorar los indicios de calidad científica de la producción vinculada al doctorado, especialmente FWCI, número de citas, impacto de las publicaciones y presencia en repertorios de alto impacto.

- Sistematizar el análisis del potencial interés de las líneas de investigación para entidades públicas, empresas, administraciones y sociedad en general, identificando posibles destinatarios, ámbitos de aplicación y oportunidades de colaboración.

- Documentar con mayor claridad los resultados concretos de transferencia asociados al centro, incluyendo contratos, convenios, proyectos colaborativos, patentes, prestación de servicios especializados, acciones de divulgación o colaboraciones con entidades externas.

- Presentar de forma integrada la correspondencia entre líneas de investigación, proyectos activos, tesis defendidas, publicaciones derivadas, colaboraciones externas, infraestructuras utilizadas y resultados de transferencia alcanzados.

- Reforzar la conexión entre las infraestructuras de investigación y práctica profesional -Hospital Clínico Veterinario, Unidad de Investigación Biomédica y otras instalaciones- y los resultados concretos de I+D+i y transferencia generados.

- Actualizar y mejorar la información pública del Programa de Doctorado en Salud Veterinaria, especialmente en lo relativo a líneas de investigación, profesorado, resultados, producción científica, empleabilidad, satisfacción e internacionalización.

- Establecer mecanismos sistemáticos para recoger y analizar la satisfacción del personal académico vinculado al doctorado.

- Definir el momento y procedimiento para medir la empleabilidad de los doctores egresados, una vez exista una muestra suficiente y haya transcurrido el periodo necesario desde la defensa de las tesis.

- Diferenciar con mayor claridad entre Portal del Investigador, repositorio institucional de acceso abierto y repositorio de tesis doctorales, para facilitar la verificación del cumplimiento de los requisitos de ciencia abierta.

- Acreditar de forma más completa el depósito sistemático de las versiones finales aceptadas para publicación de los resultados científicos del PDI en el repositorio institucional de acceso abierto.

- Definir el procedimiento de depósito en acceso abierto de la producción científica del PDI, concretando versión a depositar, plazo, unidad responsable, validación, seguimiento y evidencias de cumplimiento.

- Incorporar indicadores específicos para evaluar la eficacia del sistema de investigación y transferencia, vinculados a financiación captada, proyectos activos, publicaciones, tesis defendidas, colaboraciones externas, transferencia, internacionalización y depósito en acceso abierto.

Necesidades de Mejora

Detalle de los aspectos que COMPROMETEN el cumplimiento alguna directriz del criterio y que deben ser objeto mejora para poder asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "C".

No cumplimientos

Detalle de los aspectos implican el no cumplimiento de los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d, e IMPIDEN asegurar

una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas "D".

Criterio 9.- Organización de la mejora continua

CICLO DE MEJORA CONTINUA DE LAS ACTIVIDADES DEL CENTRO.

Ciclo de mejora continua de las actividades del centro.
El centro analiza y usa la información relevante para la toma de decisiones, tanto en lo referido a la gestión y mejora de las titulaciones, como a aspectos no académicos pero vinculados a la actividad del centro.

Descripción de procedimientos SIGC

Descripción global de los procedimientos y normativa del SIGC que establecen los mecanismos establecidos para dar respuesta al criterio y las directrices en que se desarrolla.

La documentación analizada permite evidenciar que el centro dispone de un sistema estructurado de mejora continua, basado en la recogida, análisis y uso de información relevante para la toma de decisiones. Este sistema se aplica tanto a la gestión y mejora de las titulaciones como a otros ámbitos vinculados a la actividad del centro, entre ellos la coordinación académica, los recursos, los servicios, el personal docente, las reclamaciones, las auditorías internas, las no conformidades, los planes de acción y la planificación estratégica.

El procedimiento PO06.01 Instrumentos de Revisión, Seguimiento y Mejora constituye el eje principal del ciclo de mejora, al establecer la sistemática para analizar la información procedente de los títulos, fomentar la participación de los grupos de interés y realizar el seguimiento de los planes de mejora. A través de las Comisiones de Seguimiento y Mejora, los informes anuales de titulación y los informes de Facultad, se analizan indicadores académicos, satisfacción de los grupos de interés, resultados de coordinación docente, incidencias, quejas, sugerencias y acciones implantadas.

La toma de decisiones se apoya también en el procedimiento PE01.02 Planificación Estratégica, que permite conectar la información obtenida en el sistema de calidad con la planificación institucional, los objetivos estratégicos, la gestión del riesgo y el despliegue de acciones de mejora a nivel de Universidad, Facultad y título.

El procedimiento PO03.04 Coordinación contribuye al ciclo de mejora mediante la articulación académica entre profesorado, coordinación de asignaturas, responsables de titulación y centro. Las actas de coordinación y las juntas de evaluación permiten recoger información sobre el desarrollo de la docencia, los resultados académicos, las incidencias detectadas y las necesidades de ajuste en la implantación de los títulos.

El procedimiento PO06.02 Seguimiento y Renovación de la Acreditación establece la sistemática para abordar los procesos de evaluación externa de las titulaciones oficiales. Este procedimiento permite incorporar las recomendaciones derivadas de los procesos de seguimiento y renovación de la acreditación al ciclo de mejora del centro, favoreciendo el aprendizaje institucional y la mejora de los programas formativos.

La gestión de reclamaciones, quejas, sugerencias y felicitaciones se articula mediante el procedimiento PE06.03, que permite recoger información procedente de estudiantes, familias, profesorado y otros grupos de interés. Esta información constituye una fuente relevante para detectar desviaciones, identificar necesidades y poner en marcha acciones de mejora.

El sistema se completa con el procedimiento PO06.03 Gestión de No Conformidades y Acciones Correctivas, que establece la sistemática de actuación ante no conformidades que afectan a la prestación del servicio. Este proceso permite controlar y corregir las desviaciones detectadas, analizar sus causas, determinar la apertura de acciones correctivas y evaluar su eficacia para evitar la repetición de dichas no conformidades.

El procedimiento PO06.04 Auditorías Internas y Evaluación del Sistema de Gestión permite evaluar la implantación y madurez del sistema, tanto en facultades y titulaciones como en procesos transversales. Este procedimiento se despliega en auditorías internas de facultades y titulaciones, auditorías internas de procesos transversales e identificación, seguimiento, análisis, evaluación y mejora de indicadores. Se evidencia la relación entre las auditorías internas y la gestión de no conformidades, ya que las no conformidades detectadas se registran, se distribuyen a las personas responsables, se tratan conforme al procedimiento PO06.03 y se incorporan al seguimiento del ciclo de mejora.

Asimismo, el procedimiento PO06.05 Control de Documentos, Registros y Legislación garantiza la elaboración, codificación, aprobación, custodia, distribución y actualización de la documentación del sistema de gestión. Este procedimiento también regula el control de documentos externos de carácter normativo o reglamentario y contribuye a asegurar la coherencia documental del SIGC.

La evaluación del personal docente se incorpora al ciclo de mejora mediante el procedimiento PA02.06 Gestión del Desempeño, que permite analizar el rendimiento, las competencias y los objetivos individuales del profesorado, integrando información procedente de la satisfacción del estudiantado con la labor docente y del seguimiento del desarrollo profesional.

La documentación evidencia, por tanto, que el centro dispone de procesos que permiten analizar información relevante, adoptar decisiones y realizar seguimiento de las acciones implantadas. En función de los resultados obtenidos, se elaboran planes de acción a nivel de Universidad, Facultad y título, que se revisan en los Comités de Seguimiento y Mejora y en los órganos de gestión correspondientes.

No obstante, se identifican aspectos de mejora en la definición y articulación de algunos procesos. En el procedimiento PO06.01, el alcance se refiere a títulos oficiales, aunque en la descripción de actividades también se alude a títulos oficiales y de formación permanente, por lo que conviene revisar el proceso para asegurar la coherencia entre alcance y despliegue real. Asimismo, en el procedimiento PO06.04 conviene clarificar la relación entre las auditorías internas y el subproceso de identificación, seguimiento, análisis, evaluación y mejora de indicadores. También sería recomendable identificar expresamente en el mapa de procesos cuáles son los procesos transversales sometidos a auditoría interna.

En conjunto, se evidencia que el centro dispone de un ciclo de mejora continua implantado, sustentado en procedimientos de revisión, seguimiento, acreditación, auditoría interna, gestión de no conformidades, control documental, coordinación académica, planificación estratégica y evaluación del desempeño docente. Como aspectos de mejora, conviene reforzar la coherencia documental entre el alcance y las actividades de algunos procedimientos, clarificar la relación entre auditorías internas e indicadores, identificar los procesos transversales en el mapa de procesos y seguir fortaleciendo la trazabilidad entre información analizada, decisiones adoptadas, acciones implantadas y evaluación de su eficacia.

Directriz 9.1

El centro debe asegurar que, de forma sistemática, la información relevante es analizada periódicamente y tomada como referencia para establecer las acciones de mejora pertinentes sobre los programas formativos, especialmente las dirigidas a la mejora de los resultados académicos y al incremento de la satisfacción de los grupos de interés.
En el caso de centros que imparten programas de doctorado, la toma de decisiones debe incluir decisiones basadas en los indicadores de investigación de los programas de doctorado impartidos.

Análisis de las evidencias disponibles:
La documentación analizada permite evidenciar que el centro dispone de una sistemática de análisis periódico de la información relevante para la mejora de sus programas formativos. Este análisis se articula a tres niveles -título, centro y Universidad- y se apoya en informes anuales de titulación, actas SIM, reuniones de Gestión y Calidad del centro, juntas de Facultad, actas de coordinación, juntas de evaluación, claustros, dashboards académicos, KPIs de procesos, auditorías internas y externas, e informes de revisión por la dirección.

El procedimiento PO06.01 Instrumentos de Revisión, Seguimiento y Mejora permite integrar información procedente de resultados académicos, satisfacción de grupos de interés, indicadores de seguimiento, coordinación docente y planes de mejora. Los Informes Anuales de Titulación y las actas SIM evidencian que se realiza un análisis periódico de los resultados académicos y de satisfacción, y que se identifican áreas de mejora que posteriormente se formalizan en planes de acción.

Asimismo, las actas de coordinación docente, juntas de evaluación, claustro y reuniones de calidad permiten evidenciar un análisis continuado del funcionamiento de las asignaturas, del rendimiento del estudiantado y de las incidencias detectadas en la implantación de los títulos. Este circuito se complementa con el Dashboard Académico, el Dashboard Attrition y el cuadro de KPIs, que aportan información cuantitativa para el seguimiento de resultados y para la toma de decisiones.

En la Facultad de Veterinaria se constata la existencia de mecanismos de análisis de la información para la revisión de sus programas formativos. Sin embargo, el Grado en Veterinaria se encuentra en modalidad de seguimiento especial tras su última evaluación externa, lo que exige una monitorización más rigurosa y una conexión especialmente clara entre indicadores

desfavorables, diagnóstico, acciones de mejora y seguimiento de su eficacia.

Entre los resultados positivos, destaca la satisfacción de los agentes implicados en las prácticas externas: la satisfacción con el lugar de prácticas alcanza un 9,6 y la satisfacción con el tutor externo un 9,5. También se observa una mejora en la satisfacción del profesorado con las políticas de promoción, que pasa de 6,3 a 7,5, superando el estándar establecido de 7.

Junto a estos resultados, se detectan incoherencias en la definición y asignación de algunos indicadores. Por ejemplo, el indicador relativo a la satisfacción del profesorado con el acondicionamiento y equipamiento de los laboratorios aparece vinculado tanto al proceso PO02.01 Asignación de Profesorado como al PO03.06 Gestión de Laboratorios, cuando su ubicación resulta más coherente en este último. También se observa que en el proceso PO03.03 Gestión del Campus Virtual algunos indicadores clave de satisfacción de estudiantes con contenidos y estructura figuran como "NA" durante los tres cursos académicos, lo que dificulta la trazabilidad de la mejora continua del ecosistema virtual.

Se identifican además procesos clave con estándares de calidad pendientes de definir -"TBD"-, entre ellos Innovación, Satisfacción con el programa, Reclamaciones, Admisión y Prácticas. Esta situación limita la capacidad del sistema para valorar la eficacia real de dichos procesos, al existir medición de resultados, pero carecer de una referencia clara frente a la que interpretar su cumplimiento.

El análisis del cuadro de mando de KPIs de la Facultad de Veterinaria para el curso 2024-2025 muestra desviaciones relevantes respecto a los estándares definidos por la propia Facultad. La satisfacción del estudiantado con las instalaciones se sitúa en 6,8 frente al estándar de 7,5; la satisfacción con el plan de estudios cae a 6,5 frente al estándar de 7,5; el 0 % de las reclamaciones conduce a planes de mejora, cuando el estándar exige al menos un 5 %; la satisfacción con la planificación de la titulación es de 5,6 frente al objetivo de >7; la satisfacción con las metodologías se mantiene en 6,5 frente al estándar de >7; y la satisfacción global con las prácticas externas alcanza 6,9 frente al estándar de 8.

También se observan desviaciones relevantes en resultados académicos. La tasa de graduación se sitúa en el 58,65 %, frente al objetivo del 70 %; la tasa de rendimiento desciende al 66,30 %, frente al objetivo de >80 %; la tasa de éxito baja al 71,64 %, frente al objetivo de >90 %; la tasa de eficiencia se sitúa en el 66,45 %, frente al objetivo de >90 %; y la satisfacción con las pruebas de evaluación alcanza un 6,1, por debajo del objetivo de >7.

En relación con la movilidad, el número de estudiantes incoming desciende de 11 a 6, incumpliendo el criterio de crecimiento fijado. En el ámbito de investigación, el porcentaje de PDI doctor acreditado se sitúa en el 34,48 %, frente al objetivo del 60 %; se registra un único grupo de investigación frente al objetivo de 20; y los ingresos captados descienden a 15.800 €, frente al objetivo de 150.000 €. Además, el porcentaje de profesorado doctor acreditado muestra una tendencia descendente en los tres últimos cursos.

El plan de acción revisado evidencia que existen acciones de mejora vinculadas a algunas debilidades detectadas. La baja participación en encuestas y la insatisfacción docente se abordan en la acción 25-26_FVE_1; los problemas de gestión y coordinación de prácticas externas se recogen en las acciones 25-26_GVE_4, 5, 6 y 12; la necesidad de potenciar la movilidad internacional se incluye en la acción 25-26_FVE_11; y el déficit en investigación -PDI acreditado, grupos e ingresos- se aborda mediante las acciones del Programa de Doctorado, acciones 13 a 24.

A pesar de ello, el cierre del ciclo de mejora presenta debilidades. Quedan sin acción de mejora concreta la caída de la tasa de rendimiento, la tasa de éxito y la tasa de eficiencia, todas ellas en niveles bajos. Tampoco se identifica una acción específica para abordar la insatisfacción del estudiantado con las pruebas de evaluación, situada en 6,1, ni con la planificación de la titulación, situada en 5,6. Esta situación limita la trazabilidad entre algunos resultados desfavorables y las decisiones adoptadas para revertirlos.

En el caso del Programa de Doctorado, la toma de decisiones incorpora indicadores de investigación, especialmente a través de las acciones vinculadas al déficit en PDI acreditado, grupos de investigación e ingresos captados. No obstante, conviene reforzar la conexión explícita entre los indicadores de investigación del programa, el diagnóstico realizado, las acciones implantadas, los responsables asignados y la valoración posterior de su eficacia.

En conjunto, se evidencia que el centro analiza periódicamente información relevante y la utiliza como base para establecer acciones de mejora sobre sus programas formativos. Sin embargo, el sistema debe reforzar el cierre del ciclo de mejora continua, asegurando que todos los indicadores desfavorables relevantes cuentan con acciones específicas, responsables, plazos,

indicadores de seguimiento y evaluación de eficacia.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 9.2

El centro debe asegurar que, de forma sistemática, la información relevante es analizada periódicamente y tomada como referencia para establecer las acciones de mejora pertinentes sobre el personal docente.

Análisis de las evidencias disponibles:
La documentación analizada permite evidenciar que el centro dispone de mecanismos para analizar periódicamente información relevante sobre el personal docente y utilizarla como base para establecer acciones de mejora. Esta sistemática se articula principalmente a través del procedimiento PA02.06 Gestión del Desempeño, los resultados de satisfacción del estudiantado con la labor docente, el Plan de Carrera Docente, los informes anuales de Facultad y de Titulación, los planes de acción, los planes de iniciativas y las acciones específicas de acompañamiento y formación del profesorado.

El procedimiento PA02.06 Gestión del Desempeño permite recoger y analizar información vinculada al rendimiento docente, el cumplimiento de objetivos, las competencias profesionales y el desarrollo individual del profesorado. Esta información se complementa con las encuestas de satisfacción del estudiantado, que permiten valorar aspectos como la metodología empleada, la claridad expositiva, la disponibilidad del profesorado y la atención recibida. Los resultados de estas encuestas se incorporan al seguimiento del centro y sirven como referencia para detectar necesidades de mejora docente.

El Plan de Carrera Docente constituye una evidencia relevante de la utilización de la información sobre el personal académico para orientar su desarrollo profesional. Este documento establece figuras académicas, requisitos de progresión, acreditaciones externas, sexenios de investigación, experiencia docente y umbrales de satisfacción docente, lo que permite vincular la evaluación del profesorado con su promoción y reconocimiento institucional.

Asimismo, el Campus Virtual MyUAX permite evidenciar la disponibilidad de herramientas internas relacionadas con la evaluación del desempeño, el acceso al SIUAX, los planes de formación institucional, la documentación de calidad y otros recursos de apoyo al personal. Esta plataforma facilita que la información sobre desempeño, formación y cultura de calidad esté disponible para el profesorado y para los responsables de gestión.

Se evidencia también la implantación del programa Peer Shadowing como mecanismo específico de mejora docente. Este programa se estructura a partir del análisis previo de encuestas y resultados académicos, y se dirige especialmente al profesorado que obtiene valoraciones menos favorables. Los planes de formación y los informes de mentoría asociados permiten constatar una actuación de acompañamiento pedagógico basada en la observación entre iguales, la retroalimentación y la mejora de la práctica docente.

La Facultad realiza seguimiento de acciones de mejora vinculadas al PDI a partir de los resultados de encuestas, indicadores de seguimiento y acuerdos adoptados en las comisiones SIM. Este seguimiento queda recogido en actas y se integra en los planes de mejora, lo que permite apreciar una conexión entre análisis de resultados, identificación de necesidades y planificación de acciones.

No obstante, los indicadores del claustro evidencian debilidades relevantes en relación con la actividad investigadora del personal docente. En concreto, únicamente el 6,5 % del profesorado cuenta con sexenios reconocidos y el 31 % dispone de acreditación. Esta situación se relaciona con recomendaciones externas previas orientadas a incentivar la actividad investigadora del PDI y reforzar su adecuación académica e investigadora, especialmente en el contexto del Grado en Veterinaria y del Programa de Doctorado en Salud Veterinaria.

Como respuesta, se constata que el centro ha programado para el curso 2025-2026 la acción 25-26_GVE_6, dirigida a la capacitación específica del profesorado en entornos clínicos como el Hospital Clínico Veterinario. Asimismo, en el ámbito del doctorado, se recoge la recomendación 25-26_DVET_RA4, orientada a asegurar que los directores de tesis cumplan los estándares de calidad investigadora exigidos, mediante sexenio vigente o méritos equivalentes.

Aunque se evidencia la existencia de mecanismos de evaluación, seguimiento y mejora del personal docente, conviene reforzar la trazabilidad entre los resultados obtenidos, las acciones implantadas y la valoración posterior de su eficacia. En particular, sería

recomendable documentar con mayor claridad cómo evolucionan los indicadores del profesorado tras la participación en acciones de formación, acompañamiento o desarrollo profesional, así como el impacto real de dichas actuaciones sobre la satisfacción del estudiantado, la mejora docente y la actividad investigadora.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 9.3

El centro debe asegurar que, de forma sistemática, la información relevante es analizada periódicamente y tomada como referencia para establecer las acciones de mejora pertinentes sobre los recursos materiales, los servicios y el personal de apoyo.

Análisis de las evidencias disponibles:
La documentación analizada permite evidenciar que el centro dispone de mecanismos sistemáticos para analizar información relevante sobre recursos materiales, servicios y personal de apoyo, y utilizarla como base para la definición de acciones de mejora. Este análisis se articula a través de las actas de los Comités de Seguimiento y Mejora, los informes anuales de titulación, los informes de Facultad, los planes de acción, los planes de iniciativas de Facultad y los informes de revisión por la dirección.

Las actas SIM evidencian que los distintos grupos de interés participan en la identificación de incidencias, necesidades y propuestas vinculadas al funcionamiento de los recursos del centro. En estos órganos se analizan aspectos relacionados con infraestructuras, servicios, soporte técnico, apoyo administrativo, organización de prácticas, recursos clínicos y experimentales, lo que permite incorporar la percepción de los usuarios al ciclo de mejora.

Asimismo, los planes de acción del título y los planes de iniciativas del centro permiten constatar que las necesidades detectadas se traducen en actuaciones concretas, con objetivos, responsables e indicadores de seguimiento. Esta información se integra en la planificación del centro y en los procesos de toma de decisiones, facilitando la conexión entre diagnóstico, actuación y seguimiento posterior.

Se evidencia que el centro ha realizado inversiones y actuaciones relevantes durante el curso 2024-2025, entre ellas la puesta en marcha del Centro de Simulación Veterinaria y mejoras en el Hospital Clínico Veterinario. Estas actuaciones muestran capacidad de respuesta ante necesidades vinculadas a la docencia práctica, clínica y experimental.

No obstante, las encuestas y los pain points declarados por el estudiantado reflejan todavía insatisfacción con determinados recursos físicos y servicios asociados. Se reportan deficiencias de mantenimiento en el Edificio D, problemas de aparcamiento, dificultades logísticas y de transporte para acudir a centros de prácticas externos, así como falta de contacto con animales vivos y de producción durante los tres primeros cursos del Grado. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de seguir reforzando la adecuación de los recursos materiales y servicios a las expectativas y necesidades formativas del estudiantado.

La Facultad ha establecido acciones de mejora dirigidas a atender estos aspectos. Entre ellas, destaca la acción 25-26_GVE_7, orientada a la asignación de recursos institucionales para habilitar rutas de transporte y priorizar las prácticas de campo in house en la Granja UAX. También se recoge la acción 25-26_GVE_5, relativa a la reconfiguración de la docencia práctica mediante la introducción de animales vivos desde el primer curso. Estas actuaciones permiten evidenciar que las necesidades detectadas en relación con recursos y servicios se incorporan al plan de mejora.

En el ámbito del Programa de Doctorado, también se identifican actuaciones dirigidas a reforzar los recursos materiales y servicios de apoyo a la investigación. En particular, se recoge la acción 25-26_DVET_20, relativa a la adquisición de un microscopio de fluorescencia avanzada, y la acción 25-26_DVET_18, orientada a la consolidación de un servicio especializado de bioinformática. Estas acciones responden a necesidades vinculadas al fortalecimiento de la actividad investigadora y al apoyo técnico del programa.

El Informe de Revisión por la Dirección, los informes de Facultad y los informes anuales de titulación permiten integrar este análisis en una perspectiva más amplia de planificación institucional, incorporando información sobre resultados, satisfacción, quejas, sugerencias, recursos, servicios, infraestructuras y acciones de mejora. Esta articulación contribuye a que las decisiones sobre recursos materiales, servicios y personal de apoyo se adopten a partir de información procedente del sistema de calidad.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 9.4

El centro debe asegurar que, de forma sistemática, la información relevante es analizada periódicamente y tomada como referencia para establecer las acciones de mejora pertinentes sobre los sistemas de obtención de resultados y de información pública, transparencia y rendición de cuentas.

Análisis de las evidencias disponibles:
La documentación analizada permite evidenciar que el centro dispone de mecanismos para analizar periódicamente la información relativa a los sistemas de obtención de resultados, información pública, transparencia y rendición de cuentas. Este análisis se articula a través de los Informes de Revisión por la Dirección, los informes anuales de Facultad y de titulación, las actas SIM, los planes de acción y los planes de iniciativas de Facultad.

Las actas de los Comités de Seguimiento y Mejora constituyen una evidencia relevante del análisis de la información procedente de los distintos grupos de interés. En ellas se recogen aspectos vinculados a la disponibilidad de información pública, la comunicación institucional, la accesibilidad de los datos del título, la revisión de indicadores y las necesidades de mejora detectadas en los sistemas de difusión y seguimiento.

Asimismo, los informes anuales de Facultad y de titulación permiten integrar la información relativa a resultados académicos, satisfacción, experiencia de los grupos de interés, quejas, sugerencias, indicadores de implantación y seguimiento de acciones. Esta documentación permite apreciar que el centro utiliza información relevante para revisar el funcionamiento de sus títulos y adoptar decisiones orientadas a la mejora.

Los planes de acción y los planes de iniciativas de Facultad evidencian la traducción de algunos análisis en actuaciones concretas, con objetivos, responsables, indicadores de seguimiento y grado de avance. Estos instrumentos permiten vincular la información obtenida con la planificación de mejoras en el centro, incluyendo aquellas relacionadas con los sistemas de obtención de resultados y con la información pública.

No obstante, la información pública, la transparencia y la rendición de cuentas constituyen uno de los ámbitos que requiere mayor atención. En el proceso de renovación de la acreditación se estableció una modificación necesaria en relación con la información y transparencia, concretamente sobre la revisión de la información pública, especialmente la relativa al profesorado. Aunque se evidencian avances en el curso anterior, como la creación del espacio web de la Facultad y la publicación de actas, el despliegue actual sigue presentando elementos incompletos, entre ellos errores en los currículos publicados y necesidades de actualización y ampliación de la información disponible.

El centro ha incorporado acciones de mejora dirigidas a atender esta situación. En particular, la acción 25-26_DVET_RA2 compromete al centro a auditar, corregir y ampliar el contenido público de la web institucional, con el fin de dar cumplimiento a los requerimientos derivados de la evaluación externa y reforzar la transparencia de la información ofrecida a los grupos de interés.

En relación con los sistemas de obtención y análisis de resultados, se evidencia también un avance técnico mediante la acción 25-26_DVET_19, orientada a automatizar la recopilación de indicadores clave de rendimiento del doctorado mediante paneles dinámicos en Power BI. Esta actuación permite reducir los riesgos asociados a la recolección manual de KPIs y mejorar la fiabilidad, disponibilidad y trazabilidad de la información utilizada para la toma de decisiones.

En conjunto, se evidencia que el centro analiza información relevante sobre resultados, información pública, transparencia y rendición de cuentas, y que esta información se incorpora a sus planes de mejora. Como aspectos de mejora, conviene completar la revisión de la información pública del profesorado, corregir los errores detectados en los currículos publicados, reforzar la actualización sistemática de la web institucional, avanzar en la automatización de los indicadores del doctorado y asegurar la trazabilidad entre resultados obtenidos, información publicada, acciones adoptadas y evaluación de su eficacia.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Directriz 9.5

El centro debe asegurar que su Sistema Interno de Garantía de Calidad es adecuado, revisando periódicamente su funcionamiento

y estableciendo las acciones de mejora pertinentes.

Análisis de las evidencias disponibles:
La documentación analizada permite evidenciar que la Facultad de Veterinaria dispone de un Sistema Interno de Garantía de Calidad estructurado, formalizado y sometido a revisión periódica. El sistema se apoya en procedimientos que regulan la gestión de no conformidades, el control documental, las auditorías internas y externas, la revisión por la dirección, el seguimiento de las titulaciones y la mejora continua de los procesos académicos y de gestión.

El funcionamiento del SIGC se revisa a través de diferentes mecanismos institucionales, entre ellos el Comité de Calidad, los Informes de Revisión por la Dirección, los planes de auditoría, los informes de auditoría interna y externa, las actas SIM, los informes anuales de Facultad y titulación, los planes de acción y los planes de iniciativas de Facultad. Estas evidencias permiten constatar que el sistema dispone de canales estables para analizar su implantación, identificar desviaciones, valorar el cumplimiento de objetivos y establecer acciones de mejora.

Se valora positivamente el esfuerzo institucional de reordenación, recodificación y actualización metodológica de los procesos estratégicos, operativos y de apoyo desarrollado durante el año 2025. Esta revisión aporta mayor coherencia interna al sistema y contribuye a mejorar la comprensión, trazabilidad y articulación de los procesos que conforman el SIGC.

El procedimiento PO06.03 Gestión de No Conformidades y Acciones Correctivas establece la sistemática para identificar no conformidades, analizar sus causas, definir acciones correctivas, asignar responsables y evaluar la eficacia de las medidas implantadas. Este procedimiento permite cerrar el ciclo de mejora cuando se detectan desviaciones en el funcionamiento del sistema.

Asimismo, el procedimiento PO06.05 Control de Documentos, Registros y Legislación regula la elaboración, codificación, aprobación, custodia, distribución y actualización de la documentación del sistema. Este proceso resulta clave para asegurar la trazabilidad documental del SIGC, la coherencia entre los procedimientos y su aplicación efectiva.

Las auditorías internas y externas constituyen un mecanismo relevante para evaluar la adecuación y eficacia del sistema. Durante el curso 2025 se ha llevado a cabo una auditoría interna a nivel de Universidad, en la que se analizan los procesos del SIGC. Esta auditoría permite identificar fortalezas, desviaciones y oportunidades de mejora, aunque no se trata de una auditoría específica de la Facultad de Veterinaria. Por ello, conviene reforzar la trazabilidad entre los resultados de las auditorías internas institucionales y el análisis que realiza el centro sobre los aspectos que le afectan directamente.

En el informe de auditoría se identifica una desviación en el control documental y procedimental del sistema de gestión. En concreto, en el subproceso de Gestión del Riesgo -PE01.02.02- se aplica operativamente una nueva metodología basada en la multiplicación de variables para priorizar la gravedad de los riesgos, pero dicha práctica no se encuentra formalmente normalizada ni descrita en el procedimiento vigente. Esta situación ha derivado en la apertura de la No Conformidad NC 01, al evidenciarse una falta de coherencia entre el diseño documental del sistema y su ejecución real.

Se evidencia también la utilidad del SIGC en la canalización de recomendaciones externas. En particular, las recomendaciones derivadas del proceso de renovación de la acreditación del Grado en Veterinaria, recibido el 19/03/2025, se han transformado en acciones concretas integradas en la planificación estratégica del centro. Este aspecto muestra capacidad de reacción ante evaluaciones externas y conexión entre diagnóstico, planificación y mejora.

También se valora positivamente la acción de mejora 25-26_FVE_2, orientada a unificar las acciones de mejora de los títulos en un único plan global de centro. Esta medida contribuye a optimizar la trazabilidad, el control de la eficacia y la eficiencia administrativa, al facilitar una visión integrada de las actuaciones de mejora de la Facultad.

No obstante, conviene reforzar la evidencia sobre el órgano o espacio en el que la Facultad analiza específicamente los resultados de las auditorías internas que afectan a sus titulaciones y procesos. Esta mejora permitiría documentar con mayor claridad cómo se trasladan las conclusiones de auditoría al ámbito del centro, qué decisiones se adoptan, qué responsables se asignan, qué plazos se establecen y cómo se evalúa la eficacia de las acciones implantadas.

Valoración global de la directriz (A, B, C, D):
B. Cumplimiento suficiente

Valoración global del criterio

VALORACIÓN GLOBAL:
B. Cumplimiento suficiente

Oportunidades de Mejora

Aspectos que SIN COMPROMETER de forma sustantiva el cumplimiento alguna directriz del criterio y que pueden ser objeto mejora en cuanto a eficiencia o eficacia del sistema

- Revisar el procedimiento PO06.01 Instrumentos de Revisión, Seguimiento y Mejora para asegurar la coherencia entre su alcance, referido a títulos oficiales, y la descripción de actividades, en la que también se incorporan títulos oficiales y de formación permanente.

- Clarificar en el procedimiento PO06.04 Auditorías Internas y Evaluación del Sistema de Gestión la relación entre las auditorías internas y el subproceso de identificación, seguimiento, análisis, evaluación y mejora de indicadores.

- Identificar expresamente en el mapa de procesos cuáles son los procesos transversales sometidos a auditoría interna, facilitando su seguimiento y su conexión con el ciclo de mejora.

- Reforzar la trazabilidad entre indicadores desfavorables, diagnóstico realizado, acciones de mejora definidas, responsables, plazos, recursos asignados e indicadores de seguimiento.

- Asegurar que todos los indicadores con resultados por debajo del estándar cuentan con una acción de mejora específica, especialmente los relativos a tasa de rendimiento, tasa de éxito, tasa de eficiencia, satisfacción con las pruebas de evaluación y satisfacción con la planificación de la titulación.

- Definir los estándares de calidad que figuran como "TBD" en procesos clave como Innovación, Satisfacción con el programa, Reclamaciones, Admisión y Prácticas, para que los resultados puedan interpretarse de forma objetiva.

- Revisar los indicadores que aparecen como "NA" durante varios cursos académicos, especialmente en el proceso de Gestión del Campus Virtual, para decidir su activación, redefinición o eliminación del cuadro de mando.

- Corregir la asignación de indicadores duplicados o poco ajustados al proceso correspondiente, como el indicador de satisfacción del profesorado con el acondicionamiento y equipamiento de laboratorios, de forma que se ubique en el proceso que permita una interpretación más útil para la mejora.

- Reforzar la monitorización del Grado en Veterinaria, atendiendo a su situación de seguimiento especial, mediante un seguimiento diferenciado de las acciones vinculadas a resultados académicos, planificación, evaluación, prácticas, recursos, profesorado e información pública.

- Consolidar la conexión entre los indicadores de investigación del Programa de Doctorado y las decisiones de mejora adoptadas, incorporando de forma explícita responsables, plazos, resultados esperados y valoración de eficacia.

- Incrementar la trazabilidad entre evaluación docente, resultados de satisfacción del estudiantado, acciones formativas, acompañamiento mediante peer shadowing y mejora efectiva de la docencia.

- Reforzar el seguimiento de la eficacia de las acciones dirigidas al PDI, especialmente las vinculadas a capacitación clínica, mejora docente, acreditación, sexenios y cumplimiento de estándares investigadores en la dirección de tesis.

- Impulsar acciones específicas para incrementar el porcentaje de profesorado acreditado y con sexenios reconocidos, dada su relevancia para el Grado en Veterinaria y para el Programa de Doctorado en Salud Veterinaria.

- Mantener el seguimiento de la recomendación relativa a que los directores de tesis cumplan los estándares de calidad investigadora exigidos, mediante sexenio vigente o méritos equivalentes.

- Reforzar la trazabilidad entre las necesidades detectadas en recursos materiales y servicios, las inversiones realizadas, los recursos asignados, los plazos de ejecución y la evaluación posterior de la eficacia de las actuaciones.

- Realizar seguimiento específico de las acciones destinadas a mejorar el contacto del estudiantado con animales vivos y de producción desde los primeros cursos del Grado.

- Evaluar la eficacia de las medidas previstas para resolver dificultades de transporte, logística y acceso a centros de prácticas externos, especialmente la habilitación de rutas y la priorización de prácticas de campo in house en la Granja UAX.

- Mantener el seguimiento de las actuaciones vinculadas al Centro de Simulación Veterinaria, el Hospital Clínico Veterinario y la Granja UAX, valorando su impacto sobre la satisfacción del estudiantado y la mejora de la docencia práctica.

- Documentar el seguimiento de las acciones del doctorado relacionadas con equipamiento científico y servicios especializados de apoyo a la investigación, como el microscopio de fluorescencia avanzada y el servicio de bioinformática.

- Reforzar la revisión sistemática de la información pública de la Facultad y de sus titulaciones, especialmente la relativa al profesorado, los currículos publicados, los resultados, los indicadores, las acciones de mejora y la rendición de cuentas.

- Completar la auditoría, corrección y ampliación del contenido público de la web institucional, asegurando que las mejoras comprometidas se incorporan, se verifican y se mantienen actualizadas.

- Avanzar en la automatización de la recopilación de KPIs del doctorado mediante paneles dinámicos en Power BI, reduciendo los riesgos asociados a la recolección manual de datos.

- Diferenciar con claridad qué información se obtiene, qué información se analiza internamente, qué información se publica y qué información se utiliza para la rendición de cuentas ante los grupos de interés.

- Formalizar documentalmente las metodologías que ya se aplican de forma operativa, especialmente la nueva metodología de gestión del riesgo basada en la multiplicación de variables para priorizar la gravedad.

- Realizar seguimiento de la No Conformidad NC 01 hasta asegurar la coherencia entre el diseño documental del sistema y su ejecución real.

- Documentar con mayor claridad el órgano, reunión o espacio en el que la Facultad analiza los resultados de las auditorías internas institucionales que afectan a sus titulaciones y procesos.

- Reforzar la conexión entre auditorías internas, no conformidades, acciones correctivas y evaluación de eficacia, de forma que el ciclo PDCA quede plenamente trazado.

- Consolidar la acción 25-26_FVE_2, orientada a unificar las acciones de mejora de los títulos en un único plan global de centro, asegurando que dicha integración mejora la trazabilidad, el seguimiento de eficacia y la eficiencia administrativa.

- Aportar evidencias más completas sobre los controles de registros del SIGC, especialmente en relación con el acceso, custodia, trazabilidad y actualización de la documentación en SIUAX.

Necesidades de Mejora

Detalle de los aspectos que COMPROMETEN el cumplimiento alguna directriz del criterio y que deben ser objeto mejora para poder asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas C.

No cumplimientos

Detalle de los aspectos implican el no cumplimiento de los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d, e IMPIDEN asegurar una correcta implantación del sistema. Deben estar relacionadas con una o varias directrices que hayan sido valoradas D.

Fortalezas del Sistema

Detalle de las fortalezas del sistema identificadas durante la evaluación

- Se pone en valor el esfuerzo institucional por mejorar la coherencia y madurez del SIGC.
- El centro dispone de una política de calidad formalmente definida, aprobada y alineada con la estrategia institucional de la Universidad.
- La existencia de órganos participativos favorece una cultura de calidad compartida y orientada a la mejora continua. Se destaca la alta satisfacción de los grupos de interés detectada en las audiencias.
- La web institucional, MyUAX, SharePoint, SIUAX y otros espacios digitales permiten facilitar el acceso a la documentación y a la información relevante.
- La satisfacción del estudiantado con la disponibilidad del profesorado presenta valores positivos, lo que evidencia una relación docente-estudiante valorada favorablemente.
- Las metodologías activas, el uso de recursos digitales, UAX Skill School, U-Labs y el Gabinete Psicopedagógico refuerzan el enfoque centrado en el estudiante.
- Los laboratorios, el Hospital Clínico Veterinario, el Centro de Simulación Veterinaria y otros espacios docentes favorecen el aprendizaje práctico.

Relación de opotunidades de mejora

Criterio 1:
- Reforzar la definición del alcance de algunos procesos, de forma que todas las actividades descritas en el procedimiento queden recogidas de manera expresa y coherente.

- Mejorar la representación documental de la interrelación entre los procesos del SIGC, con el fin de evidenciar con mayor claridad cómo se articula el ciclo de mejora continua entre política de calidad, planificación, seguimiento, análisis de resultados y acciones de mejora.

- Revisar los indicadores asociados al procedimiento PE01.01 Política de Calidad, de manera que permitan valorar con mayor precisión la eficacia real del despliegue de la política. En particular, conviene que el indicador no se limite a medir la tasa de respuesta del formulario de revisión, sino que aporte información sobre el grado de implantación y utilidad de la política de calidad.

- Enriquecer el análisis del informe anual de centro, incorporando una explicación más detallada de la evolución específica de cada objetivo de calidad o, en su caso, adjuntando el documento de seguimiento correspondiente.

- Reforzar la especificidad de los instrumentos de consulta dirigidos a los grupos de interés, especialmente al estudiantado, para que cada mecanismo tenga claramente definido su objeto, su finalidad y su uso posterior en los procesos de mejora.

- Completar la información disponible en la web de la Facultad con informes de seguimiento, resultados de satisfacción, cuadro de mando de indicadores y plan de mejoras del doctorado, reforzando así la transparencia y el acceso de los grupos de interés a la información del SIGC.

- Reformular determinados KPI y metas del plan de iniciativas cuando exista redundancia entre ambos, cuando el indicador mida únicamente la oferta inicial o cuando los valores cuantitativos se hayan consignado en campos que no correspondan.

- Completar la descripción de las fases de ejecución de iniciativas como el Plan de Carrera, de forma que el seguimiento permita valorar el grado real de desarrollo, implantación y eficacia de la actuación.

Criterio 2:
- Clarificar en qué órgano o informe de centro se analiza la adecuación global de la oferta formativa, especialmente en lo relativo a la continuidad entre grado, posgrado y doctorado.

- Reforzar el análisis de la satisfacción con el plan de estudios, dado que el indicador vinculado al procedimiento PE03.02 se sitúa por debajo del objetivo establecido. Conviene incorporar acciones específicas con responsable, plazo e indicador de eficacia.

- Mejorar la trazabilidad documental de la participación efectiva de los grupos de interés externos en el diseño y modificación de las titulaciones.

- Incorporar de forma más explícita y trazable las aportaciones de egresados, empleadores y otros agentes externos en las propuestas de innovación, análisis de viabilidad y procesos de modificación de títulos.

- Asegurar que las recomendaciones derivadas de los procesos de acreditación del Grado en Veterinaria y del Programa de Doctorado quedan incorporadas de forma sistemática en los planes de mejora correspondientes.

- Reforzar el seguimiento de las recomendaciones vinculadas al Grado en Veterinaria, especialmente en materia de información pública, actualización de guías docentes conforme a la memoria vigente, producción investigadora del profesorado, rendimiento en asignaturas con mayor número de suspensos, tasa de graduación y abandono.

- Reforzar el seguimiento de las recomendaciones vinculadas al Programa de Doctorado, especialmente en relación con los requisitos de la Comisión Académica y de los directores de tesis, la actualización de la información pública, las encuestas a tutores y directores, el estudio de empleabilidad de egresados, la calidad científica de las tesis y la proyección internacional del programa.

- Consolidar la vinculación entre los informes anuales de titulación, las actas SIM, los planes de mejora y los compromisos establecidos en las memorias de verificación, de forma que el seguimiento de la oferta formativa resulte más verificable y eficiente.

- Completar la documentación de soporte de los procesos de diseño, modificación y seguimiento de títulos, asegurando que las evidencias se localizan de forma clara y permiten reconstruir el proceso de toma de decisiones.

- Valorar la continuidad de la oferta formativa de la Facultad, especialmente la posible articulación entre el Grado en Veterinaria, la formación de posgrado y el Programa de Doctorado.

Criterio 3:

- Mejorar la presentación de las tablas de reconocimiento de créditos, de forma que resulte más sencilla la verificación de los criterios aplicados, las equivalencias reconocidas y las resoluciones adoptadas.

- Facilitar una distinción más clara entre estudiantes admitidos y estudiantes efectivamente matriculados en los listados de admisión, para mejorar la trazabilidad entre plazas ofertadas, admisión y matrícula real.

- Analizar la eficacia de los mecanismos de orientación académica y acción tutorial, especialmente en relación con la percepción del estudiantado sobre el apoyo recibido por parte del tutor.

- Reforzar la documentación de las actuaciones desarrolladas con estudiantes en riesgo académico o de abandono, vinculando detección, intervención, seguimiento y resultado obtenido.

- Describir con mayor claridad las actividades de orientación profesional desarrolladas por el centro, identificando objetivos, destinatarios, periodicidad, participación e impacto.

- Profundizar en el análisis de la percepción del estudiantado sobre las metodologías docentes, especialmente cuando los indicadores de satisfacción se sitúan por debajo del umbral establecido.

- Reforzar la revisión de las guías docentes para asegurar su actualización, homogeneidad, coherencia con la memoria vigente y claridad para el estudiantado.

- Analizar de forma específica las asignaturas con bajo rendimiento o con mayor número de suspensos, incorporando acciones de mejora medibles, con responsables, plazos e indicadores de eficacia.

- Incrementar la satisfacción del estudiantado con las pruebas de evaluación, mediante el análisis de causas y la revisión de la adecuación entre metodologías, sistemas de evaluación y resultados de aprendizaje.

- Homogeneizar la información relativa a integridad académica y plagio en las guías de TFG/TFM y en otros documentos académicos, asegurando su coherencia con la normativa de la Facultad y de la Universidad.

- Analizar la satisfacción del estudiantado con las prácticas académicas externas, especialmente en lo relativo a organización, acompañamiento, tutorización y experiencia formativa.

- Actualizar y hacer más visible la información pública vinculada a movilidad, doctorado y resultados académicos, de forma que los grupos de interés puedan acceder a información completa, clara y actualizada.

Criterio 4:

- Reforzar la trazabilidad documental entre las necesidades docentes detectadas, el profesorado asignado, las asignaturas, los grupos y la carga docente de cada curso académico, mediante una evidencia consolidada que facilite la verificación global de la planificación docente.

- Incorporar de forma explícita el curso académico de referencia en los registros de necesidades de contratación del PDI, para mejorar la trazabilidad anual del proceso de planificación y cobertura de perfiles docentes.

- Revisar la presentación de las evidencias relativas a la estructura del PDI, especialmente la Tabla 1b, de manera que resulte más clara la composición del profesorado, su dedicación, categoría, perfil académico e investigador.

- Actualizar y sistematizar las evidencias relativas al profesorado vinculado al Programa de Doctorado, especialmente en lo referido a sexenios vigentes, méritos equivalentes, líneas de investigación, dirección de tesis y cumplimiento de requisitos por parte de tutores, directores y miembros de la Comisión Académica.

- Profundizar en el análisis de las valoraciones menos favorables del estudiantado sobre el personal docente en el Grado en Veterinaria, especialmente en los aspectos relacionados con profesionalidad, modelo pedagógico y atención al estudiantado.

- Segmentar los resultados de satisfacción docente por título, curso, asignatura y dimensión evaluada, para identificar con mayor precisión las áreas de mejora y orientar acciones específicas.

- Reforzar las acciones destinadas a incentivar la producción investigadora del personal académico implicado en el Grado en Veterinaria, incorporando seguimiento periódico de su evolución y vinculación con los planes de mejora del título.

- Mejorar la continuidad y trazabilidad de la detección de necesidades formativas del profesorado en todo el periodo evaluado, incorporando registros homogéneos por curso académico.

- Ampliar la participación del profesorado en acciones formativas vinculadas a metodologías docentes, innovación educativa, tecnologías aplicadas a la docencia y desarrollo del modelo educativo institucional.

- Incorporar indicadores que permitan valorar la eficacia, satisfacción e impacto de las acciones formativas desarrolladas sobre la mejora real de la actividad docente.

- Documentar con mayor claridad el análisis de los resultados de evaluación del desempeño docente a nivel de Facultad, evidenciando cómo se utilizan para definir acciones de formación, acompañamiento, reconocimiento o mejora.

- Reforzar la trazabilidad entre los resultados de las encuestas docentes, la selección del profesorado participante en el programa Peer Shadowing, los informes de mentoría y la evolución posterior de los indicadores de satisfacción.

- Valorar de forma sistemática el impacto del programa Peer Shadowing sobre la mejora del desempeño docente, incorporando evidencias de seguimiento posterior y resultados comparativos antes/después.

Criterio 5:

- Reforzar el análisis de los resultados de los procesos vinculados a recursos materiales, servicios y personal de apoyo a nivel de Facultad, de forma que pueda evidenciarse con mayor claridad cómo se revisan estos aspectos y cómo se incorporan a la toma de decisiones.

- Integrar en el cuadro de indicadores del centro los indicadores específicos contemplados en el procedimiento de gestión de laboratorios, especialmente aquellos relativos a incidencias en prácticas derivadas del material o equipamiento, para facilitar su

seguimiento y análisis evolutivo.

- Mejorar la trazabilidad entre las incidencias detectadas, las necesidades identificadas, las actuaciones realizadas y la evaluación posterior de su eficacia, especialmente en laboratorios, espacios experimentales, recursos tecnológicos e infraestructuras clínicas.

- Sistematizar el análisis de la satisfacción del profesorado con el acondicionamiento y equipamiento de laboratorios y espacios experimentales, vinculando los resultados obtenidos con decisiones de mantenimiento, dotación, renovación o mejora.

- Consolidar series históricas de resultados de satisfacción sobre recursos y servicios, dado que la documentación disponible se concentra principalmente en el curso 2024-2025, lo que limita el análisis de evolución.

- Reforzar la conexión documental entre cuestionarios de satisfacción, plataforma Medallia, informes de resultados, actas SIM, informes anuales de titulación y planes de iniciativas, para evidenciar mejor el ciclo completo de detección, análisis, decisión y mejora.

- Explicitar con mayor claridad cómo las necesidades detectadas en recursos materiales, servicios o personal de apoyo se traducen en actuaciones concretas, responsables asignados, plazos, recursos comprometidos e indicadores de seguimiento.

- Mejorar la trazabilidad de las solicitudes dirigidas a unidades centrales u órganos superiores cuando la dotación de recursos, servicios o personal de apoyo excede las competencias directas del centro.

- Presentar de forma más consolidada las evidencias relativas a la dotación de personal técnico, personal de apoyo, servicios y recursos materiales, especialmente cuando la provisión depende de unidades centralizadas de la Universidad.

- Documentar el recorrido completo de las actuaciones de dotación: necesidad detectada, solicitud formulada, órgano o unidad responsable, resolución adoptada, dotación realizada y valoración posterior de su eficacia.

- Reforzar el seguimiento de actuaciones relevantes vinculadas a recursos estratégicos de la Facultad, como la nueva Granja Docente, incorporando evidencias de planificación, estado de avance, impacto previsto e impacto finalmente alcanzado.

- Vincular de manera más explícita los planes de iniciativas de Facultad con las necesidades detectadas en recursos, servicios y personal de apoyo, incluyendo inversión estimada, porcentaje de avance, indicadores de resultado y evidencias de aprobación o seguimiento.

- Homogeneizar la presentación de los inventarios de recursos, horarios de laboratorios, personal de apoyo y evidencias de uso de espacios, para facilitar su consulta y verificación en futuros procesos de evaluación externa.

- Incorporar indicadores de eficacia asociados a la gestión de incidencias y peticiones tecnológicas, como tiempos de resolución, tipología de incidencias, recurrencia, satisfacción de las personas usuarias y acciones preventivas derivadas.

- Reforzar la evaluación del impacto de las actuaciones de mejora en recursos materiales, servicios y personal de apoyo, de modo que el sistema permita comprobar si las medidas implantadas han contribuido efectivamente a mejorar el desarrollo de la docencia y la experiencia del estudiantado.

Criterio 6:

- Revisar la adecuación de algunos indicadores asociados a los procesos del SIGC, especialmente en PE06.03, para asegurar que miden de forma directa la eficacia del proceso al que están vinculados y facilitan la toma de decisiones.

- Clarificar la correspondencia entre la referencia documental al proceso de "Mejora Continua de la Universidad" y los procedimientos formalmente definidos en el SIGC, especialmente PO06.01 Instrumentos de Revisión, Seguimiento y Mejora.

- Reforzar la sistemática de recogida de información sobre la satisfacción de todos los grupos de interés, especialmente PTGAS, egresados y participantes en programas de movilidad, incorporando análisis específico a nivel de centro y de titulación.

- Consolidar las medidas dirigidas a incrementar la participación en las encuestas de satisfacción, especialmente la reserva de tiempo presencial en el aula, para mejorar la representatividad y fiabilidad de las muestras recogidas.

- Incorporar en los Informes Anuales de Titulación una referencia más visible al plan de acción derivado de los resultados analizados, de forma que quede clara la conexión entre indicadores, diagnóstico, decisiones adoptadas y acciones de mejora.

- Reforzar la trazabilidad entre los resultados académicos desfavorables del Grado en Veterinaria -graduación, rendimiento, eficiencia, satisfacción con pruebas de evaluación y early attrition- y las acciones específicas de mejora diseñadas para revertirlos.

- Vincular de forma más explícita los resultados de las encuestas de egresados con acciones de mejora, especialmente cuando se identifican debilidades en prácticas clínicas y formación práctica.

- Analizar de forma específica la satisfacción del estudiantado con el título, el plan de estudios, la coordinación docente y la flexibilidad del diseño, incorporando medidas de mejora con responsables, plazos e indicadores de seguimiento.

- Integrar de manera más sistemática en los informes de título los resultados de movilidad incoming y outgoing, evitando que su análisis quede únicamente en el nivel general de Universidad.

- Definir el momento y procedimiento para la medición de la empleabilidad en el Programa de Doctorado en Salud Veterinaria, una vez transcurrido el periodo necesario desde la defensa de las tesis.

- Mantener el seguimiento de la producción científica derivada de las tesis doctorales, incorporando su análisis periódico en los informes del programa y en las actas de seguimiento correspondientes.

- Reforzar la conexión entre los resultados de evaluación docente, los programas de acompañamiento como Peer Shadowing y la evolución posterior de la satisfacción del estudiantado con la labor docente.

- Sistematizar el análisis de quejas, reclamaciones y sugerencias, vinculando tipología de incidencias, respuesta ofrecida, acciones derivadas y valoración posterior de la eficacia de las medidas implantadas.

- Asegurar que las actas SIM de inicio, seguimiento y finalización de curso recogen de forma homogénea los resultados analizados, los acuerdos adoptados, las personas responsables, los plazos y el seguimiento de acciones previas.

- Reforzar la disponibilidad y circulación de la información en todos los niveles de gestión mediante una trazabilidad más visible entre SIUAX, dashboards, Medallia, informes anuales, actas SIM, reuniones de Gestión y Calidad e Informes de Revisión por la Dirección.

- Hacer más explícito cómo la información analizada en coordinación docente, comités de seguimiento, dirección de centro y órganos institucionales se transforma en decisiones concretas y en seguimiento posterior de su eficacia.

- Consolidar un cuadro de mando integrado que permita visualizar de forma conjunta resultados académicos, satisfacción, empleabilidad, evaluación docente, quejas, movilidad, doctorado y acciones de mejora asociadas.

- Reforzar el cierre del ciclo de mejora, documentando para cada acción la necesidad detectada, la fuente de información utilizada, la decisión adoptada, el responsable, el plazo, el indicador de seguimiento y la valoración final de eficacia.

Criterio 7:

- Definir de forma explícita en los procedimientos PE04.01 Plan de Publicidad y PE04.02 Información Pública de las Titulaciones la periodicidad de revisión, actualización y publicación de los contenidos, incorporando responsables, plazos y evidencias de validación.

- Reforzar la trazabilidad del proceso de actualización de la información pública, dejando constancia de la fecha de revisión, persona o unidad responsable, cambios realizados y aprobación final antes de su publicación.

- Asegurar la coherencia entre la información difundida en canales promocionales o comerciales -redes sociales, campañas, acciones de captación- y la información académica oficial publicada en la web institucional y en el Portal de Transparencia.

- Armonizar la definición de grupos de interés entre PE04.01 y PE04.02, incorporando de forma explícita a la sociedad en general y diferenciando con mayor claridad entre estudiantado potencial, estudiantado matriculado y personas egresadas.

- Completar la información pública sobre la organización del centro, incluyendo organigrama académico, responsabilidades principales y canales de contacto asociados a la gestión del centro.

- Publicar de forma más visible el plan estratégico y los objetivos estratégicos del centro, junto con el seguimiento de su grado de cumplimiento, para reforzar la rendición de cuentas sobre política y objetivos de calidad.

- Mejorar la localización del número de plazas ofertadas, situándolo junto a la información general de cada título y asegurando su publicación homogénea en grado, doctorado, experto y curso preuniversitario.

- Completar la información sobre perfil de ingreso, criterios y vías de acceso en aquellas enseñanzas en las que aparece menos desarrollada, especialmente en el curso preuniversitario.

- Mejorar la visibilidad y accesibilidad del buzón de quejas, reclamaciones y sugerencias, incorporando un acceso más directo desde las páginas del centro y de las titulaciones.

- Actualizar la información pública sobre resultados académicos del doctorado, incorporando los datos más recientes disponibles y evitando que la información quede limitada a cursos anteriores.

- Incorporar resultados de inserción laboral del doctorado cuando proceda o, en su caso, explicar públicamente la imposibilidad temporal de medirlos por el reducido número de egresados recientes.

- Publicar de forma homogénea las principales acciones de mejora propuestas e implantadas en el doctorado, al igual que se hace en el grado.

- Completar en el Portal de Transparencia la información vinculada a los informes de seguimiento de los títulos, el cuadro de mando de indicadores y el plan de mejoras del doctorado.

- Reforzar la bidireccionalidad de los mecanismos de rendición de cuentas, documentando cómo las aportaciones de estudiantado, profesorado, PTGAS, egresados y empleadores se transforman en decisiones, acciones de mejora y seguimiento posterior.

- Incorporar un retorno más explícito a los grupos de interés sobre las decisiones adoptadas a partir de sus aportaciones, especialmente en las Comisiones SIM, encuentros con empleadores y canales internos de comunicación.

- Sistematizar la publicación de resultados alcanzados en materia de política y objetivos de calidad del centro, incluyendo indicadores, grado de cumplimiento, acciones desarrolladas y valoración de su eficacia.

- Homogeneizar la publicación de resultados, satisfacción, quejas, reclamaciones, sugerencias y acciones de mejora entre las distintas titulaciones del centro.

- Reforzar el cierre del ciclo de rendición de cuentas, vinculando información publicada, resultados analizados, aportaciones recibidas, decisiones adoptadas, acciones implantadas y comunicación posterior a los grupos de interés.

Criterio 8:

- Aportar y hacer más visible el Plan Estratégico de Investigación, de forma que pueda verificarse con claridad su alineación con las líneas del Programa de Doctorado en Salud Veterinaria, sus objetivos, indicadores, responsables, plazos y resultados esperados.

- Reforzar la trazabilidad entre la estrategia investigadora, las líneas del programa de doctorado, los grupos de investigación, los proyectos activos, la producción científica, las colaboraciones externas y las acciones de transferencia.

- Presentar de forma más sistematizada la correspondencia entre doctorandos, líneas de investigación, grupos activos, directores de tesis y proyectos en vigor, para facilitar la verificación global del sistema.

- Consolidar la estructura investigadora asociada al Programa de Doctorado en Salud Veterinaria, reforzando la masa crítica de grupos, profesorado investigador y proyectos vinculados a las líneas del programa.

- Incrementar la captación de proyectos competitivos activos, especialmente en convocatorias externas nacionales e internacionales, para fortalecer las líneas de investigación del doctorado.

- Documentar con mayor claridad la planificación de la concurrencia a convocatorias externas, incluyendo convocatorias identificadas, líneas a las que se vinculan, equipos participantes, resultados obtenidos y acciones derivadas.

- Sistematizar el análisis de la financiación investigadora a nivel de centro, incorporando en las actas o informes de seguimiento información sobre financiación interna, financiación externa, proyectos concedidos, proyectos solicitados, tasas de éxito e impacto sobre las líneas de investigación.

- Reforzar la presencia del análisis de resultados de investigación en los órganos de seguimiento del centro, especialmente en las Comisiones SIM y reuniones de Gestión y Calidad, evitando que el seguimiento quede concentrado únicamente en el Vicerrectorado.

- Mantener el seguimiento de las acciones de mejora derivadas de la renovación de la acreditación del doctorado, especialmente las relacionadas con la correcta constitución de la Comisión Académica, los requisitos de los directores de tesis y la calidad investigadora del profesorado.

- Verificar periódicamente que los miembros de la Comisión Académica y los directores de tesis cumplen los requisitos normativos e investigadores exigidos, incluyendo sexenios vivos o méritos equivalentes.

- Reforzar el análisis del bajo número de tesis defendidas y de la tasa de graduación del doctorado, incorporando medidas específicas para favorecer la finalización de tesis y reducir los obstáculos vinculados a dedicación, conciliación o seguimiento académico.

- Analizar la evolución de la tasa de cobertura del programa y su impacto sobre la estabilidad, viabilidad y capacidad investigadora del doctorado.

- Incrementar la dimensión internacional del programa mediante la participación de profesorado extranjero, la atracción de doctorandos internacionales y el impulso de estancias internacionales de los doctorandos.

- Mejorar los indicios de calidad científica de la producción vinculada al doctorado, especialmente FWCI, número de citas, impacto de las publicaciones y presencia en repertorios de alto impacto.

- Sistematizar el análisis del potencial interés de las líneas de investigación para entidades públicas, empresas, administraciones y sociedad en general, identificando posibles destinatarios, ámbitos de aplicación y oportunidades de colaboración.

- Documentar con mayor claridad los resultados concretos de transferencia asociados al centro, incluyendo contratos, convenios, proyectos colaborativos, patentes, prestación de servicios especializados, acciones de divulgación o colaboraciones con entidades externas.

- Presentar de forma integrada la correspondencia entre líneas de investigación, proyectos activos, tesis defendidas, publicaciones derivadas, colaboraciones externas, infraestructuras utilizadas y resultados de transferencia alcanzados.

- Reforzar la conexión entre las infraestructuras de investigación y práctica profesional -Hospital Clínico Veterinario, Unidad de Investigación Biomédica y otras instalaciones- y los resultados concretos de I+D+i y transferencia generados.

- Actualizar y mejorar la información pública del Programa de Doctorado en Salud Veterinaria, especialmente en lo relativo a líneas de investigación, profesorado, resultados, producción científica, empleabilidad, satisfacción e internacionalización.

- Establecer mecanismos sistemáticos para recoger y analizar la satisfacción del personal académico vinculado al doctorado.

- Definir el momento y procedimiento para medir la empleabilidad de los doctores egresados, una vez exista una muestra suficiente y haya transcurrido el periodo necesario desde la defensa de las tesis.

- Diferenciar con mayor claridad entre Portal del Investigador, repositorio institucional de acceso abierto y repositorio de tesis doctorales, para facilitar la verificación del cumplimiento de los requisitos de ciencia abierta.

- Acreditar de forma más completa el depósito sistemático de las versiones finales aceptadas para publicación de los resultados científicos del PDI en el repositorio institucional de acceso abierto.

- Definir el procedimiento de depósito en acceso abierto de la producción científica del PDI, concretando versión a depositar, plazo, unidad responsable, validación, seguimiento y evidencias de cumplimiento.

- Incorporar indicadores específicos para evaluar la eficacia del sistema de investigación y transferencia, vinculados a financiación captada, proyectos activos, publicaciones, tesis defendidas, colaboraciones externas, transferencia, internacionalización y depósito en acceso abierto.

Criterio 9:

- Revisar el procedimiento PO06.01 Instrumentos de Revisión, Seguimiento y Mejora para asegurar la coherencia entre su alcance, referido a títulos oficiales, y la descripción de actividades, en la que también se incorporan títulos oficiales y de formación permanente.

- Clarificar en el procedimiento PO06.04 Auditorías Internas y Evaluación del Sistema de Gestión la relación entre las auditorías internas y el subproceso de identificación, seguimiento, análisis, evaluación y mejora de indicadores.

- Identificar expresamente en el mapa de procesos cuáles son los procesos transversales sometidos a auditoría interna, facilitando su seguimiento y su conexión con el ciclo de mejora.

- Reforzar la trazabilidad entre indicadores desfavorables, diagnóstico realizado, acciones de mejora definidas, responsables, plazos, recursos asignados e indicadores de seguimiento.

- Asegurar que todos los indicadores con resultados por debajo del estándar cuentan con una acción de mejora específica, especialmente los relativos a tasa de rendimiento, tasa de éxito, tasa de eficiencia, satisfacción con las pruebas de evaluación y satisfacción con la planificación de la titulación.

- Definir los estándares de calidad que figuran como "TBD" en procesos clave como Innovación, Satisfacción con el programa, Reclamaciones, Admisión y Prácticas, para que los resultados puedan interpretarse de forma objetiva.

- Revisar los indicadores que aparecen como "NA" durante varios cursos académicos, especialmente en el proceso de Gestión del Campus Virtual, para decidir su activación, redefinición o eliminación del cuadro de mando.

- Corregir la asignación de indicadores duplicados o poco ajustados al proceso correspondiente, como el indicador de satisfacción del profesorado con el acondicionamiento y equipamiento de laboratorios, de forma que se ubique en el proceso que permita una interpretación más útil para la mejora.

- Reforzar la monitorización del Grado en Veterinaria, atendiendo a su situación de seguimiento especial, mediante un seguimiento diferenciado de las acciones vinculadas a resultados académicos, planificación, evaluación, prácticas, recursos, profesorado e información pública.

- Consolidar la conexión entre los indicadores de investigación del Programa de Doctorado y las decisiones de mejora adoptadas, incorporando de forma explícita responsables, plazos, resultados esperados y valoración de eficacia.

- Incrementar la trazabilidad entre evaluación docente, resultados de satisfacción del estudiantado, acciones formativas, acompañamiento mediante peer shadowing y mejora efectiva de la docencia.

- Reforzar el seguimiento de la eficacia de las acciones dirigidas al PDI, especialmente las vinculadas a capacitación clínica, mejora docente, acreditación, sexenios y cumplimiento de estándares investigadores en la dirección de tesis.

- Impulsar acciones específicas para incrementar el porcentaje de profesorado acreditado y con sexenios reconocidos, dada su relevancia para el Grado en Veterinaria y para el Programa de Doctorado en Salud Veterinaria.

- Mantener el seguimiento de la recomendación relativa a que los directores de tesis cumplan los estándares de calidad investigadora exigidos, mediante sexenio vigente o méritos equivalentes.

- Reforzar la trazabilidad entre las necesidades detectadas en recursos materiales y servicios, las inversiones realizadas, los recursos asignados, los plazos de ejecución y la evaluación posterior de la eficacia de las actuaciones.

- Realizar seguimiento específico de las acciones destinadas a mejorar el contacto del estudiantado con animales vivos y de producción desde los primeros cursos del Grado.

- Evaluar la eficacia de las medidas previstas para resolver dificultades de transporte, logística y acceso a centros de prácticas externos, especialmente la habilitación de rutas y la priorización de prácticas de campo in house en la Granja UAX.

- Mantener el seguimiento de las actuaciones vinculadas al Centro de Simulación Veterinaria, el Hospital Clínico Veterinario y la Granja UAX, valorando su impacto sobre la satisfacción del estudiantado y la mejora de la docencia práctica.

- Documentar el seguimiento de las acciones del doctorado relacionadas con equipamiento científico y servicios especializados de apoyo a la investigación, como el microscopio de fluorescencia avanzada y el servicio de bioinformática.

- Reforzar la revisión sistemática de la información pública de la Facultad y de sus titulaciones, especialmente la relativa al profesorado, los currículos publicados, los resultados, los indicadores, las acciones de mejora y la rendición de cuentas.

- Completar la auditoría, corrección y ampliación del contenido público de la web institucional, asegurando que las mejoras comprometidas se incorporan, se verifican y se mantienen actualizadas.

- Avanzar en la automatización de la recopilación de KPIs del doctorado mediante paneles dinámicos en Power BI, reduciendo los riesgos asociados a la recolección manual de datos.

- Diferenciar con claridad qué información se obtiene, qué información se analiza internamente, qué información se publica y qué información se utiliza para la rendición de cuentas ante los grupos de interés.

- Formalizar documentalmente las metodologías que ya se aplican de forma operativa, especialmente la nueva metodología de gestión del riesgo basada en la multiplicación de variables para priorizar la gravedad.

- Realizar seguimiento de la No Conformidad NC 01 hasta asegurar la coherencia entre el diseño documental del sistema y su ejecución real.

- Documentar con mayor claridad el órgano, reunión o espacio en el que la Facultad analiza los resultados de las auditorías internas institucionales que afectan a sus titulaciones y procesos.

- Reforzar la conexión entre auditorías internas, no conformidades, acciones correctivas y evaluación de eficacia, de forma que el ciclo PDCA quede plenamente trazado.

- Consolidar la acción 25-26_FVE_2, orientada a unificar las acciones de mejora de los títulos en un único plan global de centro, asegurando que dicha integración mejora la trazabilidad, el seguimiento de eficacia y la eficiencia administrativa.

- Aportar evidencias más completas sobre los controles de registros del SIGC, especialmente en relación con el acceso, custodia, trazabilidad y actualización de la documentación en SIUAX.

Valoración Global del Sistema Interno de Garantía de Calidad

El dictamen del Comité de Certificación de la Fundación, una vez analizado el Informe de Evaluación elaborado por Panel y teniendo en cuenta las alegaciones (si aplica) es: **FAVORABLE**

En Madrid, a 26 de octubre de 2026



Fdo.: El/la Presidente/a de la Comisión SISCAL

Federico Morán Abad