



INFORME DE SEGUIMIENTO CON VISITA 2014

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES

ÍNDICE

1.- Datos del centro evaluado.....	pg.2
2.- Introducción	pg.3
3.- Información mínima relevante a publicar	pg.4
4.- Plan de mejoras	pg.4
4.1.- Tabla resumen	pg.5
5.- Indicadores	pg.18

1. DATOS DEL CENTRO EVALUADO:

Universidad	Universidad San Martín de Porres
Centro evaluado	Facultad de Odontología
Decano Presidente de la Comisión de Autoevaluación	Carlos Enrique Cava Vergiú
Presidenta de la Unidad de Acreditación	Rosario Haydée Bazán Asencios
Dirección	Ciudad Universitaria, Jr. Las Calandrias N° 151-291 - Santa Anita - Lima
Teléfono	(511) 362-0064 / 317-2130
Dirección de correo electrónico	odontologia@usmp.pe
Carreras que se imparten en el centro	<p>Pregrado: Carrera Profesional de Odontología</p> <p>Posgrado: Segunda especialización Especialidad de Cariología y Endodoncia Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar Especialidad de Odontopediatría Especialidad de Cirugía Bucal y Máxilo Facial</p> <p>Maestrías: Maestría en Periodoncia Maestría en Odontología</p>
Fecha de entrega del informe de autoevaluación	5 de mayo de 2011
Fecha de la visita externa de certificación	13 y 14 de junio de 2011
Fecha de la visita externa de seguimiento	10 de noviembre de 2014

2.- INTRODUCCIÓN

Dentro del proceso Certificación de la Facultad de Odontología(FO) de la USMP, el centro ha elaborado y enviado a la ACSUG, anualmente, para su revisión por la Comisión de Evaluación Externa, un **autoinforme de seguimiento** siguiendo la "*Guía de seguimiento de los centros universitarios externos al Sistema Universitario Español. 2013*" incluyendo en él su plan de acciones de mejora.

Pasados tres años, desde la emisión del certificado concedido por ACSUG, se ha puesto en marcha la siguiente fase del proceso, la **evaluación de seguimiento con visita**, con el objeto de que la Comisión de Evaluación Externa que ha valorado los planes de mejora enviados por la FO compruebe in situ, la ejecución efectiva de cada una de las acciones incluidas en dicho plan y su repercusión en la mejora continua del centro.

La Comisión de Evaluación Externa quiere destacar el esfuerzo realizado en la elaboración del "Informe de Autoevaluación 2014" presentado por la Facultad, así como en la clasificación de las evidencias asociadas a cada directriz.

A través del presente documento, la Comisión valora con el mayor detalle posible la adecuación de las acciones puestas en marcha por el centro a las debilidades/propuestas de mejora, con el objeto de potenciar que el proceso de certificación siga el curso previsto.

En sucesivos seguimientos se comprobará la adecuada implantación de las propuestas de mejora abiertas, hasta considerarlas definitivas y totalmente satisfactorias, como parte del proceso de mejora continua.

A los seis años se realizará de nuevo una visita al centro con el objeto de realizar una **evaluación de renovación del certificado**, conforme a los estándares europeos (Criterios y directrices para la garantía de calidad en el espacio europeo de educación superior. European Association for Quality Assurance in Higher Education. ENQA. 2005) para la garantía interna de la calidad de centros de educación superior.

Para la renovación del certificado el centro deberá seguir trabajando, siguiendo la línea actual, durante los próximos tres años con el objeto de atender las recomendaciones incluidas en los diferentes informes emitidos por ACSUG. En ese momento la Comisión de Evaluación Externa verificará que las acciones están ejecutadas y todos los procesos que se están diseñando en el centro se desarrollan de forma sistemática y estructurada y contemplan los cuatro elementos del ciclo de la mejora continua: planificar, desarrollar, analizar y actuar (mejorar) (PDCA).

3.- INFORMACIÓN MÍNIMA RELEVANTE A PUBLICAR

En general la información pública que se facilita en la web de la Universidad/Facultad de Odontología es clara y accesible para los distintos grupos de interés, aunque se debe seguir completando dicha información con aspectos de especial interés como los nuevos procedimientos que se están elaborando para la mejora del proceso de enseñanza aprendizaje, así como con los resultados académicos (*tasas e indicadores requeridas por ACSUG*), ya que en el informe de resultados generales no se incluyen resultados académicos desagregados.

4.- PLAN DE MEJORAS

El trabajo realizado desde la Facultad de Odontología, coordinado por la Comisión de Autoevaluación, a lo largo de los últimos tres años ha permitido cerrar la mayor parte de las acciones incluidas el Plan de Mejoras elaborado por el centro, como respuesta a las recomendaciones recogidas en el Informe Final de Certificación emitido por ACSUG en 2011.

En este período de tiempo el centro ha trabajado en la sistematización de una gran parte de los procedimientos asociados a cada uno de los elementos de las directrices y ha recogido datos de resultados asociados a cada uno de ellos. Todos estos procedimientos deben formar parte de un SGC global de centro; se recomienda continuar con el diseño e implantación del SGC, elaborando e implementando los procedimientos específicos de actuación de acuerdo a la reglamentación elaborada a tal efecto

Debe seguir trabajando además en el diseño de indicadores medibles que permitan, además de la recogida de datos, poder analizar la tendencia y la toma de decisiones según los resultados obtenidos.

Destacar las nuevas instalaciones del centro y el equipamiento de cada uno de los laboratorios, quedando pendiente la culminación del proyecto con la construcción del aula.

El centro debe seguir remitiendo anualmente a la ACSUG el Informe de Seguimiento Anual con el Plan de Mejoras actualizado donde se indiquen los avances realizados en esta línea.

Se recomienda que este documento se acompañe de evidencias documentales que demuestren de forma inequívoca la eliminación de la causa raíz que dio lugar a la debilidad detectada y señalada en el informe de la Comisión.

4.1.- TABLA RESUMEN

DIRECTRIZ 1: PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE				
DEBILIDAD	ANALISIS DE LA CAUSA DE LA DEBILIDAD	PROPUESTA DE MEJORA ¹	SEGUIMIENTO ²	EVIDENCIA DOCUMENTAL DE LA IMPLANTACIÓN
1.1.1. Las políticas y objetivos de calidad del centro no forman parte de un sistema global de gestión de calidad.	El centro indica el punto débil detectado "Las políticas y objetivos de calidad del centro no forman parte de un sistema global de gestión de calidad", aunque no se analiza en detalle la causa origen de la debilidad.	1.1.1. Elaboración y aprobación del procedimiento indicado. Definir los criterios, responsabilidades y procedimientos en el proceso para la determinación de la política y objetivos de calidad.	Abierta Cumplimiento parcial	1.1.1. El manual de calidad aportado como evidencia incluye un apartado de "política de calidad", (centrada en la "misión", "visión" y "valores" de la institución) y unos objetivos generales de la organización.
<p>Aunque el plan estratégico incluye unos objetivos concretos para el período 2013-2017, convendría que el centro contase con un programa de objetivos anual (Objetivos-metas-recursos necesarios-responsables-plazos de consecución-seguimientos a realizar- indicadores asociados) que facilitase el adecuado seguimiento periódico de la evaluación de los objetivos en intervalos inferiores a los plazos establecidos en el plan estratégico.</p> <p>Se recomienda desarrollar un procedimiento formal en el que se establezca la revisión y actualización de la política y los objetivos de calidad de la Facultad de Odontología.</p> <p>Se valora como punto fuerte el análisis del impacto realizado de la difusión de la política y los objetivos de calidad del centro entre los distintos grupos de interés, aunque se recomienda fomentar la participación de los distintos grupos de interés en dichas encuestas.</p>				
1.2.1. El plan de administración del currículo de la Facultad no incluye al programa de posgrado. De igual modo no cuenta con matrices de correlación de la maestrías y especialidades que imparte Resulta preciso ampliar el alcance del Plan de Administración del currículo y las Matrices de Correlación también a las maestrías y a las especialidades para una mejora continua de las enseñanzas.	El centro indica el punto débil detectado aunque no se analiza en detalle la causa origen de la debilidad.	1.2.1. Ampliar el alcance del Plan de Administración del Currículo y las Matrices de Correlación al programa de posgrado. Aplicar las herramientas de planificación curricular existentes al programa de posgrado. Incluir en el Plan de Administración del currículo de la facultad al programa de posgrado.	Cerrada	1.2.1. Se evidencia la revisión de las matrices de las distintas especialidades y maestrías. Se presenta evidencia del plan de administración curricular en el que se ha ampliado el alcance.

¹ Acción para eliminar o reparar la debilidad detectada en el Informe de Evaluación.

² Estado de implantación en el que se encuentra la propuesta de mejora.

<p>1.2.3. La definición recogida en el perfil general del ingresante de maestrías y especialidades debe ser reformulada, de manera que queden garantizados los derechos fundamentales de igualdad de oportunidades y no discriminación. Actualizar el perfil general del ingresante al posgrado.</p>	<p>No aportan evidencia del análisis que motivó la falta de programas sistematizados.</p>	<p>1.2.3. El perfil general del ingresante debe garantizar los derechos fundamentales de igualdad de oportunidades y no discriminación por género, color, raza o discapacidad física.</p> <p>Revisar el perfil del ingresante de posgrado. Modificar aquellos aspectos del perfil que se consideren discriminatorios.</p>	<p>Cerrada</p>	<p>1.2.3. Se evidencia la existencia de un perfil actualizado y público a través de la página web de la Facultad de Odontología.</p>
--	---	---	----------------	--

Se recomienda incorporar dentro del SGC del centro el procedimiento relacionado con los perfiles de ingreso y egreso en el que se establezca el modo en que se elaboran, revisan, hacen públicos y actualizan dichos perfiles para cada uno de los títulos que se ofertan; así mismo puede incluir las actuaciones a realizar para elaborar, aprobar y llevar a cabo un plan de captación de estudiantes acorde con el perfil de ingreso definido y la oferta de plazas para cada título.

<p>1.2.6./2.1.5. El uso actual del programa de movilidad es muy limitado. Se promoverán mecanismos que incrementen la movilidad de estudiantes y profesorado, tanto de entrada como de salida.</p>	<p>No aportan evidencia del análisis que motivó la falta de programas sistematizados.</p>	<p>1.2.6./2.1.5. Se promoverán mecanismos que incrementen la movilidad de estudiantes y profesorado, tanto de entrada como de salida.</p> <p>Firmar nuevos convenios con fines de movilidad.</p> <p>Realizar un mayor número de actividades de difusión del programa de movilidad.</p> <p>Se señala la necesidad de ampliar el período de ejecución del plan de movilidad (marzo 20 12-junio 2014) debido a una modificación en la normativa institucional en relación a la movilidad.</p>	<p>Abierta</p> <p>Cumplimiento parcial</p>	<p>1.2.6./2.1.5. Existen evidencias de un incremento en las acciones de movilidad a lo largo de los últimos años.</p> <p>Existe una normativa, una Comisión de Evaluación de postulantes, instrumentos de evaluación para los estudiantes propios y estudiantes de acogida. También se han desarrollado mecanismos de satisfacción con el programa de intercambio, aunque se debe incrementar la participación de los estudiantes en dichas encuestas.</p> <p>El objetivo marcado por la FO es incrementar el número de alumnos de intercambio hasta cubrir la totalidad de plazas establecidas en cada uno de los convenios firmados.</p>
--	---	--	--	---

El procedimiento de movilidad elaborado por el centro debe abordar todas aquellas actividades que aseguren el correcto desarrollo de los programas de intercambio, incluyendo no sólo la planificación de las acciones de movilidad sino también la documentación relativa al reconocimiento de los estudios y actividades realizadas por los estudiantes en las distintas universidades.

En la actualidad este procedimiento se realiza a través de un comunicado entre universidades, una vez que el alumno regresa de su intercambio. Deben elaborarse acuerdos académicos entre las instituciones, en los que se incluya el reconocimiento de materias y calificaciones. Este documento previo permitirá al alumnado, antes de iniciar su estancia en

<p>otra universidad, estar informado sobre aquello que se le va a reconocer a la vuelta a su Facultad. Se recomienda crear la figura del Responsable Académico de Movilidad.</p> <p>A pesar de que el centro ya ha realizado análisis de la participación y satisfacción del estudiantado en programas de movilidad, a continuación se relacionan aquellos indicadores mínimos que deben formar parte del procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de estudiantes que participan en los programas de movilidad internacional. • Número de estudiantes que participan en los programas de movilidad nacional. • Origen de la movilidad internacional. • Origen de la movilidad nacional. • Destino de la movilidad internacional. • Destino de la movilidad nacional. • Número de quejas, reclamaciones y sugerencias recibidas por los tutores académicos relacionados con la movilidad (este indicador debe estar vinculado además al procedimiento de sugerencias, quejas y reclamaciones). • Grado de satisfacción de estudiantes propios con los programas de movilidad. • Grado de satisfacción de estudiantes visitantes con los programas de movilidad. • Grado de satisfacción de las tutoras académicas y tutores académicos. 				
<p>1.2.8. Se realizan diversos procedimientos de evaluación de las carreras y programas los cuales no se encuentran sistematizados.</p> <p>Se establecerán de forma continua y sistemática los procesos de evaluación de las carreras y programas.</p>	<p>No aportan evidencia del análisis que motivó la falta de programas sistematizados.</p>	<p>1.2.8. Diseñar un proceso continuo y sistemático de evaluación de las carreras y programas.</p> <p>Revisar los procesos de evaluación de las carreras y programas existentes.</p> <p>Diseñar un proceso de evaluación de las carreras y programas en base a los procedimientos que se realizan actualmente.</p> <p>Aprobación del proceso.</p>	<p>Abierta</p> <p>Cumplimiento parcial</p>	<p>1.2.8.a) Se han encontrado evidencias de la realización de un análisis completo de la evaluación de las carreras, teniendo en cuenta los resultados de rendimiento académico (tasas de eficiencia, abandono, y graduación), los resultados de los exámenes finales de la carrera, de los informes de sistema de seguimiento de egresados, de los resultados de encuestas de satisfacción, del análisis de las quejas y sugerencias.</p>
<p>Se deben integrar, dentro del procedimiento de revisión y mejora de los planes curriculares que se está desarrollando en el centro (procedimiento en revisión), todas las actuaciones realizadas en esta línea. Este procedimiento debe establecer el modo en cómo la FO revisa y mejora, de forma sistemática, la programación y desarrollo de sus planes curriculares para garantizar no sólo el cumplimiento de dichos planes sino la actualización y mejora de los mismos.</p>				
<p>1.2.10. Aun cuando la participación de los profesores y estudiantes es considerada suficiente esta no está claramente definida.</p> <p>Se definirá y estructurará un programa preciso de participación de profesorado y alumnado en los procesos de mejora.</p>	<p>No aportan.</p>	<p>1.2.10. Se definirá y estructurará un programa preciso de participación de profesorado y alumnado en los procesos de mejora.</p> <p>Elaborar el programa de participación de los de profesores y estudiantes en los procesos de mejora.</p> <p>Aprobación de la propuesta por el Consejo de facultad.</p>	<p>Cerrada</p>	<p>1.2.10. Se aporta evidencia del programa de participación de profesores y estudiantes en los procesos de mejora aprobado con resolución decanal.</p>

<p>1.2.12. La USMP brinda otras opciones de estudios y orientaría a los alumnos que optasen por continuar en otros títulos, no se brindan oportunidades al alumnado, si así lo desea, cursar la totalidad del plan de estudios en las mismas condiciones.</p> <p>Se deben garantizar los derechos de los estudiantes ante el supuesto de suspensión de una carrera; La CEE recomienda extinguir la carrera año a año, permitiendo al alumnado, si así lo desea, cursar la totalidad del plan de estudios en las mismas condiciones.</p>	<p>No se aporta análisis de la causa de la debilidad detectada.</p>	<p>1.2.12. Elaborar un procedimiento para la supresión de carreras y programas.</p> <p>Elaborar un procedimiento para la supresión de programas y carreras.</p> <p>Aprobación del procedimiento.</p>	<p>Cerrada</p>	<p>1.2.12. Se aporta evidencia de la existencia de un procedimiento para la supresión de carreras y programas aprobado por la Comisión institucional de acreditación de la USMP.</p>
<p>1.2.14. Los procesos y procedimientos no están sistematizados.</p> <p>Se diseñará un sistema de gestión de la calidad que el desarrollo continuo y sistemático de todos los procesos y/o procedimientos mencionados a lo largo de todos los elementos, identificando las diferentes etapas y responsabilidades e integrando los diferentes documentos/ formatos que se generen y de los cuales ya existen evidencias.</p>	<p>No se aportan.</p>	<p>1.2.14. Diseñar el SGIC para la Facultad de Odontología de acuerdo al programa FIDES-AUDIT.</p> <p>Integrar los procedimientos e instrumentos que realiza la Facultad para garantizar la calidad de la enseñanza.</p> <p>Control de los procesos que afectan a la calidad de los servicios educativos que se brindan.</p>	<p>Abierta</p> <p>Cumplimiento parcial</p>	<p>1.2.14. No se presenta evidencia de la existencia de un SGC de la USMP (se evidencia la existencia de un manual de calidad, pero no de la restante documentación del SGC).</p> <p>Se evidencia la existencia de una matriz de diagnóstico previo.</p>
<p>Todos los procedimientos asociados a cada uno de los elementos de las directrices deben integrarse en el SGC del centro.</p>				

DIRECTRIZ 2: RECURSOS HUMANOS				
DEBILIDAD	ANALISIS DE LA CAUSA DE LA DEBILIDAD	PROPUESTA DE MEJORA¹	SEGUIMIENTO²	EVIDENCIA DOCUMENTAL DE LA IMPLANTACIÓN
2.1.3/7.7. Porcentaje reducido de profesores con el grado de doctor.	No se aporta un análisis de la causa por la que el porcentaje de doctores es baja.	2.1.3/7.7. Se propone incrementar el porcentaje de profesores doctores de la FO. Proveer de mecanismos que posibiliten a la plana docente obtener el grado académico de doctor ejecutando el proyecto para incrementar el número de profesores con grado de doctor aprobado por el Consejo de Facultad. Realizar actividades de promoción y difusión para fomentar que los profesores obtengan sus grados académicos	Cerrada	2.1.3/7.7. Se presenta evidencia de la aprobación del proyecto para brindar apoyo financiero a docentes para la obtención de grados (2 becas/préstamos).
Se comprobará en sucesivos seguimientos el impacto de las medidas adoptadas para lograr un incremento en el número de profesores con el grado de doctor.				
2.1.9/2.2.7. No existe evidencia de que el plan de capacitación de la FO responda a una evaluación de necesidades reales ni que se ajuste a cada puesto de trabajo. Necesidad de contar con un proceso sistemático y continuo de formación del profesorado y del personal administrativo.	No se aporta un análisis de la causa por la que no existe un procedimiento de formación interna.	2.1.9./2.7.7 Definir los criterios, responsabilidades y procedimientos del proceso de formación del personal. Se plantea revisar la base normativa y los marcos de referencia sobre el proceso. Se propone elaborar y aprobar el procedimiento de formación del personal.	Cerrada	2.1.9./2.7.7. Se presenta el procedimiento de formación desarrollado describiendo el proceso de formación (personal docente, y administrativo). Se presenta evidencia del programa de capacitación docente.
Se comprobará en sucesivos seguimientos la adecuada implantación de la propuesta de mejora (adecuada definición de funciones, planes de incorporación de nuevo personal, criterios de selección, adecuada implantación de los planes de formación, etc.), así como la integración del procedimiento en el SGC del centro.				

¹ Acción para eliminar o reparar la debilidad detectada en el Informe de Evaluación.

² Estado de implantación en el que se encuentra la propuesta de mejora.

<p>2.1.10/2.2.8. No se cuenta con un procedimiento que regule los planes de formación para el personal docente y administrativo que muestre bajo rendimiento</p>	<p>No se aporta un análisis de la causa por la que no existe un procedimiento de formación para el personal que muestre bajo rendimiento.</p>	<p>2.1.10/2.2.8. Definir los criterios, responsabilidades y procedimientos del proceso de formación del personal que muestre bajo rendimiento.</p> <p>Se plantea revisar la base normativa y los marcos de referencia sobre el proceso.</p> <p>Se propone elaborar y aprobar el procedimiento de formación del personal.</p>	<p>Cerrada</p>	<p>2.1.10/2.2.8. Se presentan evidencias de la existencia de sendos procedimientos de formación del PA y el PD con bajo rendimiento.</p>
<p>2.2.6. El proceso requiere un procedimiento que lo regule y que permita su medición, revisión y mejora de manera sistemática y continua.</p>	<p>No se aporta un análisis de la causa por la que no existe el citado procedimiento</p>	<p>2.2.6. Se propone integrar el mecanismo de evaluación del desempeño del personal administrativo en un procedimiento que permita su medición, revisión y mejora de manera sistemática y continua.</p> <p>Se plantea la elaboración y aprobación del citado procedimiento.</p>	<p>Cerrada</p>	<p>2.2.6. Se aportan evidencias del procedimiento en el que se describe el proceso de evaluación del personal administrativo.</p>
<p>2.2.9. Las actividades de evaluación, promoción y reconocimiento del personal docente y administrativo requieren ser sistematizadas identificando las diferentes etapas y responsabilidades e integrando los diferentes documentos /formatos que se generen y de los cuales ya existen evidencias.</p>	<p>No se aporta un análisis de la causa por la que no se ha sistematizado.</p>	<p>Proponen desarrollar y aprobar un procedimiento de evaluación, promoción y reconocimiento del personal docente y administrativo, identificando las diferentes etapas y responsabilidades e integrando los diferentes documentos /formatos que se generen y de los cuales ya existen evidencias.</p>	<p>Cerrada</p>	<p>2.2.9. Se presentan evidencias de la revisión del Reglamento del personal docente de la USMP aprobado por la Comisión.</p>
<p>Se comprobará en sucesivos seguimientos la adecuada implantación de la propuesta de mejora (proceso de selección de candidatos, adecuada definición de los planes de incorporación del nuevo personal, etc.)</p>				

DIRECTRIZ 3: RECURSOS PARA EL APRENDIZAJE				
DEBILIDAD	ANÁLISIS DE LA CAUSA DE LA DEBILIDAD	PROPUESTA DE MEJORA	SEGUIMIENTO	EVIDENCIA DOCUMENTAL DE LA IMPLANTACIÓN
<p>3.1./3.4./3.9./6.11 Los espacios físicos para el trabajo en equipo de los estudiantes son escasos en número y superficie.</p> <p>Los espacios físicos para reuniones de coordinación son insuficientes.</p> <p>El número de puestos de lectura de la biblioteca es insuficiente para los usuarios potenciales del servicio.</p> <p>No existen sistemas para garantizar la accesibilidad universal a todos los usuarios de la USMP.</p>	No se aporta un análisis de la causa.	<p>3.1./3.4./3.9./6.11 Se propone desde la USMP la construcción de un nuevo local para la Facultad de Odontología para disponer de espacios que permitan cubrir las necesidades del alumnado, profesorado y otros GI.</p> <p>Proporcionar espacios e instalaciones adecuadas para el desarrollo de las actividades académicas, investigación, extensión y proyección social, cultural y otras que realice la USMP.</p> <p>Garantizar el acceso de las personas con discapacidad a las instalaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Realización y revisión del anteproyecto para la construcción del nuevo local. o Elaboración y revisión del proyecto. o Ejecución. 	<p>Abierta</p> <p>Cumplimiento parcial</p>	<p>3.1./3.4./3.9./6.11 Pendiente de finalizar el proyecto de construcción del nuevo aula.</p> <p>Se recomienda mejorar la organización del sistema de préstamos de libros al alumnado mientras el servicio esté dividido en los centros.</p>
<p>3.4. Optimizar el sistema de esterilización (del material que el alumnado emplea en las prácticas clínicas).</p>	No se aporta un análisis de la causa.	<p>3.4. Se propone optimizar el sistema de esterilización.</p> <p>Actualizar los documentos normativos sobre los procedimientos de esterilización que se emplean.</p> <p>Migrar el sistema de esterilización de calor seco a calor húmedo.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Convocar a la comisión de control de infecciones y seguridad. o Adquirir autoclaves de esterilización. o Elaborar el procedimiento de esterilización con calor húmedo. o Actualizar y aprobar el manual de Bioseguridad. 	Cerrada	<p>3.4. Durante la visita se evidencia la compra y uso del autoclave de esterilización.</p>
<p>- Se debe revisar y cumplir la normativa internacional relacionada con el mantenimiento del bioterio (instalaciones e infraestructuras), la formación del personal en el manejo y cuidado de animales de experimentación, y el uso de animales vivos para la docencia. (Se debe evitar el uso de animales vivos para la docencia).</p>				

DIRECTRIZ 4: EVALUACIÓN PARA EL APRENDIZAJE				
DEBILIDAD	ANÁLISIS DE LA CAUSA DE LA DEBILIDAD	PROPUESTA DE MEJORA¹	SEGUIMIENTO²	EVIDENCIA DOCUMENTAL DE LA IMPLANTACIÓN
4.1. Las asignaturas de posgrado no desarrollan el sistema de medición de logros académicos que ha creado la Facultad.	No se realiza análisis de la causa de la falta de implementación.	4.1. Se propone actualizar el sistema de medición de logros académicos de las la Facultad y lograr disponer de información sobre los resultados académicos de las asignaturas de la sección de posgrado. <ul style="list-style-type: none"> o Ampliar el alcance del sistema de medición de logros académicos a las asignaturas de posgrado, aprobarlo e implantarlo. o Elaborar informes de resultados. 	Cerrada	Se presentan ANR de las distintas maestrías (odontología, periodoncia, cirugía bucal, etc.). En cada uno de ellos se presenta el proceso seguido para la “medición de logros en las asignaturas”. Se está implementando el proyecto de medición de logros en el aprendizaje de todas las asignaturas que se imparten en el centro.
Observaciones: Se comprobará en sucesivos seguimientos el impacto de la implantación del proyecto de medición de logros en todas las asignaturas y la toma de decisiones tras el análisis de los resultados.				

¹ Acción para eliminar o reparar la debilidad detectada en el Informe de Evaluación.

² Estado de implantación en el que se encuentra la propuesta de mejora

DIRECTRIZ 5: INFORMACIÓN				
DEBILIDAD	ANÁLISIS DE LA CAUSA DE LA DEBILIDAD	PROPUESTA DE MEJORA	SEGUIMIENTO	EVIDENCIA DOCUMENTAL DE LA IMPLANTACIÓN
5.1. Se carece de tipificación general en base a criterios estandarizados.	No se realiza análisis de la causa por la que no existe procedimiento de recogida de los resultados académicos	5.1. Se propone elaborar un procedimiento de recogida de los resultados académicos a través de la definición de tasas de rendimiento <ul style="list-style-type: none"> o Obtener información sobre el impacto del proceso de enseñanza aprendizaje. o Definición de las tasas de rendimiento o Elaboración del procedimiento 	Cerrada	5.1 Se presenta el procedimiento en el que se detalla el proceso de "resultados académicos".
Se comprobará en sucesivos seguimientos la adecuada implantación del procedimiento (existencia y análisis de resultados para la toma de decisiones y mejora continua, información sobre el impacto del proceso de enseñanza aprendizaje...).				
5.4/5.5./5.6. No se ha establecido un procedimiento en el que se definan los mecanismos de recogida y análisis de información para conocer el grado de satisfacción del personal docente, del alumnado y del personal administrativo.	No se realiza análisis de la causa por la que no se había incentivado la movilidad.	5.6. Se propone establecer un procedimiento en el que se definan los mecanismos de recogida y análisis de información para conocer el grado de satisfacción del personal docente, del alumnado y del personal administrativo. <ul style="list-style-type: none"> o Elaborar y aprobar el procedimiento de recogida y análisis de información para la obtención del grado de satisfacción. o Adecuar los instrumentos a utilizar, en concordancia con lo determinado por las nuevas políticas de la USMP. 	Abierta Cumplimiento parcial	5.4./5.5./5.6. Se presentan los resultados numéricos de las encuestas contestadas por los distintos grupos de interés.
<p>Se recomienda integrar todas las encuestas de las que dispone el centro en un único procedimiento para la evaluación de la satisfacción global. Para ello podrán adaptarse las encuestas de manera que recojan información sobre por ejemplo: satisfacción con los sistemas de orientación y acogida a los estudiantes para facilitar su incorporación al Título; Satisfacción general con la planificación y el desarrollo de las enseñanzas en el título (distribución temporal y coordinación de módulos o materias, adecuación de los horarios, turnos, distribución teoría-práctica, tamaño de los grupos, satisfacción con la metodología utilizada); satisfacción con los programas de movilidad; Satisfacción con las prácticas profesionales, disponibilidad, accesibilidad y utilidad de la información sobre el título (nivel de satisfacción con la página Web del título y otros medios de difusión del título); Satisfacción con los recursos humanos (profesorado del título, personal de administración, equipo directivo o persona o personas que gestionan el título; Satisfacción con los medios materiales y las infraestructuras del título; Grado de satisfacción con los resultados: Satisfacción con los sistemas de evaluación de competencias, satisfacción con la atención a las sugerencias y reclamaciones; Satisfacción con la formación recibida (valoración global), cumplimiento de expectativas sobre el título.</p> <p>Este procedimiento recogerá además información sobre quién impulsará la recogida de la información, cómo se realizará, cómo se recogerán los datos, quién los analizará, cómo se utilizarán y quién serán los responsables de los mismos para el establecimiento de mejoras.</p>				

<p>5.8/5.10 No se cuenta con un procedimiento cuyo objeto sea establecer la sistemática para hacer pública la información relevante de las carreras, oferta formativa, resultados académicos obtenidos, retroalimentación de los grupos de interés, etc. así como el modo en que se realizará la revisión periódica y actualización de esta información.</p>	<p>No se realiza análisis de la causa por la que no se habían difundido hasta el momento estos resultados.</p>	<p>5.8/5.10 Se propone la elaboración y aprobación de un procedimiento cuyo objeto sea establecer la sistemática para hacer pública la información relevante de las carreras, oferta formativa, resultados académicos obtenidos, retroalimentación de los grupos de interés, etc. así como el modo en que se realizará la revisión periódica y actualización de esta información.</p>	<p>Abierta Cumplimiento parcial</p>	<p>5.8/5.10 Se evidencia la existencia de un procedimiento de difusión de resultados.</p>
<p>Se recomienda hacer públicos a todos los grupos de interés los resultados académicos del centro.</p>				
<p>5.9. No se cuenta con un procedimiento para registrar, gestionar y analizar las incidencias, quejas y reclamaciones.</p>	<p>No se analiza la causa de la debilidad detectada.</p>	<p>5.9 Se propone la elaboración de un procedimiento para registrar, gestionar y analizar las incidencias, quejas y reclamaciones.</p>	<p>Cerrada</p>	<p>5.9. Se evidencia la existencia de un procedimiento de administración de quejas y sugerencias.</p>
<p>Se comprobará en sucesivos seguimientos la adecuada implantación del procedimiento (análisis de incidencias, quejas y reclamaciones y toma de decisiones para la mejora continua.</p>				

DIRECTRIZ 6: RELACIONES DE LA INSTITUCIÓN CON EL ENTORNO Y CON LA SOCIEDAD EN GENERAL				
DEBILIDAD	ANÁLISIS DE LA CAUSA DE LA DEBILIDAD	PROPUESTA DE MEJORA	SEGUIMIENTO	EVIDENCIA DOCUMENTAL DE LA IMPLANTACIÓN
6.5. El Sistema de Seguimiento de Egresados (SSE) no se ha implementado. Desarrollar de manera sistemática y continua el SSE.	No se realiza análisis de la causa de la citada debilidad.	6.5. Se propone desarrollar de manera sistemática y continua el Sistema de Seguimiento del Egresado(SSE) o Aprobación de SSE o Realización de un estudio piloto para la validación de los instrumentos o Despliegue del programa o Elaboración de informe de resultados	Cerrada	6.5. No presenta evidencia de la resolución decanal de aprobación del SSE. Se presenta evidencia de los resultados obtenidos en el estudio piloto. Se presenta evidencia del informe de resultados.
6.8./6.9./6.10.No se cuenta con un programa para garantizar la equidad de todas las culturas, etnias confluentes, la equidad de género y el respeto por la diversidad cultural.	No se realiza análisis de la causa de la citada debilidad.	6.8./6.9./6.10. Elaborar un programa para garantizar la equidad de todas las culturas, etnias confluentes, la equidad de género y el respeto por la diversidad cultural.	Cerrada	6.8./6.9./6.10. Se presenta evidencia del programa aprobado con Resolución decanal.
6.11. Las medidas de bioseguridad no responden a un procedimiento específico. No se dispone de un programa activo de preservación del medio ambiente y un plan de actuación preventiva y de evaluación de los factores de riesgo que puedan afectar la seguridad y salud del personal.	No se realiza análisis de la causa de la citada debilidad.	6.11. Se propone elaborar un programa activo de preservación del medio ambiente y un plan de actuación preventiva y de evaluación de los factores de riesgo que puedan afectar la seguridad y salud del personal. o Elaborar y aprobar un programa de preservación del medio ambiente. o Elaborar y aprobar un plan de acción preventiva y de evaluación de factores de riesgo.	Abierta Cumplimiento parcial	6.11. Presentan evidencias de la existencia de un programa de preservación del medio ambiente aprobado con Resolución decanal.
<p>- Se recomienda nombrar un responsable de prevención de riesgos laborales encargado de supervisar el plan de prevención de riesgos. La persona encargada de llevar a cabo esta tarea debe tener una cualificación adecuada.</p> <p>- Se recomienda capacitar al personal del centro en temas de prevención de riesgos laborales.</p>				

DIRECTRIZ 7: INVESTIGACION				
DEBILIDAD	ANALISIS DE LA CAUSA DE LA DEBILIDAD	PROPUESTA DE MEJORA	SEGUIMIENTO	EVIDENCIA DOCUMENTAL DE LA IMPLANTACIÓN
7.2. Limitada visibilidad de la revista de investigación científica KIRU. Establecer las modificaciones necesarias para adaptar la revista KIRU a las normas internacionales que posibiliten su ingreso en el Journal Citation Reports (JCR).	No se realiza análisis de la causa de la citada debilidad.	7.2. Se propone establecer las modificaciones necesarias para adaptar la revista KIRU a las normas internacionales que posibiliten su ingreso en el Journal Citation Reports (JCR). Establecer contacto con los representantes del JCR para obtener información y asesoría para ingresar a la revista KIRU en el JCR. Adecuar la revista a las normas del JCR y solicitar su incorporación. <ul style="list-style-type: none"> o Alcanzar niveles de impacto internacional con la revista KIRU o Aumentar la producción de investigaciones de calidad internacional. 	Abierta Cumplimiento parcial	7.2. Se presentan evidencias del contacto realizado con el JCR. Se han puesto en marcha acciones encaminadas a corregir la debilidad detectada pero que no permiten, al menos por el momento, corregirla. (Alcanzar niveles de impacto internacional con la revista KIRU, aumentar la producción de investigaciones). Existe un Pan Anual de Funcionamiento y Desarrollo que recoge como objetivos la publicación en entidades científicas internacionales y promover el acceso a una infraestructura y equipamiento de investigación de alto nivel.
Se debe aumentar la producción investigadora del profesorado del centro.				
7.3. No existe un procedimiento de reconocimiento institucional de la investigación para los docentes.	No se realiza análisis de la causa de la citada debilidad.	Establecer un procedimiento de reconocimiento institucional de la investigación para los docentes Elaboración y aprobación del procedimiento.	Cerrada	7.3. Se presentan evidencias de la existencia del citado procedimiento y de su aprobación.
En sucesivos seguimientos se comprobará el impacto de la implantación del procedimiento en el incremento del número de publicaciones incentivo por la adecuada implantación de la propuesta de mejora.				
7.4. Escasas actividades de investigación realizadas con otras instituciones. Líneas de investigación no definidas. Elaborar convenios específicos de investigación o colaboración con otras instituciones, así como abrir nuevas líneas de investigación.	No se realiza análisis de la causa de la citada debilidad.	Proponen elaborar convenios específicos de investigación o colaboración con otras instituciones, así como abrir nuevas líneas de investigación, que deben difundir. Suscribir convenios de colaboración e investigación con otras instituciones. Difundir los convenios con los que cuenta la Facultad.	Cerrada	7.4. Se presentan evidencias (propuestas de convenios, difusión de las líneas de investigación, RD Líneas de investigación) de las propuestas realizadas para eliminar la debilidad detectada.

<p>Se han creado las bases para una colaboración activa en actividades de investigación con otras instituciones. En sucesivos seguimientos se analizará el impacto de la firma de los convenios específicos de investigación, así como de la difusión de las líneas de investigación de la Facultad de Odontología.</p>				
<p>7.5. Las publicaciones en revistas científicas de referencia internacional han sido promovidas por la motivación personal de grupos concretos de docentes con el objetivo de mejorar su carrera profesional. Fomentar la publicación de artículos en revistas científicas de referencia nacional e internacional.</p>	<p>No se realiza análisis de la causa de la citada debilidad.</p>	<p>Proponen fomentar la publicación de artículos en revistas científicas de referencia nacional e internacional</p> <ul style="list-style-type: none"> o Generar políticas y mecanismos que promuevan la publicación de artículos en revistas científicas de referencia nacional e internacional. o Difundir la política. o Establecer vínculos con revistas científicas de interés. o Desarrollar actividades de capacitación para mejorar la preparación de los docentes para la investigación. 	<p>Abierta</p> <p>Cumplimiento parcial</p>	<p>Se presentan evidencias parciales (acciones para fomentar la publicación, capacitación docente para la investigación, etc.)</p> <p>Han elaborado un Proyecto para Fomentar la Publicación de Artículos en Revistas Científicas. En la actualidad se encuentra pendiente de aprobación.</p>
<p>7.6. La FO no oferta estudios de doctorado. Implementar estudios de doctorado en la Facultad de Odontología.</p>	<p>No se realiza análisis de la causa de la citada debilidad.</p>	<p>Proponen implementar estudios de doctorado en la Facultad de Odontología.</p> <p>Actualizar, aprobar e implementar el proyecto de doctorado.</p>	<p>Abierta</p> <p>Cumplimiento parcial</p>	<p>Se presentan evidencias de la creación y aprobación de un programa de doctorado de odontología.</p>
<p>- Se recomienda potenciar las actuaciones del Instituto de Investigación como elemento dinamizador y de coordinación de la investigación de la FO.</p> <p>- Se debe prestar especial atención al profesorado que va a participar en el programa de doctorado que se está diseñando desde la FO. Se recomienda valorar la participación en el mismo de profesorado de otras universidades.</p>				

5.- INDICADORES

Se debe seguir aportando información, como mínimo, sobre los indicadores descritos en el apartado 3.3 (y Anexo I) de la "Guía de seguimiento de los centros universitarios externos al Sistema Universitario Español" de ACSUG.

Se recomienda establecer para cada uno de ellos los siguientes parámetros de desarrollo.

- Descripción
- Justificación
- Forma de cálculo
- Características: periodicidad, fuente de información, histórico y forma de representación
- Nivel de agregación/desagregación
- Especificaciones
- Interpretación

El conjunto de estos indicadores formará un sistema que será la base de la planificación estratégica del centro y el sistema de medición de su Sistema de Garantía de Calidad. ***Estos indicadores deben aparecer en la acción de mejora propuesta y cada uno con su ficha completa.***

Por otro lado, el hecho de poner en marcha nuevos procedimientos de acuerdo a las recomendaciones realizadas por esta comisión, obligará a la identificación de nuevos indicadores que permitan la medida para la revisión continua de éstos.

Medir implica comparar un logro alcanzado con respecto a un logro esperado; esto aporta información de lo que se ha conseguido con respecto a lo que se ha plantado. En caso de variaciones permite determinar las causas y establecer acciones pertinentes para corregirlas y evitar que vuelvan a ocurrir.

Para la renovación del certificado de acreditación será necesario que el centro tenga calculados dichos indicadores, además de realizar un análisis y valoración de los resultados de los mismos teniendo en cuenta la tendencia que presentan en un período mínimo de 4 años, comparación con indicadores externos y su adecuada segmentación.

En la reunión de la "Comisión Gallega de Informes, Evaluación, Certificación y Acreditación (CGIACA)" celebrada el 18 de diciembre de 2014, se acuerda:

Ratificar el Informe de Seguimiento con visita de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Martín de Porres.

Santiago de Compostela, 18 de diciembre de 2014

Secretario CGIACA

Director ACSUG



Dr. D. José Eduardo López Pereira