

INFORME DE LA VISITA DE LA RENOVACIÓN DE LA ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL

UNIVERSIDAD	Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea	
DENOMINACIÓN DEL CENTRO	Facultad de Farmacia	
CÓDIGO RUCT DE CENTRO	01002511	
DIRECCIÓN WEB INSTITUCIONAL DEL CENTRO	http://www.farmazia.ehu.es/p244-home/es	
FECHA DE INFORME	23 de septiembre de 2024	
TÍTULOS QUE SE IMPARTEN EN EL CENTRO:		
Código RUCT título	Denominación titulación	Centro/s (si se imparte en otro centro/s)
2501466	Graduado o Graduada en Ciencia y Tecnología de los Alimentos por la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea	
2501467	Graduado o Graduada en Ciencias Ambientales por la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea	
2501468	Graduado o Graduada en Farmacia por la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea	
2502504	Graduado o Graduada en Nutrición Humana y Dietética por la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea	
4311618	Máster Universitario en Análisis Forense por la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea	Facultad de Ciencia y Tecnología, Facultad de Derecho y Facultad de Medicina y Enfermería. Sección de Gipuzkoa (UPV/EHU)
4311623	Máster Universitario en Calidad y Seguridad Alimentaria por la	



	Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea	
4317186	Máster Universitario en Enología Innovadora por la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea y la Universidad Pública de Navarra	Escuela Técnica Superior de Ingenieros Agrónomos de la Universidad Pública de Navarra (UPNA)
4311662	Máster Universitario en Nutrición y Salud por la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea	

La Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea (en adelante UPV/EHU), de acuerdo con lo establecido en el artículo 14 del Real Decreto 420/2015, de 29 de mayo, de creación, reconocimiento, autorización y acreditación de universidades y centros universitarios (actualmente derogado por el Real Decreto 640/2021, de 27 de julio, de creación, reconocimiento y autorización de universidades y centros universitarios, y acreditación institucional de centros universitarios), presentó en el año 2018 la solicitud de Acreditación Institucional para la Facultad de Farmacia.

Unibasq, conforme con lo establecido en el "Protocolo para la acreditación institucional de centros de universidades públicas y privadas" aprobado el 11 de abril de 2018 por la Comisión Asesora de la Agencia, llevó a cabo una verificación de los datos presentados por la Universidad en la solicitud de Acreditación Institucional, cotejándolos con los registros en el RUCT. En consecuencia, Unibasq otorgó Informe Favorable a la Acreditación Institucional. La Facultad de Farmacia tiene certificada la implantación del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) siguiendo las directrices del programa AUDIT desde el 15 de junio del 2017.

El 30 de octubre de 2018, de conformidad con las normas vigentes, el Consejo de Universidades emitió una resolución estimando la solicitud en relación con la Acreditación Institucional del mencionado Centro. Asimismo, resolvió en dicha resolución que la Acreditación Institucional tendría, para el Centro acreditado, los efectos previstos en el artículo 27 ter, del Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales (actualmente derogado por el Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad).

El actual Real Decreto 640/2021 de 27 de julio, de creación, reconocimiento y autorización de universidades y centros universitarios, y acreditación institucional de centros universitarios, en su artículo 14. "Procedimiento para la acreditación institucional de los centros de las universidades públicas y privadas", establece que deberá renovarse la Acreditación Institucional de los Centros Universitarios antes del transcurso de seis años contados a partir de la fecha de obtención de la última resolución de acreditación. Asimismo, indica que en el procedimiento de evaluación de la renovación de la Acreditación Institucional

deberá contar con un informe emitido por un panel de personas expertas externas e independientes de la institución solicitante, nombrados por la Agencia de Calidad correspondiente.

En mayo de 2024, la UPV/EHU presentó la documentación para la renovación de la Acreditación Institucional incluyendo un Autoinforme de evaluación del Centro, conforme a las dimensiones y criterios de evaluación establecidos en la “Guía de estándares y criterios para la renovación de la Acreditación Institucional de Centros Universitarios” de Unibasq, abarcando el periodo comprendido entre la fecha de obtención de la última resolución de Acreditación Institucional del Consejo de Universidades y la fecha de solicitud.

El informe que se presenta a continuación se ha elaborado de forma colegiada por el panel de vista, aprobado por Resolución de 31 de mayo de 2024 del Director de Unibasq, y cuya composición es la siguiente:

- Presidente: Sebastián Chávez de Diego
- Vocal académica: M^a Pilar Gómez-Serranillos Cuadrado
- Vocal estudiante: Carme Pacin Salvador
- Vocal experto en aseguramiento de la calidad: José Luis Casillas Sánchez
- Vocal profesional: Elisa Soto Soto
- Secretaria técnica: Eva Fernández de Labastida

De forma previa a la visita al Centro y al análisis del panel del dossier de renovación de la Acreditación Institucional, se llevó a cabo un análisis contextualizado previo. Durante este análisis, se examinaron los aspectos más relevantes que se recogen en los informes de otros programas de evaluación de Unibasq relacionados (evaluación de titulaciones, de calidad docente, entre otros). Además de la información y documentación facilitada por la UPV/EHU, se analizó la información que se incluía en el sitio web del Centro y en relación con las titulaciones que oferta el Centro. La información obtenida en este análisis previo se puso a disposición del panel de visita, así como toda la documentación presentada por la Universidad.

Los miembros del panel analizaron toda la documentación y determinaron los aspectos en los que se debería incidir en la visita. Asimismo, precisaron los aspectos objeto de evaluación, identificando las principales cuestiones que deberían ser aclaradas durante la visita y los colectivos a entrevistar. Además, se consensuaron las evidencias adicionales que se solicitarían.

La Universidad proporcionó al panel todas las evidencias adicionales que habían sido solicitadas antes de la visita al Centro.

La visita se realizó durante dos días, el 10 y 11 de julio de 2024. Las entrevistas planificadas con los distintos grupos se llevaron a cabo conforme a la agenda acordada previamente en colaboración con la Universidad:

DÍA 1: 10 de julio de 2024	
Horario	Sesión
8:30 9:30	Recepción al panel y reunión previa del panel
9:30 10:45	Entrevista inicial con el Equipo Decanal de la Facultad
10:45 11:45	Entrevista con la Comisión de Calidad
11:45 12:15	Puesta en común del panel- pausa café
12:15 13:15	Entrevista con Representantes y estudiantes de Grado
13:30 14:30	Entrevista con Representantes y estudiantes de Másteres
14:30 15:15	Pausa almuerzo
15:15 16:30	Visita a las instalaciones (aulas de diversos tipos, laboratorios docentes y de investigación utilizados en las diferentes titulaciones, planta piloto de procesado de alimentos, aula de empresa que simula una oficina de farmacia, espacios IKD)
16:30 17:30	Entrevista con egresados/as de Grado y Máster
17:30 18:30	Entrevista con el colectivo empleador, asociaciones profesionales, instituciones del entorno
Día 2: 11 de julio de 2024	
Horario	Sesión
9:00 10:00	Entrevista con el profesorado de Grado y Máster (algunos/as de los asistentes directores/as de departamento)
10:15 11:15	Entrevista con coordinadores/as de todas las titulaciones
11:15 11:45	Puesta en común del panel- pausa café
11:45 12:45	Entrevista con el PTGAS
12:45 13:15	Audiencia pública general
13:15 13:30	Entrevista de cierre con el Equipo Decanal de la Facultad

En general, todas las entrevistas se llevaron a cabo según lo planeado, con la asistencia de las personas programadas.

Las entrevistas se realizaron en un clima muy agradable, con una actitud muy positiva por parte de todos los colectivos convocados, y a la audiencia pública, que había sido programada y anunciada por la Facultad, asistió gran parte del PDI y PTGAS pensando que se realizaría una explicación del resultado de la visita por parte del panel.

El panel de visita y Unibasq agradecen la colaboración del Centro durante la visita, un agradecimiento que se hace extensivo a todas las personas que participaron activamente, cuyas apreciaciones son muy estimables para incrementar el conocimiento de la institución y del Centro visitado.

CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS Y DIRECTRICES:

DIMENSION 1.- ESTRATEGIA Y POLÍTICA DE CALIDAD

CRITERIO 1. DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA Y POLÍTICA DE CALIDAD

Estándar: *El Centro establece unos objetivos estratégicos claros, que revisa periódicamente, y planifica una serie de actuaciones alineadas con dichos objetivos, todo ello orientado al desarrollo de una cultura de la calidad que implica a los diferentes grupos de interés. Dichas actuaciones estarán también alineadas con los objetivos estratégicos y la política de la calidad de la universidad.*

Directriz 1.1. El Centro gestiona la información necesaria para definir la estrategia y la política de la calidad

i Aspectos a valorar para el cumplimiento de esta directriz:

- El Centro identifica los grupos de interés más relevantes de la propia organización, conociendo sus necesidades y expectativas.
- El Centro identifica la información necesaria sobre la situación actual y futura teniendo en cuenta el entorno local, internacional, la legislación aplicable, etc.
- El Centro identifica sus posibles riesgos y oportunidades.

VALORACIÓN DESCRIPTIVA:

El centro tiene definidos los grupos de interés internos y externos en el manual del Sistema de Garantía Interno Calidad (SGIC). También se establecen vías de comunicación para conocer sus necesidades y expectativas (plan de comunicación, encuestas y reuniones). El centro informa y recaba información sobre su funcionamiento, sus necesidades, y la opinión y grado de satisfacción de los grupos de interés internos (página web, encuestas, reclamaciones y quejas), si bien su participación en la elaboración del último plan estratégico ha sido limitada. El propio centro reconoce que la participación de los grupos de interés internos es un área de mejora.

Existe asimismo margen de mejora en lo que respecta a los grupos de interés externos, ya que entre estos solo se contemplan empleadores y empleadoras y personas egresadas. No se consideran en el manual de calidad las asociaciones profesionales, las instituciones educativas preuniversitarias u otras instituciones y entidades ciudadanas relacionadas con los ámbitos temáticos de la facultad. El centro tiene contactos fluidos con este tipo de instituciones y entidades. Podría por tanto obtener de ellas la conveniente retroalimentación, algo que sería muy conveniente para que la facultad profundice su respuesta a las necesidades sociales. Los grupos de interés externos definidos se concretan casi exclusivamente en función de las prácticas tuteladas y las acciones de orientación profesional. Es llamativo que el Objetivo estratégico 4.7. (Reforzar y construir nuevos vínculos con diferentes agentes (empresas, colegios, instituciones, etc.)), solo contemple la acción estratégica 4.7.1.: participación de representantes de empresas e instituciones en actividades de inserción laboral. A este respecto, parece revelador que los grupos de interés externos apenas están contemplados en el plan de comunicación.

Resulta muy positivo, sin embargo, que el centro haya definido como uno de sus valores la “vocación de respuesta a las necesidades sociales”. Una profundización de las acciones orientadas por este valor permitiría al centro dotarse de una más amplia información sobre las necesidades y expectativas que la sociedad espera de él.

El centro identifica los puntos fuertes y puntos débiles de las titulaciones de grado y máster en los distintos autoinformes, y posteriormente hace un seguimiento mediante el plan de gestión anual. Existe margen de mejora en la definición de los indicadores de cada procedimiento. De hecho, el centro tiene a su disposición un amplio conjunto de indicadores facilitados por la universidad que podrían completar los que utiliza actualmente.

Ni en el informe de autoevaluación ni en el plan estratégico se hace referencia a los contextos local e internacional de los ámbitos temáticos del centro. Un mayor esfuerzo por parte del centro por incorporar este tipo de información durante la elaboración del plan estratégico habría permitido una reflexión más rica, que a buen seguro habría redundado en un mejor conjunto de objetivos y acciones estratégicas

En el DAFO previo al plan estratégico se ha llevado a cabo un análisis de riesgos y oportunidades. Si bien el DAFO ha sido realizado exclusivamente por el equipo decanal, diversos agentes fueron consultados, aunque con una respuesta muy limitada. Una mayor retroalimentación por parte de los grupos de interés, tanto externos como internos, podría haber enriquecido sustancialmente el plan.

Directriz 1.2. Reflexión y definición de la estrategia y la política de la calidad

Aspectos a valorar para el cumplimiento de esta directriz:

- El Centro cuenta con una sistemática para reflexionar, establecer y aprobar la estrategia y la política de la calidad, objetivos de la calidad y objetivos estratégicos, estimulando la participación de los grupos de interés.
- El Centro cuenta con un modelo de gobernanza que permite de una manera autónoma la reflexión, definición y aprobación de la estrategia y la política de la calidad, objetivos de la calidad y objetivos estratégicos.
- El Centro establece una estrategia y política de calidad alineada con la de la Universidad.
- El Centro establece los objetivos estratégicos teniendo en cuenta los riesgos y oportunidades en su ámbito y planifica las actuaciones correspondientes.

VALORACIÓN DESCRIPTIVA:

La Facultad tiene implantado un Sistema de Garantía Interna de Calidad que emplea como herramienta para sistematizar el proceso de mejora de la calidad y la definición de la estrategia de la Facultad. El SGIC define una metodología de trabajo que permite disponer de una sistemática para establecer y aprobar una planificación estrategia clara y definida, en este sentido la Facultad de Farmacia ha elaborado su tercer plan estratégico, PE 2022-2026, que está alineado con el Plan Estratégico de la

UPV/EHU 2022-2025 y que se revisa anualmente. El SGIC implantado tiene establecida una política de calidad, actualizada recientemente, y la metodología elegida para el seguimiento de la implantación del SGIC, permite definir, reflexionar y valorar el grado de cumplimiento tanto de los objetivos de la calidad como de los objetivos estratégicos. Los indicadores se miden de manera sistemática y periódica en casi todos los procedimientos, lo que permite realizar un seguimiento del sistema que se refleja en los informes de seguimiento de las titulaciones y evaluar en qué medida se alcanzan los objetivos planteados en los diferentes Planes de Gestión Anuales.

Si bien el SGIC permite realizar una planificación estratégica y definir una política de calidad para la Facultad, no parece estimarse de forma adecuada la participación de los grupos de interés externos en las mismas. En este sentido, en el Procedimiento PE01, Planificación Estratégica, solo se incluyen los grupos de interés internos y en el informe de autoevaluación para la renovación de la acreditación institucional se identifica como área de mejora aumentar la implicación de los distintos colectivos que conforman la Facultad de Farmacia en los diseños de Programas Formativos, Actividades programadas y gestión a diferentes niveles.

En el SGIC se establecen cuáles son los órganos de gobierno de la facultad, por lo que la gobernanza de la facultad está integrada dentro del sistema y en los procedimientos del SGIC se indica quien debe realizar cada tarea en el sistema. La gobernanza de la facultad, en este marco de calidad, puede realizar una reflexión autónoma, tomar decisiones estratégicas y definir su política de calidad como queda reflejado en diversos documentos del SGIC.

Como se ha comentado anteriormente, la Estrategia y la política de calidad están definidas y alineadas con las de la UPV/EHU. En la definición tanto de los objetivos de calidad como de los objetivos estratégicos de la Facultad se empleó información de la UPV/EHU (plan estratégico 2022-2025, plan de igualdad, etc.). Asimismo, para la redacción del plan estratégico se realizó un análisis DAFO previo, en el que se realizó un análisis de riesgos y oportunidades. En la definición de los objetivos estratégicos y de las actuaciones planificadas se han tenido en cuenta puntos fuertes y puntos débiles identificados y se adecúan al análisis de riesgos y oportunidades realizado.

Directriz 1.3. Despliegue de la estrategia y de la política de la calidad

i Aspectos a valorar para el cumplimiento de esta directriz:

- El Centro dispone de un modelo de dirección y gestión interiorizado (con sus órganos, pautas de actuación, etc.), que permite el adecuado despliegue de la estrategia y la política de la calidad.
- El Centro despliega mediante planes de actuación la estrategia y la política de la calidad.
- El Centro cuenta para el despliegue con los medios humanos y materiales adecuados y con la implicación necesaria.
- El Centro cuenta con un SGC implementado e interiorizado, donde se formalizan aquellos aspectos que estima que son claves para el aseguramiento interno de la calidad conforme a los ESG.

VALORACIÓN DESCRIPTIVA:

Se ha observado que la cultura de la calidad está implantada en el centro y que existe un liderazgo real, tanto académico como técnico, en la implantación del sistema de calidad. La Facultad cuenta con un modelo de dirección y gestión indicado tanto en el manual del SGIC como en la página web (equipo decanal, junta de facultad, coordinadores y coordinadoras de titulaciones, comité de calidad, etc..), que permite el despliegue de la estrategia y política de calidad como se pone de manifiesto en diversas evidencias (informes de seguimiento, evaluación de indicadores del SGIC, definición de acciones de mejora, etc.)

La metodología elegida para el seguimiento de la implantación del SGIC, permite el cumplimiento de la estrategia y la política de calidad mediante la definición de diferentes objetivos. Los indicadores se miden de manera sistemática y periódica en casi todos los procedimientos, lo que permite realizar un seguimiento del sistema y evaluar en qué medida se alcanzan los objetivos planteados en los diferentes Planes de actuación (planes de gestión anuales y el plan estratégico).

La Facultad parece contar con el personal (PDI y PTGAS) suficiente para el despliegue de su estrategia y política de calidad. En el SGIC se establecen los medios humanos implicados en cada uno de los procedimientos del mismo, aunque no queda clara la implicación efectiva de los diferentes grupos de interés en el despliegue del sistema. Aunque se ha comprobado una implicación clara del PDI y del PTGAS en el despliegue de la estrategia y de la política de la calidad, no se ha podido comprobar la existencia de debate interno sobre ciertos aspectos clave reflejados en las actas de la Comisión de Calidad y la Junta de Facultad.

El SGIC, cuya implantación siguiendo el modelo AUDIT fue certificada en 2017, permite establecer planes de acción para mejorar los puntos débiles que se detectan en la evaluación continua del sistema. La aplicación informática UNIKUDE facilita el acceso a los indicadores de seguimiento del SGIC de forma que se permite una monitorización del mismo.

Directriz 1.4. Comunicación, revisión y actualización de la estrategia y la política de la calidad

i Aspectos a valorar para el cumplimiento de esta directriz:

- El Centro establece una comunicación eficaz de la estrategia y política de la calidad para los diferentes grupos de interés.
- El Centro utiliza indicadores que permiten el seguimiento, medición y mejora de la estrategia y de la política de calidad.
- El Centro revisa y evalúa de forma sistemática la estrategia y la política de la calidad y sus planes de actuación.
- El Centro establece planes de mejora en función de los resultados obtenidos en la revisión y evaluación de la estrategia, la política de la calidad y sus planes de actuación.

VALORACIÓN DESCRIPTIVA:

La Facultad tiene definido un Plan de comunicación en el que tiene establecidos únicamente a grupos de interés internos (PDI, PTGAS y alumnado) como destinatarios de la comunicación de política y objetivos de calidad. Sin embargo, como los medios utilizados para la difusión del Plan estratégico y de la política de calidad son la página Web de la Facultad, los Tablones y la jornada de acogida su difusión es accesible también para grupos de interés externos. El centro tiene accesible en su página Web diversa información del SGIC (informes de gestión, planes de mejora anuales, informes de evaluación de titulaciones, etc..) y los grupos de interés representados en la Junta de Facultad tienen acceso al debate sobre estos asuntos a través de sus representantes.

La Facultad mediante la aplicación informática UNIKUDE tiene acceso a los indicadores de seguimiento del SGIC, lo que permite una monitorización del mismo. El SIGC incluye el PM02, Evaluación, revisión y mejora que define el mecanismo mediante al cual se realiza la revisión anual de todo el Sistema de Garantía Interna de Calidad (SGIC) de la Facultad de Farmacia y de los Informes de Seguimiento de las Titulaciones ofertadas, y que culmina con la elaboración del Informe del Plan de Gestión Anual. Aunque en el SGIC no se incluyen indicadores de seguimiento del plan estratégico sí que los tiene el propio plan estratégico y se revisan en el informe y plan de gestión anual.

Como resultado de la evaluación y revisión que se realiza anualmente de todo el Sistema de Garantía Interna de Calidad la Facultad define acciones de mejora que se incluyen en el documento informe y plan de gestión anual.

DIMENSIÓN 2 – PROYECTO ACADÉMICO DE CENTRO

CRITERIO 2. GESTIÓN DEL DISEÑO DEL PROYECTO ACADÉMICO DE CENTRO

Estándar: *Garantía de la Calidad de los programas formativos: El Centro tiene una sistemática para diseñar, aprobar y acreditar periódicamente sus programas formativos de forma integrada, garantizando la participación de los grupos de interés, lo que le permite mejorar y renovar su Proyecto Académico de Centro para responder a los retos de la sociedad.*

Directriz 2.1. El Centro gestiona las relaciones con sus principales grupos de interés

i Aspectos a valorar para el cumplimiento de esta directriz:

- El Centro tiene información contrastada y actualizada sobre las necesidades y expectativas, relacionadas con su Proyecto Académico, de sus principales grupos de interés (personas egresadas, personas empleadoras, asociaciones profesionales, alumnado, profesorado, etc.).
- El Centro colabora activamente con sus principales grupos de interés de cara a mejorar y actualizar su propuesta educativa para responder a los retos de la sociedad.
- El Centro gestiona adecuadamente las propuestas, sugerencias y quejas procedentes de sus diferentes grupos de interés.

VALORACIÓN DESCRIPTIVA:

El SGIC de la Facultad de Farmacia dispone de una sistemática para proveer la información sobre las necesidades y expectativas de sus grupos de interés en relación a los programas formativos de la Facultad. El despliegue real del SGIC en ese sentido es sin embargo desigual respecto a los diferentes grupos de interés, con una participación intensa del PDI y menor del resto de grupos.

El centro considera y atiende las propuestas del profesorado para la mejora y actualización de su propuesta educativa. La baja participación del alumnado en los procesos de recogida de información y en las diferentes comisiones dificulta sin embargo que sus necesidades y expectativas puedan ser consideradas a este respecto.

Por lo que respecta a los grupos de interés externos, el centro dispone de dos aulas universidad-empresa y mantiene contactos fluidos con asociaciones profesionales, empresas e instituciones de sus ámbitos temáticos en relación a las prácticas y la inserción laboral. El centro se ha propuesto incorporar a estos grupos, así como a las personas egresadas, en las consultas para redefinir el perfil de egreso de las titulaciones, de cara a su próxima modificación. Este es un buen punto de partida para la mejora que el centro debe llevar a cabo en este aspecto.

El centro lleva un registro de quejas y reclamaciones, pero el uso de esta vía ha sido muy reducido en los últimos años. Este proceso (PM01) recibe poca atención en los informes anuales de gestión, ya que las quejas y sugerencias se canalizan, en su mayoría, de manera informal. El equipo de gobierno manifiesta voluntad de mejora a este respecto.

Directriz 2.2. El Centro diseña y aprueba su Proyecto Académico

i Aspectos a valorar para el cumplimiento de esta directriz:

- El Centro tiene en cuenta a los diferentes grupos de interés en el diseño de su Proyecto Académico.
- El Centro dispone de un órgano con capacidad de gestionar el diseño y aprobación de sus titulaciones, objetivos y competencias asociadas de forma integrada.
- El Centro dispone de mecanismos y pautas de actuación que regulan el proceso de toma de decisiones sobre la oferta formativa integrada, el diseño y adaptación de las titulaciones y objetivos, teniendo en cuenta el contexto social, territorial y laboral.
- El Centro dispone de mecanismos y pautas de consulta con los principales agentes vinculados a cada título para obtener la información necesaria sobre la adecuación del perfil de egreso real de las personas egresadas.
- El Centro dispone de mecanismos que garantizan el proceso de toma de decisiones y la mejora continua relacionadas con los elementos o aspectos clave siguientes de su Proyecto Académico: definición de perfiles de ingreso/egreso; criterios de admisión y matriculación; alegaciones, reclamaciones y sugerencias; apoyo y orientación a estudiantes sobre el desarrollo de la enseñanza; enseñanza y evaluación de los aprendizajes; enseñanza centrada en el o la estudiante; prácticas externas (y en su caso Formación Universitaria Dual o en Alternancia); movilidad de estudiantes y orientación profesional.
- El Centro dispone de un plan de difusión avalado por la Universidad para dar a conocer su Proyecto Académico, en especial en lo que respecta a su oferta de programas formativos integrados, y evalúa su adecuación a los retos de la sociedad.

VALORACIÓN DESCRIPTIVA:

El diseño, aprobación y modificación del proyecto académico está bajo el alcance del proceso estratégico PE-04 (Planificación de las titulaciones), siendo la Junta de Facultad el órgano con capacidad para gestionar el diseño y la aprobación de las titulaciones. En el manual de calidad, solo se indican como grupos de interés externos involucrados en este proceso al futuro alumnado.

No obstante, el diseño del nuevo máster de Enología Innovadora (2018-19) contó con la participación de representantes institucionales y profesionales del sector, pero no con estudiantes o egresados/as. La modificación del máster de Análisis Forense (2023-24) sí contó con la contribución de una estudiante egresada. La modificación del grado en Ciencias Ambientales, llevada a cabo en el curso 2022-23, no contó con una participación significativa de grupos de interés diferentes al profesorado, según las evidencias analizadas. Los representantes externos del sector ambiental entrevistados durante la visita manifestaron sin embargo su interés por participar en la redefinición de ese grado, en un momento en el que lo ambiental está sufriendo fuertes transformaciones en ámbitos muy diversos. La Facultad tiene por tanto margen de mejora en la incorporación de los grupos de interés al diseño de su proyecto académico. En ese sentido, tal como se expone en la valoración de la directriz 2.1, resulta muy positiva la voluntad expresada por el equipo decanal y los coordinadores y coordinadoras de titulaciones de

incorporar a todos los grupos de interés, tanto internos como externos, a los preparativos de las modificaciones en marcha. En relación con lo anterior, la Facultad está realizando consultas con los agentes implicados en cada título, incluidos empleadores y empleadoras y personas egresadas, para la redefinición de los perfiles de egreso.

La Facultad dispone de mecanismos para la toma de decisiones y la mejora continua de los elementos clave de su proyecto académico, previstos en el proceso PM02 (Evaluación, revisión y mejora) de su SIGC. Un elemento clave de este proceso son los informes anuales de seguimiento de cada titulación. Dichos informes de seguimiento son elaborados por los coordinadores y coordinadoras de titulación, pero no siempre son discutidos en la comisión de titulación antes de su envío a la comisión de calidad, dado que este paso no está específicamente previsto en el manual de calidad. El informe de seguimiento es un elemento clave del proceso de mejora que debe ser el resultado del análisis participativo y la reflexión, condición imprescindible para la mejora continuada. El centro debería plantearse modificar el proceso PM02 para garantizar que esa reflexión participativa tenga lugar.

La Facultad comunica su proyecto académico a través de su página web, donde se encuentra una información muy completa sobre las diversas titulaciones. Se constata que existe una Política de Comunicación Externa de la Universidad que define el diseño y funcionamiento de las páginas web de los centros.

DIMENSIÓN 2 – PROYECTO ACADÉMICO DE CENTRO

CRITERIO 3. DESPLIEGUE E IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO ACADÉMICO DEL CENTRO ENFOCADO EN EL O LA ESTUDIANTE

Estándar: *El Centro tiene definidas una sistemática y unas pautas que promueven el aprendizaje centrado en el o la estudiante para los programas formativos que se integran en su Proyecto Académico. Dichas pautas deben atender a la diversidad de los perfiles de ingreso y apoyarse en la utilización de modalidades y metodologías de enseñanza, de planes de acción tutorial, de sistemas evaluación y de otros recursos que favorezcan que el alumnado alcance los resultados de aprendizaje acordes con lo esperado en cada título.*

Directriz 3.1. El Centro despliega e implementa sus programas formativos de forma integrada con un enfoque de aprendizaje centrado en el o la estudiante

i Aspectos a valorar para el cumplimiento de esta directriz:

- Se garantiza que el perfil de ingreso del alumnado es adecuado para iniciar sus respectivos estudios (criterios de admisión).
- Los programas formativos que se imparten en el Centro están actualizados y se han implantado de forma integrada de acuerdo a las condiciones establecidas en las memorias verificadas y/o

sus posteriores modificaciones y los aspectos indicados en los diferentes informes elaborados por la Agencia.

- Las actividades formativas, sus metodologías docentes y los sistemas de evaluación empleados son adecuados y se ajustan de forma adecuada al aprendizaje centrado en el o la estudiante y al objetivo de la adquisición de los resultados de aprendizaje previstos.
- Cada titulación cuenta con mecanismos de coordinación docente (articulación horizontal y vertical entre las diferentes materias/asignaturas) interiorizados e integrados, que permiten tanto una adecuada asignación de la carga de trabajo del alumnado y del profesorado como una adecuada planificación temporal, asegurando la adquisición de los resultados de aprendizaje previstos.
- El Centro cuenta con un desarrollo de la acción tutorial que permite un adecuado acompañamiento y seguimiento del alumnado.
- Los resultados de aprendizaje alcanzados satisfacen los objetivos del programa formativo y se adecúan a su nivel del MECES.
- Los procesos para el reconocimiento de los aprendizajes o experiencias previas del alumnado están implantados, son pertinentes y se aplican adecuadamente.
- El Centro tiene en marcha mecanismos que garantizan la prevención, identificación y la respuesta a prácticas académicas inaceptables, tales como el fraude y el plagio.
- La aplicación de las distintas normativas académicas se realiza de forma adecuada.

VALORACIÓN DESCRIPTIVA:

La Facultad aplica el modelo IKD i3 de la UPV/EHU para promover el aprendizaje centrado en el estudiantado, para los programas formativos que se integran en su Proyecto Académico, y obtener efectos sinérgicos entre el aprendizaje, la investigación y la sostenibilidad, basados en el modelo de enseñanza-aprendizaje cooperativo y dinámico.

En el SGIC se establece el procedimiento para garantizar el perfil de ingreso del alumnado a las distintas titulaciones. Este procedimiento se revisa anualmente. Los resultados de los indicadores de rendimiento de las titulaciones como la tasa de éxito respaldan que el perfil de ingreso de nuevos estudiantes es el adecuado. Los criterios de admisión están bien definidos en las páginas web de las distintas titulaciones. Se basan en la prueba EBAU o similares para los grados y en el expediente académico (70%) y otros méritos como idiomas, premios extraordinarios o cursos relacionados con la temática para los programas de postgrado (30%).

Los programas formativos están actualizados, incorporándose las condiciones establecidas en las memorias verificadas y/o sus posteriores modificaciones, así como las recomendaciones indicadas en los diferentes informes de seguimiento internos y externos.

Las actividades formativas, sus metodologías docentes y los sistemas de evaluación empleados parecen adecuados y se ajustan de forma adecuada al aprendizaje centrado en el o la estudiante y al objetivo de la adquisición de los resultados de aprendizaje previstos.

Los mecanismos de coordinación están bien integrados e interiorizados en la mayoría de los casos. Se han creado comisiones específicas en cada una de las titulaciones para mejorar su coordinación y gestión. Estas comisiones realizan una labor fundamental que permite analizar y actualizar las actividades formativas, así como sus metodologías docentes y sistemas de evaluación. Desde los propios órganos de coordinación de las titulaciones se identifican oportunidades de mejora que incluyen la coordinación del Doble Grado en Farmacia + Nutrición Humana y Dietética impartido en la Facultad mejorando el sistema de coordinación horizontal y vertical en orden a una mayor efectividad, el diseño de encuestas de movilidad y la implantación de mecanismos para promover la participación de los grupos de interés, y en particular del estudiantado, en el diseño, desarrollo y mejora de procesos relacionados con el aprendizaje.

Se constata la existencia de un Plan Tutorial definido, si bien no se hallan evidencias de acciones de seguimiento y análisis de la eficacia de dicho plan.

Los resultados académicos indican que las actividades formativas, metodologías y sistemas de evaluación parecen adecuados. Los resultados de aprendizaje alcanzados parecen satisfacer los objetivos del programa formativo y se adecúan a su nivel del MECES. Los TFG y TFM aportados por el Centro permiten extender esta conclusión también a estas actividades formativas.

La Facultad tiene implantado un Protocolo Anti-plagio y de prácticas fraudulentas, cuya eficacia ha quedado demostrada ante la resolución de diversas incidencias.

Existe constancia de una serie de actividades de orientación y formación del estudiantado como la realización de jornadas de acogida para estudiantes de nuevo ingreso o actividades de orientación laboral. También se constata la existencia de acciones de movilidad, si bien se detecta que la participación de los y las estudiantes en dicha acción es escasa.

Directriz 3.2. Actividad de I+D+i y transferencia del conocimiento desplegada por el Centro

i Aspectos a valorar para el cumplimiento de esta directriz:

- El Centro desarrolla mecanismos que aseguran una estructura investigadora que planifica y desarrolla programas y proyectos de investigación con financiación interna y/o externa, de forma que se alcancen resultados de investigación alineados con las líneas de investigación del programa de doctorado en el que participan, con los referentes internacionales en sus correspondientes ámbitos disciplinares.

- El Centro desarrolla actividades de transferencia de conocimiento en colaboración con entidades, empresas, instituciones y organizaciones, entre otros, que genera innovación y progreso en la sociedad.

VALORACIÓN DESCRIPTIVA:

No existen programas de doctorado gestionados desde el Centro, ya que éstos están adscritos a la Escuela de Doctorado de la UPV/EHU. Tampoco parece que la Facultad tenga competencias en materia de investigación, que dependen del Vicerrectorado de Investigación, más allá de difundir las actividades de investigación que se realizan desde los grupos de investigación de la Facultad (recogido en su Plan estratégico, objetivo 4.6).

DIMENSIÓN 3- PERSONAS

CRITERIO 4. GARANTÍA Y MEJORA DEL PERSONAL DEL CENTRO UNIVERSITARIO

Estándar: *El Centro desarrolla mecanismos que aseguran que el acceso, la gestión, la formación de su personal, así como la evaluación periódica y sistemática de su actividad se realiza con las debidas garantías permitiéndoles cumplir con sus funciones, respetando siempre su libertad e integridad.*

Directriz 4.1. El Centro desarrolla una política efectiva de gestión de personas

i Aspectos a valorar para el cumplimiento de la directriz:

- El Centro dispone de un órgano, que incluye a los grupos de interés implicados, con capacidad para definir y aprobar la política del personal (académico y de administración y servicios), el acceso, la formación, la evaluación, la promoción y el reconocimiento.
- El Centro dispone de estrategias para identificar los perfiles más adecuados y atraer talento. Establece y sigue procesos claros, transparentes y justos para la contratación del personal adecuado y la consecución de sus objetivos, asegurándose la igualdad efectiva de oportunidades, la concurrencia, el mérito y la capacidad y con las condiciones de empleo que reconozcan la importancia de la enseñanza.
- Como resultado de los procesos anteriores, el personal (académico y de administración y servicios) es suficiente y adecuado y dispone de la dedicación adecuada para el desarrollo de sus funciones y para atender al alumnado, de acuerdo con las características del título y el número de estudiantes.
- El Centro ha hecho efectivos los compromisos incluidos en las memorias de verificación y las recomendaciones definidas en los informes de verificación, autorización y seguimiento de los títulos que gestiona de forma integral con relación a su personal (académico y de administración y servicios).
- El personal académico cuenta con el nivel de cualificación y especialización académica requerido para los títulos que se integran en el Proyecto Académico ofertado por el Centro

(tanto para la adecuación genérica a nivel de título, como específica a nivel de materia/asignatura). Asimismo, atesora la experiencia y la calidad docente, investigadora y de transferencia de conocimiento adecuada para desplegar e implementar dicho Proyecto Académico.

- El Centro recoge y analiza de forma sistemática y actualizada la información que permite conocer las necesidades de su personal (académico y de administración y servicios). Existen mecanismos y una sistemática de trabajo interiorizada que hacen posible el seguimiento, revisión e implantación de mejoras en la política de personal.
- El Centro dispone de estrategias y medidas para garantizar la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.
- El Centro evalúa la satisfacción de su personal (académico y de administración y servicios) mediante la utilización de encuestas, entrevistas o grupos focales que le otorgan una información relevante y substantiva.
- Existen mecanismos y una sistemática de trabajo interiorizada que permiten la rendición de cuentas sobre los resultados de la política de personal.

VALORACIÓN DESCRIPTIVA:

La Facultad no dispone de autonomía para la selección y contratación de su personal. El equipo decanal analiza las necesidades de personal con las direcciones de Departamento. La Junta de Facultad emite, si corresponde, informe favorable a las plazas solicitadas. En cuanto al PTGAS es la gerencia la que establece la estructura básica; el acceso se realiza por oposición en la mayoría de los casos.

Se constata que el SGIC permite desarrollar mecanismos que aseguren el acceso, la gestión y la formación del personal de la Facultad. Además, también permite realizar una evaluación periódica y sistemática de su actividad.

Se constata que el SGIC recoge en el Subproceso “Personal (A01)” los procedimientos de gestión de personal que incluyen la Política de acceso y acogida del personal, la de formación del PDI/PTGAS, así como la de evaluación y reconocimiento. La Facultad de Farmacia realiza la acogida al PDI/PTGAS que se incorporan al centro. Hace entrega de una “Guía de acogida para el profesorado novel” con el objetivo de facilitar su actividad docente e investigadora una vez incorporado.

La Facultad dispone además de un plan de actividades de formación destinadas al PDI del propio centro, que cuenta también con la oferta formativa del profesorado que realiza la UPV/EHU a través del servicio de Asesoramiento Educativo, los Servicios Generales de Investigación y la Dirección de Igualdad y Sostenibilidad.

La ratio estudiante/PDI evoluciona a la baja (de 9.46 en 2018/19 a 8.29 en 2022/23) e indica un profesorado suficiente, acorde a lo previsto en las memorias de las titulaciones. Las entrevistas con el profesorado, incluyendo directores de Departamento, y con el alumnado confirmaron esta impresión.

El porcentaje de profesorado estable y doctor es muy alto. En máster hay un porcentaje significativo de profesorado externo, adecuado a perfiles específicos de alta especialización. El alumnado entrevistado en la visita valora positivamente estos perfiles. Una alta proporción del profesorado ha sido evaluado positivamente por Docentiaz. Se valora la investigación dentro del desempeño del PDI. De todo ello se deduce que el PDI cuenta con el nivel de cualificación y especialización necesario.

Es de destacar también como fortaleza el elevado número de personal investigador, con un alto índice de personas contratadas a tiempo completo.

Se detecta una alta rotación del PDI, motivada por que suele proceder de otros campus de la UPV/EHU. El equipo decanal es consciente del problema y vincula su solución con el fortalecimiento de los grupos de investigación del centro. Sería deseable que este aspecto se introdujera en la planificación estratégica del centro.

En cuanto al PTGAS, se informa de una plantilla de 34 personas distribuidas entre técnicos especialistas de laboratorio, oficiales de laboratorio, personal de mantenimiento y de apoyo a la docencia y la investigación. El personal es suficiente en número y formación para asegurar la calidad de las titulaciones impartidas en el Centro.

La Facultad recoge y analiza las necesidades de personal, como queda reflejado en los informes de gestión anuales, y en los planes de mejora correspondientes.

La Facultad sigue las políticas de igualdad entre hombres y mujeres de la UPV/EHU. No parece existir una comisión de igualdad en el centro ni una política propia en ese sentido, a pesar de que es uno de los valores definidos por el centro. No obstante, el equipo decanal se muestra favorable a dotarse de dicha política. Las cifras de profesorado parecen indicar un cierto desequilibrio de género (más mujeres que hombres).

La Facultad evalúa la satisfacción de su personal, que en el PDI es alta y estable. La del PTGAS es alta y creciente. Tanto PDI como PTGAS confirman su satisfacción general con la marcha del centro en las entrevistas.

Directriz 4.2. El Centro garantiza y fomenta la formación y capacitación de su personal

i Aspectos a valorar para el cumplimiento de la directriz:

- El Centro identifica y analiza las necesidades de formación de su personal (académico y de administración y servicios), establece planes de formación y mide el impacto de las acciones realizadas, evaluando periódicamente la eficacia de los planes de formación.
- El Centro ofrece oportunidades para el desarrollo profesional de su personal (académico y de administración y servicios).
- El Centro fomenta la formación y capacitación de su personal académico para la mejora continua en el despliegue de su Proyecto Académico.
- El Centro fomenta la actividad intelectual para reforzar el vínculo entre docencia, investigación y la transferencia de conocimiento y mejorar así su Proyecto Académico.

VALORACIÓN DESCRIPTIVA:

Como se ha comentado anteriormente, la Facultad desarrolla planes de formación internos dirigidos a su personal que complementan los generales de la universidad. Entre un 30% y un 40% del PDI participa en acciones de formación. En el caso del PAS supera el 60%.

La implantación en el centro de la estrategia IKD i3 fomenta la interrelación entre docencia e investigación como proceso de mejora del proyecto académico.

Directriz 4.3. El Centro evalúa y reconoce a las personas.

i Aspectos a valorar para el cumplimiento de la directriz:

- El Centro dispone de un modelo de evaluación de calidad docente/gestión del desempeño que facilita el reconocimiento del personal (académico y de administración y servicios).
- El Centro dispone de mecanismos que regulan y garantizan la toma de decisiones sobre los modelos de evaluación, promoción y reconocimiento del personal académico y de apoyo a la docencia.

VALORACIÓN DESCRIPTIVA:

La calidad de la docencia impartida se evalúa a través del programa de la UPV/EHU DOCENTIAZ. Los datos proporcionados, actualizados en noviembre de 2022, evidencian un grado de participación del profesorado de la Facultad de Farmacia del 61,5%, superior a la media de participación de la UPV/EHU (53,6%). Por lo tanto, corresponde destacar la especial sensibilidad que hay en el centro sobre la importancia de la calidad docente del Personal Docente e Investigador (PDI), si bien se aprecia una disminución de la participación en la 13ª convocatoria. En este sentido, en el último informe de evaluación de seguimiento se incluyeron recomendaciones encaminadas a incentivar la participación de las diversas categorías docentes en el programa DOCENTIAZ, así como garantizar la presencia efectiva del estudiantado en el proceso de evaluación de la actividad con mayor presencia en las comisiones.

Se constata que el centro participa en la evaluación y el reconocimiento de la actividad docente del profesorado a través de su comisión de DOCENTIAZ, según procedimiento aprobado por el SGIC PA01.03, reconociéndose también la labor docente a través de la concesión de quinquenios y emitiéndose certificados por la participación del profesorado en diversas actividades de carácter docente y en programas específicos (recogidos en el Plan tutorial).

La Facultad realiza un reconocimiento específico de la participación del PDI en programas específicos (plan tutorial).

DIMENSIÓN 4- RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS

CRITERIO 5. GARANTÍA Y MEJORA DE LOS RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS

Estándar: *El Centro se ha dotado de mecanismos que le permiten diseñar, gestionar y mejorar sus recursos materiales y servicios para el adecuado desarrollo de su Proyecto Académico.*

Directriz 5.1. El Centro dispone de recursos materiales y servicios adecuados para el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje que se integra en su Proyecto Académico

i Aspectos a valorar para el cumplimiento de la directriz:

- Los servicios puestos a disposición del desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje integrado en el Proyecto Académico del Centro son los adecuados en función de la naturaleza, la modalidad, el número de estudiantes matriculados/as y las competencias a adquirir.
- Los servicios de apoyo y orientación académica, profesional y para la movilidad, puestos a disposición del alumnado una vez matriculado, se ajustan a las competencias y modalidad del título y facilitan el proceso enseñanza-aprendizaje.
- En el caso de que se contemple la realización de prácticas extracurriculares, estas se han planificado según lo previsto y son adecuadas para la adquisición de las competencias de los títulos que se ofertan en el Centro.
- El Centro garantiza una adecuada participación de otras entidades en el desarrollo de las actividades formativas y formaliza dicha participación adecuadamente.
- Los recursos materiales (aulas y su equipamiento, espacios de trabajo y estudio, laboratorios, talleres y espacios experimentales, bibliotecas, etc.) se adecúan al número de estudiantes y a las actividades formativas programadas.
- Las infraestructuras, servicios y materiales cuentan con la disposición adecuada de forma que permiten un acceso universal.
- El Centro ha hecho efectivos los compromisos incluidos en la memoria de verificación y las recomendaciones definidas en los informes de verificación, autorización, en su caso, y seguimiento del título relativos al personal de apoyo que participa en las actividades formativas, a los recursos materiales y a los servicios de apoyo del título.
- En el caso de enseñanzas que se impartan de forma semipresencial o a distancia, el Centro deberá describir cuáles son los medios materiales y servicios disponibles para el cumplimiento de los objetivos de esta modalidad, tales como centros asociados, equipos informáticos, plataformas virtuales, infraestructura de telecomunicaciones, etc. que garantiza que se dé un soporte a este tipo de enseñanzas, en función de diversos factores, tales como el número de estudiantes y el número de grupos, entre otros.

VALORACIÓN DESCRIPTIVA:

Optimizar los recursos económicos es esencial para el correcto funcionamiento de la Facultad, por ello la gestión de recursos materiales y servicios se realiza bajo la responsabilidad tanto del equipo decanal como de administración, a través de diferentes procedimientos recogidos en el SGIC, que permiten desarrollar mecanismos para el diseño, gestión y mejora de los recursos materiales y servicios. Estos

mecanismos convergen en el objetivo de adaptar las instalaciones y servicios de forma racional para avanzar en el adecuado desarrollo del Proyecto Académico. En este sentido, se constata que el centro trabaja para dar respuesta a las recomendaciones de anteriores evaluaciones.

Todas las actuaciones realizadas están encaminadas a disponer de unas instalaciones renovadas de forma regular adaptadas a las necesidades docentes y de unos servicios acordes atendidos eficazmente por el PTGAS adscrito a la Facultad. El personal PTGAS manifiesta que su carga de trabajo, aunque con algunos picos, está correctamente equilibrada y dimensionada para poder desarrollar su actividad de manera adecuada. Sin embargo, como punto de mejora se indica que se debe seguir trabajando en la distribución más eficiente de las tareas del PTGAS a lo largo del curso optimizando los recursos humanos para dar una respuesta más eficiente a las necesidades docentes.

La gestión de los recursos económicos de la Facultad es realizada por la Comisión Económica que, junto con el equipo decanal, evalúa la distribución anual del presupuesto, que es presentado y aprobado en Junta de Facultad. Tanto los Departamentos como los representantes del alumnado participan en el reparto del presupuesto. Así, se realiza una previsión de las necesidades de equipamiento docente, mobiliario e instalaciones de los Departamentos y Secciones para poder atender las necesidades de forma equitativa y anualmente, se revisa y/o renueva equipamiento docente de aulas y laboratorios.

Cabe destacar positivamente la Comisión de Sostenibilidad, que analiza anualmente los consumos de recursos materiales y energéticos, el Plan de Emergencia y los sistemas de evacuación, la accesibilidad al Centro e instalaciones debido a la ausencia de barreras arquitectónicas y la importancia que desde el Centro se da a la Sostenibilidad y Compromiso Social abordados a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Los servicios de apoyo y orientación académica, profesional y de movilidad funcionan, en términos generales, de manera muy adecuada y efectiva y el alumnado cuenta con aquellos que son de atención general de la universidad y que resultan bien valorados por su parte. La Facultad invierte mucho esfuerzo en visibilizar su oferta docente y acercar su labor a la sociedad, destacando:

- OrientaTU
- EHUazoka: Feria de Orientación universitaria para mostrar las titulaciones
- Sesiones informativas en institutos
- Puertas abiertas y actividades de prácticas
- Plan de Acogida: donde se detalla información práctica sobre movilidad, relaciones internacionales y otros servicios que ofrece la universidad y,
- Plan de Acción Tutorial: donde a cada estudiante se le asigna un/a Tutor/a de referencia a quien podrá acudir para solventar cualquier duda.

Los dos últimos planes pretenden acercar el sistema universitario al estudiantado ofreciendo información básica y esencial sobre el funcionamiento de la UPV/EHU y de la Facultad, a toda persona

matriculada por primera vez en la Facultad. Sin embargo, se constata en las audiencias un desempeño desigual por parte del profesorado en el plan de acción tutorial.

La Facultad cuenta con diversos convenios de colaboración con empresas e instituciones lo que permiten dotar de un mayor presupuesto que se destina al alumnado en su formación, a la organización de eventos y la participación en congresos. Una amplia variedad de estas empresas e instituciones participan en las prácticas curriculares y extracurriculares. Las prácticas externas están bien planificadas y cuenta con un gran número de empresas con las que colaboran. Además, la Facultad oferta prácticas extracurriculares, que tienen una buena valoración por parte de los estudiantes.

Durante la visita a las instalaciones se pudo constatar que la infraestructura de la Facultad está diseñada para el desarrollo óptimo de su proyecto académico, asegurando que los recursos materiales estén en consonancia con el número de estudiantes y a las actividades formativas programadas. La Facultad dispone de 22 aulas docentes equipadas con sistemas audiovisuales, 3 aulas de ordenadores y 25 laboratorios. Además, el centro se esfuerza por ofrecer espacios e infraestructuras adecuados como la Planta Alimentaria y el laboratorio de Análisis Sensorial con sala de cata.

Los recursos materiales y servicios son suficientes, si bien, en el autoinforme se pone de manifiesto la necesidad de redistribuir los espacios de una forma más equitativa y crear más espacios polivalentes. Las actividades académicas se organizan en dos turnos para optimizar tanto la ocupación de aulas y laboratorios como la disponibilidad del profesorado. Si bien es cierto que el edificio está saturado, la coordinación es buena. Tras las entrevistas con los diferentes grupos de interés y la visita a las instalaciones, se comprueba que la Facultad realiza un uso muy sostenible de sus recursos. Por parte del equipo decanal se resuelven o se toman medidas para paliar la falta de espacios tanto por la óptima organización de los espacios como por paliar la falta de espacios con otras medidas como el qué a la fecha, se ha solicitado dividir una de las aulas grandes y están a la espera de su ejecución.

Los representantes del alumnado comentaron que ocasionalmente puede haber falta de material fungible en los laboratorios. De hecho, la propia Facultad señala como punto de mejora en el autoinforme que se constata la ausencia de un mecanismo de comunicación interna entre Departamentos para compartir recursos materiales y reducir los consumos y la generación de residuos.

De los comentarios del alumnado también se deduce que la Facultad podría hacer un mayor esfuerzo en aumentar los espacios acondicionados para comer (microondas), avanzar en la electrificación de las aulas y en el acondicionamiento térmico del centro.

En resumen, los recursos humanos, materiales y las infraestructuras puestas a disposición de todos los grupos de interés garantizan un entorno adecuado para el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje de manera eficiente. El alto grado de satisfacción de todos los colectivos interesados avalan la gestión eficaz de los recursos por parte de la Facultad.

DIMENSIÓN 5— RESULTADOS Y SEGUIMIENTO PARA LA MEJORA

CRITERIO 6. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Estándar: *El Centro ha definido una sistemática para la recogida continua, análisis y utilización de los datos de los resultados de su Proyecto Académico. El Centro cuenta con dicha sistemática para la evaluación y mejora de los resultados de su Proyecto Académico —entre otros, de los resultados del aprendizaje, de la inserción laboral y de la satisfacción de los distintos grupos de interés—, para una posterior toma de decisiones y la mejora de la calidad de dicho Proyecto.*

Directriz 6.1. El Centro recoge y analiza indicadores sobre sus resultados que facilitan la toma de decisiones orientadas a la mejora de su Proyecto Académico

Aspectos a valorar para el cumplimiento de esta directriz:

- La evolución de los principales datos e indicadores (tales como las tasas de rendimiento, los resultados de satisfacción o la inserción laboral, entre otros) de los programas formativos que se integran en el Proyecto Académico ofertados por el Centro es adecuada, de acuerdo con el ámbito temático y los retos que se plantean desde el contexto social, territorial y laboral del Centro.
- El análisis de los indicadores incluye la comparación entre los resultados obtenidos y los objetivos establecidos y posibilitan el análisis de tendencias con los datos recogidos en los últimos cursos.
- Las evidencias de los resultados de aprendizaje de los programas formativos que se integran en el Proyecto Académico son coherentes con lo establecido en las memorias de verificación.
- El Centro revisa periódicamente la razón de ser y la eficacia de sus indicadores y de la información recogida.
- Los indicadores recogidos posibilitan y facilitan el seguimiento, la modificación y la mejora continua del Proyecto Académico del Centro.

VALORACIÓN DESCRIPTIVA:

El SGIC permite realizar de forma sistemática la recogida y análisis de diversos indicadores relacionados con los resultados de su Proyecto Académico. De esta forma la Facultad cuenta con una sistemática para la evaluación y mejora de los resultados de su Proyecto Académico (entre otros de los resultados del aprendizaje, de la inserción laboral y de la satisfacción de los distintos grupos de interés). La evolución de los principales datos e indicadores es diferente para cada titulación. La satisfacción respecto a la atención recibida en los grados en Farmacia y Ciencias Ambientales está disminuyendo, la satisfacción con los estudios de Nutrición Humana y Dietética está bajando, la tasa de abandono en el grado en Ciencia y Tecnología de los Alimentos, grado en Ciencias Ambientales y en el doble grado en Farmacia + Nutrición Humana y Dietética está aumentando, el indicador de satisfacción de personas egresadas con la orientación profesional y la inserción laboral evoluciona al alza, las tasas de empleo (total y encajado) son superiores al 80% y se mantienen estables, la satisfacción de las personas egresadas es estable en torno al 7 en los grados, excepto en Nutrición Humana y Dietética que baja, la

satisfacción de las personas egresadas de máster supera el 7 (no hay dato en Enología Innovadora) y las prácticas voluntarias son muy bien valoradas. De forma general los indicadores están bastante completos, aunque faltan algunos para el curso 2022/2023 (Satisfacción del alumnado con la metodología docente, Satisfacción del alumnado de penúltimo curso de su titulación con los estudios (Encuesta propia) y Satisfacción general del alumnado con el profesorado).

El centro recoge y analiza los indicadores del SGIC. El sistema de recogida y almacenamiento de datos de los indicadores permite realizar una comparación entre los resultados obtenidos y los objetivos establecidos y además posibilita el análisis de tendencias con los datos recogidos en los últimos cursos. Es el equipo decanal, los y las coordinadoras de los títulos y la comisión de calidad quienes realizan dicho análisis. Se observa que el análisis de los resultados es más intenso en unas titulaciones que en otras.

Las evidencias documentadas de los logros del alumnado en cuanto a las asignaturas, TGF/TGM y prácticas respecto a la adecuación formativa de los programas de la Facultad de Farmacia responden y son coherentes a los objetivos recogidos en las memorias de verificación de las titulaciones de la Facultad. Muestra de ello, por un lado, es que el sistema permite hacer un seguimiento sobre si se van alcanzando los objetivos previstos en cada uno de los ámbitos anteriores y, por otro los datos relativos a la inserción laboral que evoluciona al alza y las tasas de empleo que son elevadas y se mantienen estables. Sin embargo, se indica como área de mejora incrementar la implicación de todos los colectivos en los diseños de Programas Formativos lo que aportaría mayor coherencia con respecto a las memorias de verificación.

Aunque sí se realiza un análisis de la evolución de los distintos indicadores del sistema, no hay evidencias claras que indiquen que se realice una revisión periódica de la razón de ser y la eficacia de sus indicadores y de la información recogida. En este sentido en el informe de autoevaluación, se identifica como área de mejora la revisión de los indicadores que se utilizan para la evaluación de la gestión de la Facultad, algunos de los cuales no reflejan adecuadamente el nivel de cumplimiento de los objetivos de los procedimientos.

Los indicadores recogidos en el SGIC sin duda posibilitan y facilitan el seguimiento, la modificación y la mejora continua del Proyecto Académico del Centro, si bien sería conveniente reflexionar sobre si en algún caso dichos indicadores son los más adecuados para evaluar el nivel de cumplimiento de los objetivos de los distintos procedimientos.

DIMENSIÓN 5– RESULTADOS Y SEGUIMIENTO PARA LA MEJORA

CRITERIO 7. SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y DEL PROYECTO ACADÉMICO DEL CENTRO

Estándar: *El Centro cuenta con una sistemática y unas pautas de seguimiento interiorizados orientadas a la mejora continua en todos los niveles de la institución.*

Directriz 7.1. El Centro cuenta con una sistemática y unas pautas de seguimiento orientados a la mejora de sus programas formativos y otras actividades relacionadas

Aspectos a valorar para el cumplimiento de esta directriz:

- El SGC facilita la elaboración de informes internos de seguimiento de los títulos que conducen al diseño de Planes de Mejora, en los que se incluye, al menos, un conjunto de acciones destinadas a satisfacer las necesidades detectadas; las personas y órganos colegiados responsables del desarrollo de dichas acciones; un plazo de ejecución y un sistema de seguimiento y medición de su ejecución.
- El Centro garantiza la revisión y mejora del SGC.
- El Centro, y en especial su Equipo de Dirección o Coordinación, toma decisiones para el seguimiento y la mejora continua de sus procesos apoyándose en la información aportada por el SGC, con una especial atención al proceso de enseñanza-aprendizaje que se integra en su Proyecto Académico.
- El Centro tiene en consideración aspectos fundamentales del entorno (económico, social y académico) y a todos los grupos de interés para el seguimiento y la mejora continua de sus programas formativos integrados en su Proyecto Académico.

VALORACIÓN DESCRIPTIVA:

El SGIC propicia el seguimiento de cada una de las titulaciones de manera individual. Existen asimismo mecanismos de coordinación para que los órganos de gobierno de la Facultad tomen las oportunas decisiones de mejora. Existe, además, un sistema de seguimiento efectivo y de medición de su ejecución a partir del establecimiento de indicadores que son analizados y revisados anualmente. Sin embargo, existe cierto margen de mejora para optimizar los resultados de todo este proceso.

La Facultad cuenta con una metodología bien establecida e integrada para la revisión y mejora del SGIC. En este proceso participan todos los colectivos implicados a través de las comisiones de Grado, de Máster, la Comisión de Calidad y, en última instancia, los equipos de coordinación y el equipo directivo. Es un sistema sólido, que lleva implantado varios años y que se actualiza y mejora de manera continua. Los grupos de interés externos participan de forma menor en el seguimiento y la mejora continua de los programas formativos, lo que hace que la Facultad sea poco permeable a la evolución de las necesidades requeridas por el entorno social y empresarial en la toma de decisiones.

La implantación del SGIC permite la elaboración de informes de seguimiento y el diseño de planes de mejora para las distintas titulaciones. La elaboración de los informes de seguimiento es responsabilidad de las y los coordinadores de titulación. No siempre (p.ej. grado en Farmacia) se discute el informe en

la comisión de grado. Como se ha comentado anteriormente, sería deseable una mayor profundidad de esta reflexión de cara a una mayor extensión de la cultura de calidad en el centro.

Aunque existen evidencias de que el centro realiza la revisión formal del SGIC desde su implantación a través de la revisión anual prevista en el SGIC y realiza a través herramienta UNIKUDE, no se detectan mejoras/actualizaciones sustanciales en el SIGC y sus correspondientes indicadores, como se deduce de los informes anuales de gestión.

Para mejorar la implementación del SGIC se recomienda:

- Durante la revisión anual del sistema revisar el manual de calidad en su totalidad y no solo los procedimientos.
- Revisar la documentación del SGIC (documentos, registros y evidencias) que está en diferentes soportes documentales para que la información recogida en ellos no presente discrepancias.
- Reflexionar sobre si los medios utilizados para la recogida de información, los registros, los indicadores y las evidencias definidas actualmente en el SGIC son las más adecuadas y si los valores de referencia definidos para los indicadores son adecuados y permiten obtener la información necesaria para la mejora continua del SGIC. En este sentido también se considera que sería adecuado definir para todos los procedimientos al menos un indicador, para poder hacer un seguimiento de los mismos.
- Establecer en el procedimiento PM01: Sugerencias, quejas, solicitudes y reclamaciones del SGIC tanto un indicador que refleje la importancia de las distintas sugerencias, quejas, solicitudes y reclamaciones recibidas en la posible mejora del SGIC, como un registro de las sugerencias, quejas, solicitudes y reclamaciones recibidas (histórico).
- Fomentar la participación del alumnado en la Comisión de Calidad y en otras Comisiones de la Facultad de Farmacia para aumentar la comunicación interna con el alumnado y la participación de los grupos de interés en el SGIC.
- Eliminar del procedimiento PA03.01: Gestión Presupuestaria y el PA01.02 Formación del PDI/PAS aquellos registros que no sean necesarios de acuerdo con el alcance de las directrices del programa AUDIT y que pueden tener información sensible y/o confidencial.
- Que a la hora de definir y planificar acciones de mejora se consideren las distintas recomendaciones de mejora incluidas en el informe de evaluación interna de la Facultad de Farmacia del año 2023.

DIMENSIÓN 6– INFORMACIÓN PÚBLICA

CRITERIO 8. PUBLICACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE LAS ACTIVIDADES Y EL PROYECTO ACADÉMICO DEL CENTRO

Estándar: *El Centro cuenta con una sistemática y unas pautas para la publicación periódica de información actualizada relativa a sus actividades y a su Proyecto Académico que garantizan los procesos de toma de decisiones, la rendición de cuentas y la mejora continua en todos los niveles de la institución.*

Directriz 8.1. El Centro publica periódicamente información adecuada y actualizada sobre sus programas formativos y otras actividades relacionadas

Aspectos a valorar para el cumplimiento de la directriz:

- El Centro publica información actualizada y accesible sobre los programas formativos que se integran en su Proyecto Académico acorde a lo recogido en las memorias de verificación, su desarrollo y resultados.
- La documentación del SGC es accesible para la comunidad universitaria implicada y describe de manera fiel y actualizada tanto los procesos relacionados con el proceso general de enseñanza-aprendizaje que se desarrollan en el Centro, como sus mecanismos de sistematización, medición, análisis y mejora.

VALORACIÓN DESCRIPTIVA:

La Facultad cuenta con un plan de comunicación que se revisa anualmente y con un sistema instrumentalizado para la publicación periódica de información relativa a sus actividades y a su Proyecto Académico que permite la rendición de cuentas y la mejora continua.

Se publica información en la web sobre los programas formativos y la acreditación y verificación de titulaciones. La información sobre el proyecto académico disponible en la web es completa y la interfaz fácilmente accesible. Aunque la web es trilingüe, la información sobre las titulaciones sólo es accesible en español y euskera, no en inglés. Esto puede suponer una limitación para la movilidad entrante. También se utilizan como canales de comunicación un boletín informativo semanal, los miércoles culturales donde se abordan distintas actividades en la facultad y los paneles informativos para exponer el trabajo de investigación de los grupos de la Facultad.

La actualización de la página web de la Facultad depende de una sola persona lo que tiene ventajas operativas, pero también inconvenientes derivados de la dependencia de dicha persona. El centro es consciente de esta limitación y la señala en el informe de autoevaluación para la renovación de la acreditación institucional.

Aunque en los distintos documentos disponibles en la página web se incluyen los principales indicadores y su evolución, se recomienda que los principales indicadores y su evolución en los últimos años fueran accesibles de forma más directa en la página de la titulación, (por ejemplo, mediante gráficos).

En la anterior acreditación se recomendaba incluir un CV para el profesorado y esta recomendación se ha plasmado en la inclusión del CV del profesorado en su mayoría, pero no para la totalidad del profesorado.

En el caso del máster de Enología Innovadora, se ha detectado que la titulación tiene una web alternativa. Este es un hecho no recomendable que puede conducir a confusión en el futuro alumnado.

La propia Facultad ha detectado problema en los canales de comunicación y en el informe de autoevaluación para la renovación de la acreditación institucional se identifica como área de mejora los canales de difusión debido a que se ha comprobado que dichos canales no son lo suficientemente efectivos para hacer llegar la información al alumnado, por lo que se está optando por utilizar la plataforma eGela de cada grupo para transmitir lo más relevante.

La información sobre la política de calidad y la documentación del manual del SGIC es accesible desde la página web de la Facultad. Los responsables de distintos procedimientos del SGIC tienen acceso a la documentación necesaria para desarrollar las responsabilidades y tareas definidas en el SGIC.

Se recomienda revisar el uso de lenguaje inclusivo en la totalidad de la web.