

Informe de Certificación Definitivo

SISCAL madri+d

**FACULTAD DE FARMACIA
UNIVERSIDAD SAN PABLO-CEU**

FUNDACIÓN PARA EL CONOCIMIENTO MADRI +D

Informe de Certificación Definitivo

SISCAL madri+d

Datos de la evaluación

Universidad:	Universidad San Pablo-CEU		
Centro a evaluar:	Facultad de Farmacia– RUCT 28051669		
Fechas/s de la visita:	5 y 6 de julio de 2022		
Composición del panel evaluador.			
Presidente:	Alberto Álvarez Suárez	Institución	Universidad de Oviedo.
Secretario:	Pedro Iglesias Vázquez	Institución	Fundación para el Conocimiento madri+d.
Vocal:	Mercedes Sacristán Lozano	Institución	Universidad de Burgos.
Vocal:	Francisco Joaquín Jiménez González	Institución	Universidad Politécnica de Cartagena.

Composición del Comité de Certificación:			
Presidente:	Federico Morán Abad	Institución y cargo	Director. Fundación para el Conocimiento madri+d
Secretario:	Raúl de Andrés Pérez	Institución y cargo	Jefe de Área de Calidad Interna. Fundación para el Conocimiento madri+d
Vocal:	Sara Junquera Merino	Institución y cargo	Directora de Calidad y Acreditación. IE University
Vocal:	Lioba Simon Schuhmacher	Institución y cargo	Profesora titular de Filología Inglesa. Universidad de Oviedo
Vocal:	Alicia Presencio Herrero	Institución y cargo	Estudiante de Doctorado en Comunicación Audiovisual, Publicidad y RRPP Universidad Complutense de Madrid

CRITERIOS GENERALES

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

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

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

Criterio 1.- Política de aseguramiento de calidad.

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

**Valoración
A, B, C, D**

B

Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>1.1.- La institución debe establecer formalmente una política de calidad que de soporte a la cultura de calidad de la institución.</p>	<p>La Universidad San Pablo-CEU ha establecido una política de calidad única para toda la institución, que incluye Misión, Visión y valores, publicada en el documento <i>PC Política de Calidad</i>, gestionada de acuerdo al Procedimiento <i>P01-Política y objetivos de calidad</i> y aprobada a fecha 15 de diciembre de 2021.</p>	<p>La política forma parte de la Documentación del Sistema de Garantía Interno de Calidad (SGIC) de la Facultad.</p> <p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Política de Calidad del Centro. • P01 Política y objetivos de calidad. • MC-Manual de Calidad. <p>La Política de Calidad se publica en la página web.</p>	<p>B</p>

<p>Criterio 1.- Política de aseguramiento de calidad. <i>El centro establece una política de aseguramiento de la calidad, que tiene en cuenta la estructura y el contexto de la organización, los requisitos de los grupos de interés, tanto internos y externos, y que se alinee con su gestión estratégica.</i></p>			<p>Valoración A, B, C, D</p>
			<p>B</p>
<p>Directriz</p>	<p>Análisis procedimiento SIGC</p>	<p>Análisis evidencias disponibles</p>	<p>Valoración A, B, C, D</p>
<p>1.2.-En la definición y revisión de la política de calidad se deben tener en cuenta la opinión de los diferentes grupos de interés relacionados con el centro.</p>	<p>El Procedimiento P01 Política y objetivos de calidad, establece la sistemática aplicable para diseñar, aprobar, revisar y actualizar la política y los objetivos de calidad.</p> <p>Asimismo, incluye los grupos de interés considerados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Órganos de Gobierno y Dirección del Centro y de la Universidad. • Estudiantes. • Profesores. • PAS. • Empleadores. • Sociedad en general. <p>Por otra parte, el Procedimiento “P03-Normativa y representación de los GI” refleja el proceso de representación de los distintos Grupos de Interés en los órganos colegiados de toma de decisiones y el funcionamiento de los órganos de gobierno.</p>	<p>El sistema de calidad de la universidad identifica diversos grupos de interés internos y externos, y su opinión es recopilada y transmitida a los diferentes órganos de decisión y mejora.</p> <p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz: actas de reuniones, versiones antiguas y vigentes de la Política de Calidad; P03-Normativa y representación de los GI y RM-Registro de Modificaciones, que se valora positivamente.</p> <p>No obstante, no se evidencia que en la definición y revisión de la política de calidad se tenga en cuenta la opinión de los grupos de interés empleadores y egresados.</p>	<p>B</p>

Criterio 1.- Política de aseguramiento de calidad.

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

**Valoración
A, B, C, D**

B

Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>1.3.- Los estudiantes son uno de los grupos de interés que, obligatoriamente, deben ser considerados en el despliegue de la política de calidad.</p>	<p>El <i>Procedimiento P01 Política y objetivos de calidad</i>, requiere la participación de los estudiantes en la revisión de la política de calidad. Los estudiantes están integrados en el proceso de mejora continua de la Facultad de Farmacia a través de su participación en:</p> <ul style="list-style-type: none"> Comisión Interna de la Calidad de la Facultad de Farmacia (CIC-FAR). <p>SubComisiones Internas de Calidad (SubCIC) de cada uno de los títulos.</p>	<p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> P01-Política y objetivos de calidad. P03-Normativa y representación de los GI. Composición y Actas CIC y SubCIC. <p>La Facultad de Farmacia promueve la participación activa del colectivo estudiantil en el despliegue del sistema de calidad, a través de los órganos previstos en el SGIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> Comisión Interna de la Calidad de la Facultad de Farmacia (CIC-FAR), en la que, según las evidencias aportadas, en el curso 2021-22 participan 8 estudiantes de las titulaciones de Grado y 2 estudiantes de Máster. SubComisiones Internas de Calidad (SubCIC) de cada uno de los títulos, para una gestión más específica, y que reportan a la Comisión Interna de Calidad de la Facultad (CIC-FAR), en la que, según las evidencias aportadas, en el curso 2021-22 participan 3 estudiantes: 2 de Grado y 1 de Máster. <p>En las entrevistas con los estudiantes se constató que se realizan reuniones periódicas de CIC y SubCIC, en las que participan activamente.</p> <p>Además, los estudiantes manifestaron que Decano, Vicedecanas, Responsables de Título y Tutores llevan a cabo reuniones periódicas con los representantes de los estudiantes para recibir de forma directa sus inquietudes y resolver de forma ágil cualquier incidencia que surja.</p>	<p>B</p>

Criterio 1.- Política de aseguramiento de calidad.

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

**Valoración
A, B, C, D**

B

Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>1.4.- El centro debe desplegar adecuadamente la política de calidad, estableciendo de objetivos, procedimientos de calidad y mecanismos de realimentación.</p>	<p>El <i>Procedimiento P01 Política y objetivos de calidad</i>, establece los mecanismos de despliegue del sistema de calidad en la universidad y en <i>todos</i> los centros, incluida la Facultad, y los procesos de realimentación.</p>	<p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentación del sistema de calidad. • Actas Comisión SISCAL. • RM-Registro de Modificaciones. • Plan Estratégico de la Universidad y despliegue en el Plan de Acciones de Mejora de Centro • PM-Plan de Mejora del Centro. <p>La Facultad de Farmacia despliega adecuadamente la política de calidad, estableciendo de objetivos, procedimientos de calidad y mecanismos de realimentación.</p> <p>En las entrevistas con los responsables, Decano, Vicedecana de Calidad, Secretario Académico y Responsables de Calidad de la Facultad y de la Universidad, se ha constatado una alineación del sistema de calidad con la estrategia y misión de la universidad y un fuerte compromiso de los líderes de la Facultad. Asimismo, en las entrevistas se pone de manifiesto la importancia del buen funcionamiento de SGIC para la mejora continua de las titulaciones.</p> <p>Partiendo del Plan Estratégico de la Universidad (PE), en el que se establecen objetivos en cada uno de los ejes definidos, anualmente, el Equipo Decanal traslada al Plan de Acciones de Mejora de la Facultad de Farmacia las iniciativas derivadas de dichos objetivos, incluyendo acciones concretas anuales que, a nivel de Centro, contribuyen a la consecución de los objetivos propuestos. El Responsable de Calidad y la Comisión Interna de Calidad de la Facultad hacen un seguimiento del Plan con el fin de poner en funcionamiento las acciones preventivas o correctivas en el caso de detectarse desviaciones.</p> <p>El sistema de calidad está soportado por la herramienta SharePoint, portal en el que se ubican tanto la documentación del sistema de calidad como los registros generados en su operación.</p> <p>Se podría perfeccionar el despliegue, la definición de objetivos e indicadores, así como su grado de análisis.</p>	<p>B</p>

Criterio 1.- Política de aseguramiento de calidad.

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

**Valoración
A, B, C, D**

B

Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>1.5.- La política de calidad debe ser revisada de forma periódica para asegurar su vigencia. Los objetivos deben revisarse de forma periódica y evaluar los resultados obtenidos.</p>	<p>El sistema de calidad de la universidad establece una revisión anual del sistema, la rendición de cuentas de los objetivos del año terminado y la actualización de los objetivos de calidad del siguiente periodo.</p>	<p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actas Comisión SISCAL: Revisión SGIC. • RM-Registro de Modificaciones. • Plan Estratégico de la Universidad y despliegue en el Plan de Acciones de Mejora de Centro. • PM-Plan de Mejora del Centro que incluye planes de todos los títulos. <p>La política de calidad de la Facultad se revisa de forma periódica, para asegurar su vigencia, la última revisión se realizó el día 15 de diciembre de 2021. Los objetivos de calidad se revisan de forma periódica y se evalúan los resultados obtenidos.</p> <p>Las CIC están formadas por un elevado número de personas, 20, y se reúnen dos veces al año.</p> <p>Durante la visita de evaluación se comprobaron registros de las diferentes comisiones y niveles y se contrastó el seguimiento de los objetivos y la realimentación de resultados en el sistema de calidad, de forma consistente en el tiempo.</p> <p>De igual forma, las entrevistas con los representantes de los diferentes grupos de interés han puesto de manifiesto la involucración de los mismos en el proceso de seguimiento, revisión y evaluación de resultados.</p>	<p>B</p>

<p>Criterio 2.- Gestión de la oferta formativa. <i>El centro establece mecanismos para revisar de forma periódica su oferta de títulos, valorando la necesidad de su actualización o renovación.</i></p>			<p>Valoración A, B, C, D</p>
			<p>B</p>
<p>Directriz</p>	<p>Análisis procedimiento SIGC</p>	<p>Análisis evidencias disponibles</p>	<p>Valoración A, B, C, D</p>
<p>2.1.- Se deben establecer los procedimientos necesarios para diseñar, aprobar, revisar, modificar y extinguir las titulaciones que se imparten.</p>	<p>La universidad ha establecido diferentes procedimientos relativos a la gestión de la oferta formativa, entre los que se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P07-Diseño de la oferta formativa. • P08-Revisión y mejora periódica de las enseñanzas. • P09-Renovación de la acreditación de titulaciones. • P10-Extinción de títulos. <p>Dichos procedimientos permiten a la Facultad de Farmacia diseñar, aprobar, revisar, modificar y extinguir las titulaciones que se imparten.</p>	<p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P07-Diseño de la oferta formativa. • P08-Revisión y mejora periódica de las enseñanzas. • P09-Renovación de la acreditación de titulaciones. • P10-Extinción de títulos. • P31-Formación Permanente. • Informes VSMA y PAM títulos. <p>Los procedimientos están bien diseñados y son útiles para monitorizar el sistema y representarlo.</p> <p>Durante la evaluación se han revisado los procedimientos establecidos en la Facultad para el establecimiento y revisión de la oferta formativa, que en general son aplicados de forma consistente.</p>	<p>B</p>

Criterio 2.- Gestión de la oferta formativa.

El centro establece mecanismos para revisar de forma periódica su oferta de títulos, valorando la necesidad de su actualización o renovación.

**Valoración
A, B, C, D**

B

Directriz

Análisis procedimiento SIGC

Análisis evidencias disponibles

**Valoración
A, B, C, D**

2.2.- Las sistemáticas implantadas deben considerar, al menos, los siguientes elementos:

- Adecuación al marco legal, en particular en lo referente a los procesos de verificación, modificación, seguimiento y acreditación de títulos oficiales por parte de las agencias de calidad.
- Establecimiento de los órganos y grupos de interés relacionados con el diseño, aprobación, revisión, modificación y extinción de los títulos.
- Identificación del tipo de información que se debe analizar en los procesos de diseño, aprobación, revisión, modificación y extinción de los programas.
- Información a considerar en la revisión de la oferta formativa, que debe considerar, al menos, los elementos de información indicados en el apartado "Organización de la mejora continua".

Es Sistema de Calidad de la Universidad ha establecido diferentes procedimientos relativos a la gestión de la oferta formativa, entre los que se incluyen:

- P07-Diseño de la oferta formativa.
- P08-Revisión y mejora periódica de las enseñanzas.
- P09-Renovación de la acreditación de titulaciones.
- P10-Extinción de títulos.
- P31-Formación Permanente
- P03-Normativa y representación de los GI.

Dichos procedimientos establecen:

- La sistemática a aplicar en el diseño y aprobación de nuevos programas formativos oficiales de la Facultad de Farmacia.
- La revisión y control periódico de las titulaciones mediante un seguimiento interno anual y seguimiento de las acciones de mejora correspondientes y lo seguimientos externos (FM+D) ordinarios y especiales, así como el trámite para la modificación de los programas oficiales.
- La renovación de la acreditación de los títulos.
- El trámite de garantiza la extinción ordenada de las enseñanzas de un título.
- El proceso de representación de los distintos Grupos de Interés en los órganos colegiados de toma de decisiones.

Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:

- P03-Normativa y representación de los GI.
- P07-Diseño de la oferta formativa.
- P08-Revisión y mejora periódica de las enseñanzas.
- P09-Renovación de la acreditación de titulaciones.
- P10-Extinción de títulos.
- P31-Formación Permanente
- Actas CIC y SubCIC.
- Informes VSMA y PAM títulos.

Se ha revisado la información disponible sobre los títulos implantados en el centro. Se evidencia que los títulos han sido sometidos a los procesos de verificación, modificación, seguimiento y renovación de la acreditación, de acuerdo a lo establecido por la Fundación para el Conocimiento Madri+d.

Se ha comprobado el seguimiento de las recomendaciones recogidas en los informes de renovación de la acreditación, del Grado en Farmacia (2017) y el MU en Gestión de Empresas Biotecnológicas de la Salud (2019). Los dos informes son favorables y deben atender una recomendación.

Por último, en la evaluación realizada de la directriz se detecta una oportunidad de mejora en la sistemática implantada para el establecimiento de la adecuada participación del grupo de interés empleadores en los órganos y grupos de interés relacionados con el diseño de la oferta formativa.

B

Criterio 3.- Gestión de los títulos.

El centro promueve el aprendizaje centrado en el estudiante y la mejora continua de sus títulos.

**Valoración
A, B, C, D**

B

Directriz

Análisis procedimiento SIGC

Análisis evidencias disponibles

**Valoración
A, B, C, D**

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

Es Sistema de Calidad de la Universidad ha establecido diferentes procedimientos relativos a la gestión de la admisión, matriculación y reconocimiento de la formación y experiencia previa, entre los que se incluyen:

- P11-Definición de perfiles de ingreso y egreso, y admisión de estudiantes.
- P12-Becas y ayudas.
- P13-Reconocimiento y transferencia de créditos.
- P14-Matricula, gestión de expedientes y tramitación de títulos.

Dichos procedimientos establecen de forma clara los diferentes pasos y órganos involucrados, así como la documentación que es necesario aportar.

Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:

- P11-Definición de perfiles de ingreso y egreso, y admisión de estudiantes.
- P12-Becas y ayudas.
- P13-Reconocimiento y transferencia de créditos.
- P14-Matricula, gestión de expedientes y tramitación de títulos.
- P15-Traslados de expedientes y simultaneidad de estudios.
- P31-Formación Permanente.

Los expedientes de admisión y de reconocimiento de créditos revisados durante la visita demuestran una aplicación consistente de los procedimientos establecidos.

Durante las entrevistas la mayoría de los estudiantes pusieron de manifiesto su satisfacción con el proceso de admisión y matrícula de la universidad, si bien alguno indicó que hay margen de mejora en el proceso.

B

Criterio 3.- Gestión de los títulos.

El centro promueve el aprendizaje centrado en el estudiante y la mejora continua de sus títulos.

**Valoración
A, B, C, D**

B

Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>3.2.- El centro debe disponer de sistemas adecuados de información, apoyo y orientación a los alumnos, desde el proceso de admisión, hasta la finalización de los estudios y la graduación de los estudiantes.</p>	<p>Es Sistema de Calidad de la Universidad ha establecido diferentes procedimientos relativos a la gestión de la de información, apoyo y orientación a los alumnos, entre los que se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P22-Servicio de Orientación Universitaria. • P23-Orientación profesional. • P24-Inserción laboral. <p>Estos procedimientos recogen los diferentes servicios de apoyo a los estudiantes durante su estancia en la universidad.</p>	<p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P22-Servicio de Orientación Universitaria. • P23-Orientación profesional. • P24-Inserción laboral. • P25-Investigación. <p>El Centro dispone de sistemas adecuados de información, apoyo y orientación a los alumnos, desde el proceso de admisión, hasta la finalización de los estudios y la graduación de los estudiantes.</p> <p>Los sistemas de información, apoyo y orientación a los estudiantes muestran un buen funcionamiento, contrastado en las entrevistas mantenidas con los diferentes grupos de interés.</p> <p>El Servicio de Orientación Universitaria SOU ha establecido diversas actividades que facilitan el conocimiento de todos los servicios disponibles, como por ejemplo las sesiones de acogida y orientación a los alumnos de nuevo ingreso, orientación personal, realización de cursos y seminarios de desarrollo personal sobre problemáticas concretas o acción tutorial con apoyo a los tutores.</p> <p>También dispone de servicios de Orientación a los estudios y salidas profesionales, en colaboración con Carreras Profesionales, bien valorados por los estudiantes.</p> <p>En las entrevistas realizadas, tanto estudiantes como egresados, valoran positivamente la calidad docente y destacan que los profesores son accesibles ("te conocen, te escuchan").</p>	<p>B</p>

Criterio 3.- Gestión de los títulos.

El centro promueve el aprendizaje centrado en el estudiante y la mejora continua de sus títulos.

**Valoración
A, B, C, D**

B

Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>3.3.- El diseño de los títulos debe considerar con especial atención las metodologías docentes y los sistemas de evaluación.</p>	<p>El Sistema de Calidad de la Universidad ha establecido dos procedimientos relativos diseño de las titulaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P16-Planificación y desarrollo de la enseñanza. • P17-Proceso docente y evaluación del aprendizaje. <p>Estos procedimientos son los instrumentos que plasman las metodologías docentes y sistemas de evaluación empleados para cada una de las materias. El procedimiento contempla las diferentes fases para la elaboración, aprobación y publicación de las mismas.</p>	<p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P16-Planificación y desarrollo de la enseñanza. • P17-Proceso docente y evaluación del aprendizaje. • Guías docentes. • Actas de revisión anual de Guías docentes. <p>Se han comprobado diversas guías docentes de las titulaciones impartidas en el centro. Todas ellas cuentan con un contenido adecuado y se evidencia una aplicación consistente de las sistemáticas definidas.</p> <p>Las entrevistas mantenidas con los diferentes grupos de interés, valoran muy positivamente las guías docentes y el nuevo proceso de digitalización que se apoya en la herramienta informática SIGMA y facilita la revisión anual de las guías.</p> <p>Las guías docentes son publicadas en la página web de la universidad y están disponibles para los estudiantes en las fechas establecidas.</p> <p>Los estudiantes se muestran satisfechos con la información contenida en las guías docentes y la predisposición del profesorado para aclarar, ajustar y coordinar cambios menores. No obstante, los estudiantes del Grado en Nutrición, manifiestan que, en algunas asignaturas, se podrían mejorar las guías y evitar algún solapamiento de contenidos.</p>	<p>B</p>

Criterio 3.- Gestión de los títulos.

El centro promueve el aprendizaje centrado en el estudiante y la mejora continua de sus títulos.

**Valoración
A, B, C, D**

B

Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>3.4.- Las metodologías docentes deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser adecuadas a las materias impartidas. • Orientarse a la adquisición de los resultados de aprendizaje perseguidos. • Fomentar la autonomía y la participación de los alumnos en el proceso de aprendizaje 	<p>Tal y como se indica en el punto anterior, el Sistema de Calidad de la Universidad cuenta con el P16-Planificación y desarrollo de la enseñanza, que establece cómo el Decano de la Facultad de Farmacia dirige, despliega y supervisa los procedimientos relacionados con la planificación docente, el desarrollo de las enseñanzas y su mejora, de conformidad con las directrices generales aprobadas por el Consejo de Gobierno en materia de ordenación académica.</p> <p>Según consta en el procedimiento, en las Juntas de Evaluación se analizan los resultados alcanzados por los distintos grupos de las asignaturas y/o de cada grupo frente al conjunto de sus asignaturas, lo que permite al Coordinador del Título analizar y reflexionar sobre si los contenidos y la metodología docente se adecuan a la evaluación y realizar sus propuestas de mejora.</p>	<p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P16-Planificación y desarrollo de la enseñanza. • Guías docentes. • Actas de revisión anual de Guías docentes. <p>Las guías docentes de las asignaturas aportadas como evidencia, se adecúan a lo establecido en el plan de estudios de las titulaciones y, en general, se ajustan a la memoria verificada.</p> <p>En los últimos cursos académicos la universidad ha realizado un esfuerzo singular para adaptar las metodologías docentes y de evaluación a las condiciones de excepción derivadas de la COVID 19. Se han reforzado las actividades formativas presenciales con actividades de formación a distancia. El modelo desarrollado para el curso 2021/22, un modelo denominado de "doble presencialidad", permite al estudiante ir a clase al campus y también conectarse en directo con el aula. Así, el estudiante podrá combinar entre presencia física en el campus y presencia digital en directo. Asimismo, fomenta la autonomía y la participación de los alumnos en el proceso de aprendizaje. Este aspecto fue valorado positivamente por los estudiantes de 5º curso.</p> <p>En las entrevistas mantenidas con los diferentes grupos de interés, no se manifiesta ninguna queja con las metodologías docentes y su idoneidad.</p>	<p>B</p>

Criterio 3.- Gestión de los títulos.

El centro promueve el aprendizaje centrado en el estudiante y la mejora continua de sus títulos.

**Valoración
A, B, C, D**

B

Directriz

Análisis procedimiento SIGC

Análisis evidencias disponibles

**Valoración
A, B, C, D**

3.5.- Los sistemas de evaluación deben:

- Ser públicos y conocidos con antelación suficiente.
- Ser adecuadas a los contenidos impartidos.
- Válidos para certificar la adquisición de los resultados de aprendizaje perseguidos.

Tal y como se indica en el punto anterior, el Sistema de Calidad de la Universidad cuenta con el *P16-Planificación y desarrollo de la enseñanza*, que contempla la definición de los sistemas de evaluación empleados para cada una de las materias.

El *Procedimiento P06-Información Pública*, establece el modo en el que la Facultad de Farmacia revisa, actualiza y hace pública la información relativa a las titulaciones que imparte y, por tanto, establece como requisito la publicación de las guías docentes.

Además, el *Procedimiento P17- Proceso docente y evaluación del aprendizaje*, especifica que la evaluación se ajustará a lo establecido en los planes docentes de las materias y asignaturas recogidos en las Memorias de Verificación y reflejado en las Guías Docentes.

Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:

- P16-Planificación y desarrollo de la enseñanza.
- Guías docentes.
- Actas de revisión anual de Guías docentes.
- Registros de calificaciones.
- Actas de Juntas de Evaluación.

Los sistemas de evaluación de las asignaturas impartidas en los títulos del centro se consideran adecuados. Existe una variedad de sistemas de evaluación que se adecúan a los resultados de aprendizaje que se pretenden conseguir.

Los sistemas de evaluación son conocidos previamente por los estudiantes, incluido el calendario de exámenes.

B

Criterio 3.- Gestión de los títulos.

El centro promueve el aprendizaje centrado en el estudiante y la mejora continua de sus títulos.

**Valoración
A, B, C, D**

B

Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>3.6.- Por su singularidad en el proceso educativo, el centro debe disponer, en particular, de mecanismos específicos para asegurar la calidad de los Trabajos de Fin de Grado o de Máster, y en su caso, de las prácticas externas y las acciones de movilidad de los estudiantes.</p>	<p>El Sistema de Calidad de la Universidad ha establecido los procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P19-Planificación y gestión de la movilidad. • P20-Gestión de prácticas externas. • P21-Gestión de TFG y TFM. <p>Todos estos procesos específicos describen de forma adecuada el desarrollo de cada una de las actividades.</p> <p>Además, se incluye la Normativa General de la Universidad CEU San Pablo para Trabajos Fin de Grado (TFG) y Trabajos Fin de Máster (TFM).</p>	<p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P19-Planificación y gestión de la movilidad. • P20-Gestión de prácticas externas. • P21-Gestión de TFG y TFM. • Guías docentes y actas de revisión anual de Guías docentes. • Actas tribunales TFG y TFM. • Registros de seguimiento y valoración de Prácticas y acciones de movilidad. • Rúbricas de TFG y TFM. <p>La gestión de los Trabajos de Fin de Grado se considera adecuada. Además del proceso del sistema de calidad, que establece la sistemática con carácter general, para cada uno de los títulos impartidos se particulariza en las correspondientes guías docentes, y en las rúbricas de evaluación específicas. Los estudiantes participantes en las entrevistas manifiestan un alto grado de satisfacción y destacan que este proceso se planifica con suficiente antelación, que los coordinadores hacen numerosas reuniones de seguimiento y que se imparten sesiones específicas para aprender a buscar la información, sistema de citas o formulación de hipótesis.</p> <p>En relación a las prácticas externas y a los servicios de movilidad, existen servicios centralizados de la universidad para gestionar la oferta y demanda de prácticas y estancias.</p> <p>No obstante, los estudiantes del Grado en Farmacia manifiestan, durante la entrevista, que sería bueno para su formación aumentar la oferta de prácticas en hospitales. Así mismo los estudiantes del Grado en Nutrición indicaron que debería aumentar las opciones de prácticas.</p> <p>En lo relativo a la movilidad internacional, en las entrevistas con los estudiantes se pone de manifiesto que la Universidad ofrece oportunidades, pero que en determinadas titulaciones es complicado aprovecharlas.</p>	<p>B</p>

Criterio 4.- Gestión del personal docente			Valoración A, B, C, D
<p><i>El centro desarrolla mecanismos que aseguran que el acceso, la gestión, la formación de su personal académico y de apoyo a la docencia, así como la evaluación periódica y sistemática de su actividad docente, se realiza con las debidas garantías permitiéndoles cumplir con sus funciones, respetando siempre su libertad e integridad académica.</i></p>			B
Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>4.1.- El centro debe implementar procesos de revisión de los programas ofertados que permitan identificar las necesidades de personal docente, tanto en volumen de carga de trabajo como en perfiles necesarios.</p>	<p>El procedimiento <i>P02- Política de personal, PDI y PAS</i> establece la sistemática aplicable a la identificación de las necesidades de personal, al proceso global de incorporaciones, bajas voluntarias, incapacidades temporales o permanentes, excedencias, formación continua, a la evaluación del desempeño y a la promoción del PDI y PAS de la Facultad.</p> <p>El procedimiento <i>P08-Revisión y mejora periódica de las enseñanzas</i> describe la revisión y control periódico de las titulaciones mediante un seguimiento interno anual y seguimiento de las acciones de mejora correspondientes y lo seguimientos externos (FM+D) ordinarios y especiales, así como el trámite para la modificación de los programas oficiales.</p>	<p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P02-Política de personal, PDI y PAS. • P08-Revisión y mejora periódica de las enseñanzas. <p>En la actualidad, el centro tiene implementados procesos de revisión de los programas ofertados que permitan identificar las necesidades de personal docente, tanto en volumen de carga de trabajo como en perfiles necesarios. No obstante, se podría perfeccionar el procedimiento P02 para definir con mayor grado de detalle el proceso de identificación de las necesidades de PDI a partir de la revisión de los programas ofertados. Examinando las evidencias aportadas, el análisis parece estar más orientado a la mejora de las titulaciones en su conjunto que a la identificación de necesidades de personal docente.</p> <p>En los expedientes de renovación de la acreditación de los títulos de la Facultad se observa alguna recomendación en relación con el Personal Académico en un Máster, donde se decía que “Se debe aumentar el número de doctores que imparte docencia en el título en la cuantía que exige el artículo 7.3 del Real Decreto 420/2015, de 29 de mayo”, recomendación que se incorporó en su plan de mejora y actualmente está resuelta.</p>	B

Criterio 4.- Gestión del personal docente

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

**Valoración
A, B, C, D**

B

Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>4.2.- Se debe dotar a los programas ofertados de profesorado capacitado, competente y cualificado, haciendo uso de los mecanismos establecidos en la institución.</p>	<p>El procedimiento <i>P02- Política de personal, PDI y PAS</i> establece la sistemática aplicable a la identificación de las necesidades de personal, al proceso global de incorporaciones, bajas voluntarias, incapacidades temporales o permanentes, excedencias, formación continua, a la evaluación del desempeño y a la promoción del PDI y PAS de la Facultad.</p> <p>El procedimiento <i>P08-Revisión y mejora periódica de las enseñanzas</i> describe la revisión y control periódico de las titulaciones mediante un seguimiento interno anual y seguimiento de las acciones de mejora correspondientes y lo seguimientos externos (FM+D) ordinarios y especiales, así como el trámite para la modificación de los programas oficiales.</p>	<p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P02-Política de personal, PDI y PAS. • P16-Planificación y desarrollo de la enseñanza. • Procedimientos de contratación y asignación de profesorado. • Registros de asignación de profesorado, carga docente. • Plan de Ordenación Docente (POD). <p>En la actualidad, el centro tiene implementados procedimientos para dotar a los programas ofertados de profesorado capacitado, competente y cualificado.</p>	<p>B</p>

Criterio 4.- Gestión del personal docente			Valoración A, B, C, D
<p><i>El centro desarrolla mecanismos que aseguran que el acceso, la gestión, la formación de su personal académico y de apoyo a la docencia, así como la evaluación periódica y sistemática de su actividad docente, se realiza con las debidas garantías permitiéndoles cumplir con sus funciones, respetando siempre su libertad e integridad académica.</i></p>			B
Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>4.3.- El centro debe tener implantado un proceso para asegurar la formación y actualización del profesorado en aquellas materias que sean pertinentes, en particular las relativas a metodologías de enseñanza y uso de tecnologías específicas para la docencia.</p>	<p>El procedimiento <i>P02- Política de personal, PDI y PAS</i> establece la sistemática aplicable a la formación continua del PDI y PAS de la Facultad.</p> <p>El procedimiento <i>P08-Revisión y mejora periódica de las enseñanzas</i> describe la revisión y control periódico de las titulaciones mediante un seguimiento interno anual y seguimiento de las acciones de mejora correspondientes y los seguimientos externos (FM+D) ordinarios y especiales, así como el trámite para la modificación de los programas oficiales.</p>	<p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P02-Política de personal, PDI y PAS. • Plan de Formación Interna. • Registros de acciones de formación. <p>En la actualidad, el centro tiene implantado un proceso para asegurar la formación y actualización del profesorado en aquellas materias que sean pertinentes. Conforme al procedimiento P02, los planes de formación y desarrollo "recogen las necesidades de desarrollo en todos los ámbitos (competenciales, técnicos, idiomáticos, tutorías, etc.), para lograr la excelencia del trabajador".</p> <p>Según el Procedimiento General de Formación del CEU, se articulan acciones dirigidas a cubrir las necesidades de formación de todo el personal de la Institución. Estas acciones están diseñadas a partir de la información recogida en la fase de detección de necesidades identificadas por los responsables de los centros y áreas.</p> <p>Con esta información se diseña el plan de formación, se aprueba, se comunica y se ejecuta. Para finalizar el ciclo anual, se realiza el seguimiento, las evaluaciones de las acciones formativas y se elabora la Memoria de plan de formación. Se presenta como evidencia el Plan del curso 2020-2021.</p>	B

Criterio 4.- Gestión del personal docente

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

**Valoración
A, B, C, D**

B

Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>4.4.- El centro debe realizar una evaluación periódica del desempeño de su personal docente, utilizando para ello la información del sistema de gestión y mejora de calidad (ver "Política de aseguramiento de calidad y organización de la mejora continua").</p>	<p>El procedimiento <i>P02- Política de personal, PDI y PAS</i>, establece la sistemática aplicable a la evaluación del desempeño del PDI y PAS de la Facultad.</p> <p>El procedimiento <i>P30-Satisfacción de los grupos de interés</i>, describe la sistemática para la realización de la medición de los niveles de calidad percibida por los estudiantes, el profesorado, el personal de administración y servicios y los agentes externos.</p>	<p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P02-Política de personal, PDI y PAS. • Registros de acciones de formación. • Registros de evaluación de personal docente. • Registros de evaluación de desempeño del PAS. • P30-Satisfacción de los grupos de interés. • Encuestas de satisfacción general y de satisfacción con la docencia. <p>En la actualidad, el centro tiene implantado un proceso para realizar la evaluación periódica del desempeño de su personal docente. El procedimiento P02, contempla la evaluación del desempeño profesional del PDI a través del Sistema de Evaluación y Desarrollo del PDI Docentia+CEU, regulado conforme a la normativa laboral general, los convenios colectivos de aplicación y las normas internas de organización y funcionamiento de las Universidades CEU y de la Fundación. El procedimiento de evaluación Docentia+CEU es un programa general de la Universidad muy alineado con la Política de Recursos Humanos. Su diseño fue verificado positivamente por la Fundación Madrimasd (17 de junio de 2020).</p> <p>Invitamos a la Universidad a implantar el programa DOCENTIA verificado por la Fundación Madrimasd, lo que daría una mayor visualización y seguimiento al programa.</p>	<p>B</p>

<p>Criterio 5.- Gestión de los recursos de aprendizaje y servicios de apoyo</p> <p><i>El centro se dota de mecanismos que le permiten diseñar, gestionar y mejorar sus servicios y recursos materiales para el adecuado desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes.</i></p>			Valoración A, B, C, D
			B
Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>5.1.- El centro debe disponer de los recursos materiales y servicios de apoyo necesarios para un correcto desarrollo del aprendizaje de los estudiantes. Los estudiantes deben disponer de la información sobre estos servicios y acceso a los mismos.</p>	<p>El Sistema de Calidad de la Universidad ha establecido los procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P24-Inserción laboral. • P25-Investigación. • P26-Servicio de Biblioteca. • P27-Servicio de idiomas. • P28-Voluntariado y pastoral <p>Dichos procedimientos reflejan el funcionamiento de los diferentes servicios que, a su vez, ponen a disposición de los estudiantes los recursos materiales necesarios para un correcto desarrollo del aprendizaje. Se echa en falta procesos específicos de gestión de recursos materiales y de gestión de prestación de servicios.</p>	<p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P24-Inserción laboral. • P25-Investigación. • P26-Servicio de Biblioteca. • P27-Servicio de idiomas. • P28-Voluntariado y pastoral. • Catálogo de recursos materiales y servicios de apoyo de centro. (apartado 8 de las memorias de los títulos). • Oficina de Información al Estudiante, material divulgativo y formativo, web, ... <p>Las titulaciones impartidas hacen uso tanto de recursos específicos de la Facultad de Farmacia como de instalaciones comunes de todo el campus. Durante la evaluación se ha constatado la calidad de los recursos materiales y servicios de apoyo al aprendizaje disponible. Existen aulas adecuadas para el desarrollo de las diferentes prácticas docentes y se ha evidenciado un uso flexible de espacios comunes para generar espacios de trabajo en común y de estudio. La información se publica en la página web.</p> <p>No obstante, sería beneficioso para la Facultad de Farmacia que el SGIC incorporara procedimientos específicos para la gestión de los recursos materiales y la prestación de servicios, con el objetivo de perfeccionar los mecanismos de diseño, gestión y mejora de los servicios y recursos materiales para el adecuado desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes.</p>	B

Criterio 5.- Gestión de los recursos de aprendizaje y servicios de apoyo

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

**Valoración
A, B, C, D**

B

Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>5.2.- El centro debe implementar procesos que permitan identificar las necesidades de recursos materiales, servicios de apoyo y personal de administración y servicios, que permitan el correcto desarrollo de los títulos ofertados.</p>	<p>El Sistema de Calidad de la Universidad ha establecido los procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P08-Revisión y mejora periódica de las enseñanzas. • P16-Planificación y desarrollo de la enseñanza • P29-Gestión de sugerencias, quejas, reclamaciones y agradecimientos. • P30-Satisfacción de los grupos de interés. <p>Los procedimientos P08 y P16 parecen estar más orientados a la mejora de las titulaciones en su conjunto que a la identificación las necesidades de recursos materiales, servicios de apoyo y personal de administración y servicios, que permitan el correcto desarrollo de los títulos ofertados.</p> <p>Los procedimientos P29 y P30 están enfocados a recoger la opinión de los diferentes colectivos, analizarlos y dar respuesta o articular acciones de mejora.</p>	<p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P08-Revisión y mejora periódica de las enseñanzas. • P16-Planificación y desarrollo de la enseñanza. • P29-Gestión de sugerencias, quejas, reclamaciones y agradecimientos. • P30-Satisfacción de los grupos de interés. • Encuestas de satisfacción con los servicios y análisis de encuestas. <p>Tal y como se ha indicado en el punto anterior, la Facultad de Farmacia está dotada con unos recursos materiales y servicios de apoyo adecuados para el desarrollo de los títulos. Los procesos de detección de necesidades funcionan de forma adecuada y permiten que todo el personal implicado pueda plantear necesidades específicas de compra, contratación, o de mejora de algún servicio.</p> <p>Durante la visita se evidenció como se habían detectado y resuelto necesidades de diferentes tipos.</p> <p>No obstante, sería beneficioso para la Facultad que el SGIC incorporara procedimientos específicos para la gestión de los recursos materiales y la prestación de servicios, con el objetivo de perfeccionar los mecanismos de identificación de las necesidades de recursos materiales, servicios de apoyo y personal de administración y servicios, que permitan el correcto desarrollo de los títulos ofertados.</p>	<p>Valoración A, B, C, D</p> <p>B</p>

Criterio 5.- Gestión de los recursos de aprendizaje y servicios de apoyo <i>El centro se dota de mecanismos que le permiten diseñar, gestionar y mejorar sus servicios y recursos materiales para el adecuado desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes.</i>			Valoración A, B, C, D
			B
Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>5.3.- El centro debe tener implementados procesos para la dotación de los recursos, servicios de apoyo y personal de administración y servicios cuando se hayan identificado necesidades. En caso de que los procesos de contratación no dependan directamente del centro deben implementar los procesos de solicitud a los órganos de orden superior correspondientes.</p>	<p>El Sistema de Calidad de la Universidad ha establecido los procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P02-Política de personal, PDI y PAS. • P08-Revisión y mejora periódica de las enseñanzas. • P29-Gestión de sugerencias, quejas, reclamaciones y agradecimientos. <p>Estos procedimientos parecen estar más orientados a la mejora de las titulaciones en su conjunto que a la dotación de los recursos, servicios de apoyo y personal de administración y servicios cuando se hayan identificado necesidades.</p>	<p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P02-Política de personal, PDI y PAS. • P08-Revisión y mejora periódica de las enseñanzas. • P29-Gestión de sugerencias, quejas, reclamaciones y agradecimientos. <p>Los procesos de adquisición de nuevos recursos materiales, así como de contratación de personal de apoyo y servicio muestran un funcionamiento adecuado, contrastado por la adecuada dotación existente.</p> <p>La identificación de necesidades de los profesores, o personal de apoyo y servicio, así como aquellas otras que puedan sugerirse a través de los mecanismos de comunicación con los estudiantes referidos en el apartado anterior, es analizada por la CIC de la Facultad de Farmacia.</p> <p>Se ha constatado la adquisición y dotación, en un corto periodo de tiempo, de nuevos equipos para adaptar las aulas a metodologías de formación presencial y a distancia.</p> <p>No obstante, en el expediente de renovación de la acreditación de un Grado del Centro se incluye la recomendación de aumentar la dotación de PAS. Esta recomendación se evidencia que fue incorporada a su plan de mejora e implementada con la incorporación de dos técnicos de laboratorio.</p>	B

Criterio 5.- Gestión de los recursos de aprendizaje y servicios de apoyo

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

**Valoración
A, B, C, D**

B

Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>5.4.- Dentro de los procesos de gestión de la mejora del centro se debe contemplar los recursos de aprendizaje y los servicios de apoyo, evaluando el desempeño de los mismos y estableciendo las acciones de mejora que fuesen pertinentes.</p>	<p>El Sistema de Calidad de la Universidad ha establecido los procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P02-Política de personal, PDI y PAS. • P08-Revisión y mejora periódica de las enseñanzas. • P29-Gestión de sugerencias, quejas, reclamaciones y agradecimientos. • P30-Satisfacción de los grupos de interés. <p>Se contempla la gestión de la mejora del centro en todas sus vertientes.</p>	<p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P02-Política de personal, PDI y PAS. • P08-Revisión y mejora periódica de las enseñanzas. • P29-Gestión de sugerencias, quejas, reclamaciones y agradecimientos. • P30-Satisfacción de los grupos de interés. • Encuestas de satisfacción con los servicios y análisis de encuestas. <p>Dentro de los procesos de gestión de la mejora del centro se contemplan los recursos de aprendizaje y los servicios de apoyo.</p> <p>Los informes de satisfacción de los estudiantes incluyen información sobre el desempeño de los recursos de aprendizaje y servicios de apoyo clave. Esta información es puesta a disposición de los diferentes órganos de mejora de la Facultad y de la universidad para emprender las acciones de mejora pertinentes, que quedan reflejadas en los objetivos y planes de mejora de los centros y títulos.</p> <p>Durante la visita a las instalaciones se evidenció la mejora de los medios disponibles y la adaptación de los ya existentes a la situación sanitaria provocada por la COVID-19.</p> <p>En el último año la universidad ha avanzado en la digitalización de algunos procesos de gestión utilizando la herramienta SIGMA.</p>	<p>A</p>

Criterio 6.- Resultados

El centro recopila, analiza y usa la información pertinente para la gestión eficaz de sus programas y otras actividades.

**Valoración
A, B, C, D**

B

Directriz

Análisis procedimiento SIGC

Análisis evidencias disponibles

**Valoración
A, B, C, D**

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

- Información sobre resultados académicos.
- Resultados de inserción laboral.
- Satisfacción de los grupos de interés.
- Quejas, reclamaciones, alegaciones y sugerencias de mejora.

El sistema de calidad de la universidad tiene implementados varios procedimientos relacionados con la recopilación de información sobre resultados.

P17-Proceso docente y evaluación del aprendizaje tiene por objeto regular la realización, valoración, publicación y revisión de los exámenes, así como de todo tipo de pruebas de evaluación que se lleven a cabo.

P18-Gestión de Indicadores y Resultados de aprendizaje tiene por objeto definir el catálogo de indicadores y evidencias generadas por el sistema para garantizar la mejora continua del Centro y sus titulaciones.

P24-Inserción laboral regula la sistemática de seguimiento del nivel de inserción laboral de los egresados de la facultad.

P29-Gestión de sugerencias, quejas, reclamaciones y agradecimientos atiende la comunicación de incidencias de todos los grupos de interés.

El *P30-Satisfacción de los grupos de interés*, describe la sistemática para la realización de la medición de los niveles de calidad percibida por los estudiantes, el profesorado, el personal de administración y servicios y los agentes externos.

Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:

- P17-Proceso docente y evaluación del aprendizaje.
- P18-Gestión de Indicadores y Resultados de aprendizaje.
- Registros de calificaciones.
- P24-Inserción laboral.
- P29-Gestión de sugerencias, quejas, reclamaciones y agradecimientos.
- P30-Satisfacción de los grupos de interés.
- Encuestas y análisis de encuestas.
- Indicadores y resultados académicos.

Los procedimientos están implantados de forma coherente en la Facultad. Anualmente se recopila información de los principales indicadores de resultados académicos de cada una de las titulaciones de la Facultad de Farmacia.

De igual forma se realizan periódicamente informes de inserción laboral de los egresados de cada titulación, que son analizados en la CIC y SubCIC de cada título.

En relación a la satisfacción de los grupos de interés, la universidad tiene establecida una sistemática para la elaboración de encuestas de satisfacción de los grupos de interés, en particular del estudiantado, con la calidad de la docencia recibida, recursos y diversos servicios transversales.

En general, en las entrevistas realizadas con estudiantes y egresados, manifiestan un alto grado de satisfacción, destacando la coordinación y la atención del profesorado. No obstante, esta percepción no la comparte el estudiantado del Grado en Nutrición que demanda mayor atención por parte de la Universidad.

Por otra parte, no se evidencia el procedimiento y la medición de la satisfacción del grupo de interés empleadores.

B

Criterio 6.- Resultados

El centro recopila, analiza y usa la información pertinente para la gestión eficaz de sus programas y otras actividades.

**Valoración
A, B, C, D**

B

Directriz

Análisis procedimiento SIGC

Análisis evidencias disponibles

**Valoración
A, B, C, D**

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

Como se ha indicado anteriormente, el sistema de calidad dispone de procedimientos que aseguran que la información está disponible a todos los niveles necesarios de gestión, según corresponda, desde la coordinación de la actividad docente, hasta la dirección y gerencia del centro.

Para cada uno de los niveles se ha establecido el tipo de información a considerar en sus análisis.

Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:

- P04-Control de documentos y archivos.
- P05-Auditorías. Informes de Auditorías.
- RM-Registro de Modificaciones.
- P06-Información pública.
- Portal de Transparencia.
- Informes de indicadores.
- P29-Gestión de sugerencias, quejas, reclamaciones y agradecimientos.
- Informe BSQRA y Defensor Universitario.
- P30-Satisfacción de los grupos de interés.
- Encuestas y análisis de encuestas.

Se ha comprobado la disponibilidad de la información recopilada en los diferentes niveles de decisión y de mejora de la Escuela. Esta información muestra diferentes niveles de agregación, que facilitan la toma de decisiones en cada órgano.

El ciclo de seguimiento anual de la Comisión SISCAL, la CIC del centro y las SubCIC de los títulos, permite la transmisión de información entre diferentes niveles.

Las actas de las comisiones y la documentación relacionada con cada una de las reuniones identifican la información tratada en cada una de ellas. No obstante, se considera una oportunidad de mejora la formalización de las actas, incluyendo el perfil de los asistentes y su publicación en el apartado correspondiente de la página web.

Algunas carpetas de SharePoint aportadas en las evidencias están vacías y no todos los enlaces están operativos. Por ejemplo, en el Grado en Ingeniería de Sistemas de Telecomunicación, curso 21-22, la carpeta EOS37 Indicadores resultados está vacía. Asimismo, el enlace informes de auditorías de la guía de auditoría no está operativo. Esto sucede también en otras directrices. Aunque el liderazgo y esfuerzo de la Unidad de Estadística y Calidad y la guía de auditorías facilitada se valore muy positivamente, sería conveniente actualizar los indicadores, las carpetas de SharePoint y revisar los enlaces de la guía de auditoría.

Además de incluir en la guía de auditoría la directriz 7.4.

B

Criterio 6.- Resultados

El centro recopila, analiza y usa la información pertinente para la gestión eficaz de sus programas y otras actividades.

**Valoración
A, B, C, D**

B

Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>6.3.- El centro debe tener implementados procesos para realizar un análisis crítico de los resultados obtenidos, dar publicidad a los mismos y utilizar la información en los procesos de mejora.</p>	<p>El sistema de calidad de la universidad tiene implementados procesos para realizar un análisis crítico de los resultados obtenidos, dar publicidad a los mismos y utilizar la información en los procesos de mejora.</p> <p>El procedimiento <i>P08-Revisión y mejora periódica de las enseñanzas</i> describe la revisión y control periódico de las titulaciones mediante un seguimiento interno anual y seguimiento de las acciones de mejora correspondientes y los seguimientos externos (FM+D).</p> <p><i>P05-Auditorías</i>, cuyo objeto es sistematizar revisiones periódicas, internas y externas, independientes y objetivas, para asegurar la adecuación y la mejora continua del SGIC.</p> <p><i>P06-Información pública</i>, que establece el modo en el que la Facultad revisa, actualiza y hace pública la información relativa a las titulaciones que imparte.</p> <p><i>P18-Gestión de Indicadores y Resultados de aprendizaje</i> tiene por objeto definir el catálogo de indicadores y evidencias generadas por el sistema para garantizar la mejora continua del Centro y sus titulaciones.</p>	<p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P08-Revisión y mejora periódica de las enseñanzas. • P05-Auditorías. • Informes de Auditorías. • RM-Registro de Modificaciones. • P06-Información pública. • Portal de Transparencia. • P18-Gestión de Indicadores y Resultados de aprendizaje. • Actas CIC y SubCIC. <p>Se han analizado los registros de los diferentes órganos de decisión y mejora establecidos por la Facultad.</p> <p>Tal y como se ha indicado en las directrices anteriores, se recopilan diferentes indicadores y resultados, que son trasladados a los órganos de decisión y mejora establecidos. Los procesos de análisis crítico de resultados están implementados, si bien, a medida que se avance en el cierre de los ciclos de mejora del SGIC (actualizado en algunas directrices recientemente), se perfeccionará el análisis de indicadores en general y a nivel centro, actualmente recae sobre todo en las titulaciones.</p> <p>De forma sistemática se realizan auditorías internas para evaluar la implantación del sistema de calidad en el centro, y los resultados de las mismas son incorporados en los procesos de mejora. La Comisión SISCAL recibe información agregada de las CIC y SubCIC y se desarrollan planes de mejora a nivel universidad, centro y título. No obstante, se podría perfeccionar el proceso de difusión de los planes de mejora y el nivel de concreción de los responsables e indicadores.</p> <p>Asimismo, se recomienda mejorar la planificación de las auditorías, distanciándolas en el tiempo para poder implantar los planes de mejora. Por ejemplo, se celebró la auditoría interna el 17 de junio de 2022 y se ha realizado la vista externa de evaluación el 5 y 6 de julio de 2022.</p> <p>En las evidencias presentadas (Tabla03B-EOS37 Indicadores resultados) se constata que las tasas de cobertura superan, en algunos títulos, el 100%, aunque se echa en falta un análisis suficientemente crítico de estos resultados.</p>	<p>B</p>

Criterio 7.- Información pública y transparencia.

El centro publica información clara, precisa, objetiva, actualizada y fácilmente accesible sobre sus actividades y programas.

Valoración
A, B, C, D

B

Directriz

Análisis procedimiento SIGC

Análisis evidencias disponibles

Valoración
A, B, C, D

7.1.- El centro debe tener implementados procedimientos para publicar información clara, precisa y completa sobre sus programas formativos y otras actividades relevantes. Estos procedimientos deben incluir la revisión y actualización de la información por parte de los responsables establecidos por el centro.

El sistema de calidad de la universidad tiene implementados procedimientos para publicar información clara, precisa y completa sobre sus programas formativos y otras actividades relevantes. Estos procedimientos incluyen la revisión y actualización de la información por parte de los responsables

P06- Información pública, que establece el modo en el que la Facultad revisa, actualiza y hace pública la información relativa a las titulaciones que imparte.

P05-Auditorías, cuyo objeto es sistematizar revisiones periódicas para asegurar la adecuación y la mejora continua del SGIC.

P01, P08 y P16 para documentar la revisión y actualización de la información por parte de los responsables establecidos por el centro.

La universidad dispone tanto de una página web abierta a todo el público, que incluye el portal de transparencia, como de sección privada de intranet y campus virtual.

Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:

- P01-Política y objetivos de calidad.
- P05-Auditorías.
- P08-Revisión y mejora periódica de las enseñanzas.
- RM-Registro de Modificaciones.
- P16-Planificación y desarrollo de la enseñanza.
- P06-Información pública.
- Página web
- Portal de Transparencia.
- P31-Formación Permanente.
- Documentos de comunicación y difusión.

Se han revisado las evidencias de la implantación del proceso de Información pública, y se ha contrastado su adecuado funcionamiento.

La página web, la intranet y el campus virtual. muestran información sobre los programas formativos y otras actividades de la universidad. Esta información es comunicada siguiendo los canales establecidos por los responsables de la página web. La información mostrada, en general, está actualizada.

No obstante, se podría valorar incluir en el portal de transparencia más indicadores sobre resultados de rendimiento académico, por ejemplo, las tasas de graduación y abandono.

B

Criterio 7.- Información pública y transparencia. <i>El centro publica información clara, precisa, objetiva, actualizada y fácilmente accesible sobre sus actividades y programas.</i>			Valoración A, B, C, D
			B
Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>7.2.- Los procedimientos implementados por el centro deben tener en cuenta a los diferentes grupos de interés, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudiantes potenciales. • Estudiantes matriculados. • Estudiantes graduados. • Personal docente. • Personal de apoyo y servicios. • Empleadores. • Sociedad en general. 	<p><i>P06-Información pública y P03-Normativa y representación de los GI.</i> detallan la identificación de los diferentes grupos de interés considerados de cara a la publicación y comunicación de información</p>	<p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P01-Política y objetivos de calidad. • MP-Manual de Procesos. • MC-Manual de Calidad. • P03-Normativa y representación de los GI. • P30-Satisfacción de los grupos de interés. • Página web. <p>La página web, la intranet y el campus virtual muestran información sobre los programas formativos y otras actividades de la universidad, que son comunicadas siguiendo los canales establecidos a los responsables de la página web. La información mostrada, en general, está actualizada.</p> <p>Se ha comprobado que la publicación y difusión de información se hace de forma segmentada para cada grupo de interés. De forma singular la página web muestra una información de mayor utilidad para la población general y grupos de interés externos a la universidad, mientras la intranet y el campus virtual muestran información más detallada y concreta, orientada a los estudiantes y personal de la universidad.</p>	B

Criteroio 7.- Información pública y transparencia.

El centro publica información clara, precisa, objetiva, actualizada y fácilmente accesible sobre sus actividades y programas.

Valoración
A, B, C, D

B

Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>7.3.- La información debe ser publicada, al menos, en la página web del centro, y debe incluir, según corresponda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre el centro: <ul style="list-style-type: none"> ○ Organización. ○ Política. ○ Estrategia. ○ Sistema Interno de Garantía de la Calidad implementado. • Información sobre los programas ofertados: <ul style="list-style-type: none"> ○ Denominación de los títulos. ○ Vías de acceso y perfil de ingreso. ○ Criterios de reconocimiento de créditos. ○ Estructura del plan de estudios. ○ Guías docentes de las asignaturas. ○ Requisitos de idiomas. ○ Oferta de movilidad. ○ Número de plazas ofertadas. ○ Modalidad de impartición. ○ Cualificaciones e información sobre desempeño profesional. ○ Calendario lectivo (horarios de clase y fechas de evaluación). • Información sobre los servicios de gestión del centro. • Información sobre servicios de orientación a los alumnos. • Información sobre servicios complementarios ofertados. • Acceso al buzón de quejas, reclamaciones y sugerencias. • Información sobre resultados: <ul style="list-style-type: none"> ○ Información sobre resultados académicos. ○ Resultados de inserción laboral. ○ Satisfacción de los grupos de interés. ○ Quejas, reclamaciones, alegaciones y sugerencias de mejora. 	<p><i>P06- Información pública</i> detalla la información que debe ser publicada en la página web del centro.</p>	<p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Página web del centro. • Buzón SQRA. • Defensor Universitario. • Portal de Transparencia. • Indicadores y resultados académicos. • Servicio de Orientación Universitaria. <p>Durante la evaluación se evidencia la publicación una información completa en la página web:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Información de la universidad y del centro. - Información sobre los títulos ofertados. - Información sobre los recursos materiales y los servicios disponibles y vinculados a los diferentes títulos. - Acceso al buzón de quejas. - Información sobre resultados. - Guías docentes. - Calendarios lectivos y de evaluación. <p>Parte de la información se muestra en la sección de la página web en abierto, mientras que otra información específica está disponible en la intranet y el campus virtual.</p> <p>Es de reseñar que la información sobre el sistema interno de garantía de calidad disponible en la página web está desplegada a nivel título, como por ejemplo los planes anuales de mejora.</p>	<p>B</p>

Criterio 7.- Información pública y transparencia. <i>El centro publica información clara, precisa, objetiva, actualizada y fácilmente accesible sobre sus actividades y programas.</i>			Valoración A, B, C, D
			B
Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>7.4.- El centro debe implementar mecanismos que garanticen la rendición de cuentas de manera planificada, específica y bidireccional a los diferentes grupos de interés que participan en cada procedimiento del SIGC. Esta rendición de cuentas debe incluir la información y datos relevantes de los resultados alcanzados y recoger la opinión y propuestas de mejora de los grupos de interés.</p>	<p>Como se ha indicado en las directrices anteriores, los procedimientos del SGIC detallan el funcionamiento de los diferentes órganos de mejora establecidos en el sistema interno de garantía de calidad, con participación de los grupos de interés rindiendo cuentas a estos de las acciones realizadas.</p>	<p>El centro facilita a los diferentes grupos de interés información sobre los resultados de los diferentes procesos y servicios a través de la página web y de diversos mecanismos de comunicación. Tal y como se ha indicado en los apartados anteriores esta información es completa y se transmite a través de web, en la intranet y el campus virtual.</p> <p>Por otro lado, las actas de los diferentes órganos de decisión y mejora, que cuentan con representación de los grupos de interés, funcionan como elementos de comunicación bidireccional, captando información e informando de los resultados y acciones emprendidas.</p> <p>De forma general el profesorado, el personal de apoyo y servicios, los estudiantes, los egresados y los empleadores, han transmitido en las entrevistas un conocimiento del sistema de calidad, de las acciones de mejora y de los resultados conseguidos, y han mostrado su motivación al recibir esta información.</p> <p>No obstante, no se evidencia que el Centro haya implementado mecanismos que garanticen la rendición de cuentas de manera planificada, específica y bidireccional al grupo de interés empleadores. En las entrevistas, los responsables del centro son conscientes de esta oportunidad de mejora y ya tienen previsto un plan de acción que han iniciado recientemente.</p>	B

Criterio 8.- Organización de la mejora continua

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

**Valoración
A, B, C, D**

B

Directriz

Análisis procedimiento SIGC

Análisis evidencias disponibles

**Valoración
A, B, C, D**

8.1.- El centro debe implementar procedimientos para la mejora de los programas formativos, la gestión del personal docente, los recursos materiales y los servicios de apoyo.

El sistema de gestión implantado en el centro dispone de procedimientos específicos para gestionar la mejora de los programas formativos, la gestión del personal docente, los recursos materiales y los servicios de apoyo.

Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:

- P02-Política de personal, PDI y PAS.
- P05-Auditorías.
- P08-Revisión y mejora periódica de las enseñanzas.
- P29-Gestión de sugerencias, quejas, reclamaciones y agradecimientos.
- P30-Satisfacción de los grupos de interés.
- P31-Formación Permanente.

Durante la evaluación se ha encontrado evidencia de la efectiva implantación de todos los procesos del sistema de calidad, tal y como se describe en el conjunto de este informe.

No obstante, y como se ha detallado en las diferentes directrices de este documento, como oportunidades de mejora, conforme aumente el tiempo de implantación y se cierren nuevos ciclos de mejora, se perfeccionará el diseño y el funcionamiento del SGIC.

Se valora positivamente el compromiso institucional de la Universidad con la mejora continua y la alta participación de los diferentes colectivos convocados en la visita de evaluación.

B

Criterio 8.- Organización de la mejora continua			Valoración A, B, C, D
<p><i>El centro recopila, analiza y usa la información relevante para la toma de decisiones, tanto en lo referido a la gestión y mejora de las titulaciones, como aspectos no académicos pero vinculados a la actividad del centro.</i></p>			B
Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>8.2.- El centro debe utilizar de forma sistemática la información obtenida de la recopilación y análisis de los resultados, como elemento de referencia para la toma de decisiones.</p>	<p>El sistema de calidad implantado dispone de procedimientos para recopilar información, tal y como se detalla en el criterio 6. Resultados. Esta información es puesta a disposición de los órganos de decisión y mejora establecidos, según se detalla en el <i>P01 Política y objetivos de calidad</i>.</p>	<p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informes de indicadores. • Informes VSMA. • Actas CIC y SubCIC. • Actas de coordinación docente. • Actas de Órganos de Gobierno. • Informes de Auditorías internas y externas. • Quejas, reclamaciones, sugerencias y agradecimientos. • Encuestas y análisis de encuestas. <p>Tal y como se detalla a lo largo de este informe, existen evidencias del adecuado funcionamiento de los mecanismos de recopilación de información y de la puesta a disposición de la Comisión SISCAL, CIC y SubCIC de los títulos impartidos en el centro, así como de responsables de servicios y profesores, con el objeto de tomar decisiones basadas en información.</p> <p>Muestra de ello son las actas de las diferentes comisiones, los informes de satisfacción, los informes de valoración de servicios, o los planes de mejora establecidos tanto a nivel universidad, como a nivel Escuela y título.</p>	B

Criterio 8.- Organización de la mejora continua

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

**Valoración
A, B, C, D**

B

Directriz

Análisis procedimiento SIGC

Análisis evidencias disponibles

**Valoración
A, B, C, D**

8.3.- El centro debe asegurar que, de forma sistemática, la información relevante es analizada y tomada como referencia para establecer las acciones de mejora pertinentes sobre los programas formativos.

Tal y como se detalla en el *criterio 6. Resultados* y en el *criterio 3. Gestión de los títulos* de este informe, el sistema de calidad incorpora los procesos necesarios para recopilar información, analizarla y establecer acciones de mejora de los programas formativos.

Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:

- Planes de acciones de mejora de títulos y Seguimiento de acciones.
- Plan de Mejora del Centro y Seguimiento de acciones.
- RM-Registro de Modificaciones.
- Actas CIC y SubCIC.

Se ha encontrado evidencia de la adecuada implantación de los procesos vinculados a la mejora de los programas formativos en las actas de la Comisión SISCAL, CIC y SubCIC de los títulos impartidos en el centro, así como en la información utilizada en las reuniones de estos órganos.

Existen planes de mejora, actualizados anualmente, para cada una de las titulaciones impartidas en la Facultad.

B

Criterio 8.- Organización de la mejora continua			Valoración A, B, C, D
<i>El centro recopila, analiza y usa la información relevante para la toma de decisiones, tanto en lo referido a la gestión y mejora de las titulaciones, como aspectos no académicos pero vinculados a la actividad del centro.</i>			B
Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>8.4.- El centro debe implementar los mecanismos necesarios para impulsar la mejora continua en la gestión de personal docente.</p>	<p>Tal y como se detalla en el <i>criterio 4. Gestión del personal docente</i> el sistema dispone de procedimientos específicos relacionados con la mejora del personal docente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P02-Política de personal, PDI y PAS. • P30-Satisfacción de los grupos de interés. 	<p>Se presentan evidencias de cumplimiento de la directriz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P02-Política de personal, PDI y PAS. • Registros de acciones de formación. • Registros de evaluación de personal docente. • P30-Satisfacción de los grupos de interés. • Encuestas de satisfacción general y de satisfacción con la docencia. <p>Durante la evaluación se ha encontrado evidencia del impulso a la mejora continua del personal docente en diversos registros, siendo reseñable la existencia de acciones de mejora específicas para mejorar el perfil investigador del profesorado de la Facultad, o la formación en innovación docente.</p> <p>En los últimos cursos el profesorado ha recibido formación específica en las herramientas de formación a distancia y el uso de la nueva herramienta SIGMA.</p> <p>Tal y como se detalla a lo largo de este informe, en las entrevistas, tanto el profesorado como el estudiantado han mostrado un elevado nivel de satisfacción con el desempeño de los docentes, y su implicación en la mejora.</p> <p>Se valora muy positivamente la implantación de la figura del “Embajador Digital” para ayudar en la transformación digital de todo el profesorado.</p>	B

Criterio 8.- Organización de la mejora continua

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

**Valoración
A, B, C, D**

B

Directriz	Análisis procedimiento SIGC	Análisis evidencias disponibles	Valoración A, B, C, D
<p>8.5.- El centro debe implementar los mecanismos necesarios para impulsar la mejora continua en la gestión de los recursos y de los servicios de apoyo.</p>	<p>Tal y como se detalla en el criterio 6. Resultados y en el criterio 5 Gestión de los recursos de aprendizaje y servicios de apoyo de este informe, el sistema de calidad ha establecido los procedimientos necesarios para poner a disposición de los estudiantes los recursos materiales necesarios para un correcto desarrollo del aprendizaje.</p> <p>No obstante, estos procedimientos parecen estar más orientados a la mejora de las titulaciones en su conjunto que a la dotación de los recursos y servicios de apoyo. Se echa en falta procesos específicos de gestión de recursos materiales y de gestión de prestación de servicios.</p>	<p>Se muestra evidencia de un adecuado funcionamiento de los mecanismos de mejora de los recursos materiales y los servicios de apoyo.</p> <p>En las entrevistas con los responsables de servicios de apoyo se trasladó la percepción de una fuerte cultura de la calidad en la universidad.</p> <p>No obstante, sería beneficioso para la Facultad que el SGIC incorporara procedimientos específicos para la gestión de los recursos materiales y la prestación de servicios, con el objetivo de perfeccionar los mecanismos de diseño, gestión y mejora de los servicios y recursos materiales para el adecuado desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes.</p>	<p>B</p>

FORTALEZAS DEL SISTEMA

Detalle de las fortalezas del sistema identificadas durante la evaluación

1. La existencia de un compromiso institucional y del equipo directivo, que a través de su liderazgo impulsa el despliegue del sistema de calidad.
2. El liderazgo y esfuerzo de la Unidad de Estadística y Calidad.
3. La alta variedad de ofertas que ofrece la Universidad.
4. La Guía de auditoría como herramienta de apoyo para la implantación del sistema y el desarrollo de las auditorías.
5. Se ha realizado un esfuerzo en la digitalización, y se han acelerado cambios y mejoras, que agilizan múltiples procesos administrativos: por ejemplo, las guías docentes.
6. Alta participación de los diferentes colectivos convocados.
7. El Sistema de comunicación implantado.
8. Altos valores de satisfacción del estudiantado.
9. Sistema de apoyo integral al estudiantado (todo lo que rodea al alumno, cercanía).
10. Embajadores digitales como líderes de la transformación.

DEBILIDADES DEL SISTEMA

Detalle de las debilidades del sistema identificadas durante la evaluación

1. El sistema de gestión de calidad necesita más tiempo para estar más ampliamente implantado, esto significa que la documentación está correcta, que las *carpetas* de la base documental son las adecuadas, pero hay que contar con más ciclos de mejora, indicadores y mediciones que permitan la toma de decisiones, para dar una mayor trazabilidad a todo el proceso.
2. Hay margen para desplegar de una manera más formal la política de calidad de la universidad y los objetivos de la calidad a nivel de Universidad.

OPORTUNIDADES DE MEJORA DEL SISTEMA

Detalle de los aspectos que SIN COMPROMETER de forma sustantiva el cumplimiento de los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d, pueden ser objeto mejora en cuanto a eficiencia o eficacia del sistema.

1. El procedimiento de evaluación Docentia+CEU es un programa general de la universidad muy alineado con la Política de Recursos Humanos de la Universidad. Invitamos a la universidad a implantar el programa DOCENTIA verificado por la Fundación Madrimasd, lo que daría una mayor visualización y seguimiento al programa.
2. Formalización de las actas incluyendo el perfil de los asistentes y su publicación
3. Difusión de los planes de mejora. Concretar responsables e indicadores.
4. Valorar incluir en el portal de transparencia más indicadores sobre resultados, por ejemplo, graduación y abandono (1.2).
5. La definición y revisión de la política de calidad ha de tener en cuenta la opinión de los grupos de interés relacionados con el centro: empleadores y egresados.
6. Oferta Formativa: establecimiento de la adecuada participación del grupo de interés empleadores en los órganos y grupos de interés relacionados con el diseño, aprobación, revisión, modificación y extinción de los títulos (2.2).
7. Conviene implantar y visibilizar el procedimiento y la medición de la satisfacción del grupo de interés empleadores (6.1).
8. El Centro habrá de implementar de manera visible mecanismos que garanticen la rendición de cuentas de manera planificada, específica y bidireccional en el grupo de interés empleadores (7.4).
9. Incorporar procedimientos específicos para la gestión de los recursos materiales y la prestación de servicios, con el objetivo de perfeccionar los mecanismos de diseño, gestión y mejora de los servicios y recursos materiales (5.2).
10. Mejorar la planificación de las auditorías, distanciándolas en el tiempo para poder implantar los planes de mejora. Por ejemplo, se celebró la auditoría interna el 17 de junio de 2022 y se ha realizado la vista externa de evaluación el 5 y 6 de julio de 2022, lo cual es un plazo muy corto.
11. Reflexionar acerca del nivel de operatividad y funcionalidad de las CIC , teniendo en cuenta que las conforman 20 personas y se reúnen dos veces al año.

NECESIDADES DE MEJORA DEL SISTEMA

Detalle de los aspectos que COMPROMETEN el cumplimiento suficiente de los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d, y que deben ser objeto mejora para poder asegurar una correcta implantación del sistema.

--

NO CUMPLIMIENTOS

Detalle de los aspectos implican el no cumplimiento de alguno de los criterios y directrices del modelo SISCAL madri+d, y que por lo tanto IMPIDEN garantizar una correcta implantación del sistema.

--

VALORACIÓN GLOBAL DEL SISTEMA INTERNO DE GARANTÍA DE CALIDAD

El dictamen de la Comisión de Certificación de la Fundación, una vez analizado el Informe de Evaluación elaborado por Panel y teniendo en cuenta las alegaciones (si aplica) y el Plan de Mejora (si aplica) remitidos por el centro evaluado es:

DICTAMEN

FAVORABLE

PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE CERTIFICACIÓN

Nombre: Federico Morán Abad

Fecha: 28 de noviembre de 2022