



PROGRAMA AUDIT INTERNACIONAL INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y CENTRO AUDITADO

Universidad	Universidad Pública de Navarra
Centro	Escuela Técnica Superior (ETS) de Ingeniería Agronómica y Biociencias
Alcance de la auditoría (especificar cualquier posible exclusión)	Todos los procesos incluidos dentro del alcance de su Sistema de Aseguramiento Interno de Calidad y de los que es responsable.
Fecha de la auditoría	27 de abril de 2023

TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

Preauditoría	<input type="checkbox"/>	Inicial	<input checked="" type="checkbox"/>	Seguimiento	<input type="checkbox"/>	Renovación	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	---------	-------------------------------------	-------------	--------------------------	------------	--------------------------

Márquese con una "X" lo que proceda

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

Nombre	Inmaculada Farran Blanch
Cargo	Vicerrectora de Enseñanzas
Tfno. y correo	vicerektorado.enseñanzas@unavarra.es +34 948169563

Podrá tratarse del representante legal de la institución, o bien de la persona de contacto declarada en la solicitud

DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

Auditor Jefe	Dolores Cejalvo Lapeña	Institución	Universidad Católica de Valencia
Auditor	Amparo Chirivella Ramón	Institución	Universitat de València
Aud. Formación		Institución	

INCIDENCIAS DURANTE EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría externa se ha desarrollado sin incidencias en el día previsto y según agenda consensuada con la Universidad Pública de Navarra (ETS de Ingeniería Agronómica y Biociencias)



RESUMEN GLOBAL DE LA AUDITORÍA POR CADA DIRECTRIZ

Esta auditoría se ha realizado de manera muestral. Por este motivo, podrían existir otras no conformidades además de las indicadas en el presente informe.

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
1. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad	No Conf.	3. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes	No Conf.
1.1. Mecanismos para la aprobación y actualización periódica de la política y objetivos de calidad		3.1. Sistemas de información para satisfacer las necesidades de apoyo y orientación de los estudiantes	
1.2. Inclusión de aspectos vinculados a valores focales del Centro		3.2. Procedimientos para la toma de decisiones relacionadas con los estudiantes	
1.3. Participación de los grupos de interés		3.3. Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje	
1.4. Difusión y conocimiento por los grupos de interés		3.4. Mecanismos que regulen y difundan las normativas que afectan a los estudiantes	
1.5. Configuración del sistema para su despliegue		3.5. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico	No Conf.
2. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos	No Conf.	4.1. Revisión de la política institucional sobre personal académico	
2.1. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos		4.2. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal académico	
2.2. Alineación de los planes de estudios con su estrategia y las necesidades sociales		4.3. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico	
2.3. Órganos, grupos y procedimientos para la mejora continua de los títulos durante su ciclo de vida		4.4. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	
2.4. Mecanismos para valorar el mantenimiento y relevancia de su oferta formativa		4.5. Procesos de toma de decisión en las actividades que afectan directamente al personal académico	
2.5. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		4.6. Mecanismos de refuerzo y mejora en el rol docente e investigador del personal académico	
2.6. Rendición de cuentas a los grupos de interés		4.7. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal	
OBSERVACIONES: <ul style="list-style-type: none">Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas		<ul style="list-style-type: none">Por cada directriz se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varias directrices	

(Sigue)

Criterio AUDIT		Criterio AUDIT	
5. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos y servicios (PAS)	No Conf.	7. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones y otras actividades	No Conf.
5.1. Revisión de la política institucional y actuaciones de mejora sobre el PAS		7.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y otras actividades	

5.2. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios		7.2. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de información sobre los títulos	
5.3. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		7.3. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.	
5.4. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios		7.4. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	
5.5. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		7.5. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos	
5.6. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios		8. Cómo el Centro garantiza el mantenimiento y actualización del SAIC	No Conf.
6. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados	No Conf.	8.1. Procedimiento de control, revisión y mejora continua del SAIC	1
6.1. Mecanismos que evalúen los procesos de toma de decisiones sobre los resultados del SAIC		8.2. Participación de los grupos de interés en el diseño, implantación y mantenimiento del SAIC	
6.2. Participación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados		8.3. Procedimiento para el acceso a la documentación del SAIC y su adecuada descripción del Centro	
6.3. Mecanismos válidos de recogida de información sobre resultados del SAIC		8.4. Conocimiento operativo del SAIC por los grupos de interés	
6.4. Revisión y mejora de los indicadores y de los sistemas de análisis utilizados		8.5. Conservación de los registros generados por el SAIC	
6.5. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados de los procesos del SAIC	2	8.6. Procedimiento para el desarrollo de auditorías internas periódicas al SAIC	
6.6. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados obtenidos		8.7. Evaluación externa periódica del SAIC	

DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf. (1)	Subcrit. AUDIT	Justificación	Cat. No Conf. (2)
1	8.1	<p>No se ha podido evidenciar el despliegue de toda la documentación derivada del Sistema Interno de Garantía de Calidad: evidencias de coordinación según el PC 922. En el curso 21/22, no se encuentran evidencias en cuanto a la coordinación horizontal (PC922-Informe1, u otro documento como un acta de la reunión) en el Grado de Ingeniería Agroalimentaria y el Medio Rural, y en el Máster en Ingeniería Agronómica.</p> <p>Por otra parte, en contra de lo indicado en el PC 928 "Resultados del título" no se ha podido evidenciar el PC928-ANX 1 en el Grado de Ingeniería Agroalimentaria y del Medio Rural ni tampoco en el Grado de innovación de procesos y productos agroalimentarios ni en el Máster en Ingeniería Agronómica (curso 21/22).</p>	nc
2	6.5	<p>En el análisis de la Documentación del Sistema Interno de Garantía de la Calidad se ha evidenciado una falta de trazabilidad en las acciones plasmadas en los diferentes planes de mejora de los títulos: mejoras que aparecen abiertas, transcurrido el tiempo de implantación.</p> <p>Por otra parte, en estos planes de mejora no hay seguimiento de las acciones en contra de la documentación del sistema (plantilla de los planes de mejora): ejemplo, en el Master de Ingeniería Agronómica aparecen 9 acciones que se encuentran abiertas y tampoco hay un seguimiento de éstas, dicha revisión estaba prevista para la fecha 16/11/22.</p> <p>En el Máster Interuniversitario en Agrobiología Ambiental en su plan de mejoras del curso 21/22, aparecen 5 acciones de mejora, de la cuales, la Acción 1 "Presentación de una oferta atractiva de prácticas curriculares para los estudiantes", en su estado, aparece como implantada con un indicador asociado y, sin embargo, no aparece el valor de dicho indicador ni tampoco se puede evidenciar su seguimiento. El resto de acciones se encuentran abiertas, pero sin seguimiento.</p> <p>Lo mismo ocurre con los planes de mejora del Centro: ejemplo, en el curso 21/22 el Plan de mejoras del Centro contempla la acción 1516-2-ISGC cuya fecha prevista es 20/12/21, actualmente se encuentra abierta y sin comentarios. Otras acciones como "aumentar el número de créditos de asignaturas en euskera en los grados del Centro, que procede del curso 19/20, es considerada como una acción continua, actualmente se encuentra abierta y sin información sobre el status de implantación de dicha mejora.</p>	nc

- (1) Se mantendrá la misma correlación numérica utilizada en el apartado anterior
- (2) Se contemplan dos categorías de No Conformidades:
- No conformidad Mayor (NCM). Aquella carencia o error en el cumplimiento de los requisitos del SAIC, que compromete de forma grave, o puede llegar a hacerlo, el logro de los objetivos de calidad del Centro o de las enseñanzas que imparte.
 - No conformidad menor (nc). Aquella que por su naturaleza o singularidad, supone una desviación leve de lo establecido en el SAIC, y no se derivan las mismas consecuencias negativas que en el caso de las NCM.

El tratamiento de las NCM, así como de las nc recogidas en el informe final de auditoría, deberá ser documentado en el Plan de Acciones de Mejora (PAM).

Nota aclaratoria:

Es oportuno destacar que, como norma general, el informe de auditoría debe recoger una imagen lo más fiel posible a la situación del SAIC en el Centro auditado, **en la fecha en la cual se produjo la visita del equipo auditor**. En este sentido, y si bien se acepta que puedan haberse llevado a cabo diversas actividades de mejora en fechas posteriores, éstas no necesariamente tienen que ser incorporadas en la segunda versión del informe.

Será en su tercera y definitiva versión, aquella que se elabora por el equipo auditor tras proceder al análisis del PAM (Plan de Acciones de Mejora), donde sí cabe incorporar (capítulo de "Disposición final") valoraciones no solo basadas en compromisos de acciones futuras, sino también en las evidencias de acciones de mejora ya realizadas, a fecha de remisión del referido Plan.

OPORTUNIDADES DE MEJORA / OBSERVACIONES GENERALES AL SAIC *(excluyendo las no conformidades)*

OM1. A partir de las entrevistas realizadas durante la visita al Centro, el equipo auditor considera que el grado de conocimiento del SAIC por los grupos de interés, y en particular por los estudiantes y el PAS, resulta aún claramente mejorable.

OM2. A nivel de la información pública (en el entorno WEB abierto) se evidencia escasa información relacionada con la mejora continua de los títulos y del Centro (no se publican los planes de mejora, ni los Autoinformes de Seguimiento de los Títulos (ASAT)).

OM3. A través de las entrevistas con los estudiantes y egresados se detectan problemas de coordinación entre el profesorado de las diferentes materias de los títulos ("picos importantes de trabajo"; solapamiento de contenidos...)

OM4. Se sugiere que se ajuste el número de plazas que se ofertan en los títulos con lo indicado en la memoria verificada de éstos, donde también se describen los recursos disponibles para dicho número de plazas verificadas. Ejemplo: en el Grado en Ingeniería Agroalimentaria y del Medio Rural en su memoria verificada tiene 100 plazas de las cuales se ofertan 70 plazas para el propio Grado + 15 para el Doble grado con el Grado de Innovación de procesos y productos alimentarios. Quedarían 15 plazas por ofertar.

OM5. Se detectan desajustes en alguna guía docente con respecto a lo especificado en la memoria verificada del título como, por ejemplo: en el Grado en Biotecnología (asignatura física) las horas de las actividades formativas no presenciales (84 horas) no coinciden con lo reflejado en la guía de la asignatura (90 horas). En el Grado en Ingeniería Agroalimentaria y del Medio Rural, en la guía docente de Química en la actividad formativa "Clases expositivas" aparecen 45 horas y en la memoria verificada en dicha actividad formativa aparece un 42,3 % de un total de horas de 78, lo cual significa una dedicación a esta actividad de 32 horas.

OM6. Se evidencia que los procedimientos del sistema de calidad no se encuentran totalmente actualizados: aparecen referencias al RD 1393/2007 en el apartado 3. Normativa/Documentos de referencia. Ej. PGO 02 Acceso y Admisión e incluso en el apartado 5. cuando se habla del acceso al Máster; en el PC924 Acogida y Orientación a los estudiantes; en el PC927 Satisfacción de los estudiantes con el título (última revisión del procedimiento 17/02/23). Lo mismo ocurre con el PC 942, entre otros.

OM7. Se evidencia en el Informe de la Comisión de Garantía de Calidad del Centro diferencias de formato y de inclusión de información entre los diferentes títulos, destacando la importancia de incluir correctamente los planes de mejora, por ejemplo, en documento del 17/05/2022, el Grado de Ciencias de Datos no incluye plan de mejoras sino una relación de tablas y datos.

OM8. En los planes de mejora, siempre que sea posible, se deben incluir los indicadores para favorecer el seguimiento de las acciones, por ejemplo, en el plan de mejoras del centro del curso 22/23 de otoño, se establece como acción de mejora favorecer la formación continua del profesorado y no se ha incluido ningún indicador de seguimiento para analizar su adecuado desarrollo.



OPORTUNIDADES DE MEJORA / OBSERVACIONES GENERALES AL SAIC (*excluyendo las no conformidades*)

FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SAIC (en su diseño e/o implementación)

1. Alto grado de implicación del Equipo de Dirección de la Escuela y de la Oficina de Organización y Calidad de la Universidad en la mejora continua del Centro y de sus titulaciones de Grado y Máster
2. Alta implicación y disponibilidad del profesorado hacia las necesidades del estudiantado (por ejemplo, en cuanto a su atención a las dudas incluso fuera del horario de tutoría)
3. Alta dotación de recursos en instalaciones y materiales puestos a disposición de los/las estudiantes para el desarrollo de los programas formativos de las titulaciones. Destacar la Finca de Prácticas, así como su Planta Piloto.
4. Destaca la alta dotación fondos y los recursos bibliográficos para el alumnado y PDI
5. Alta valoración de los estudios cursados manifestada por los/las Egresados/as y Empleadores/as.
6. Se valora positivamente las iniciativas de la Universidad y de la ETS de Ingeniería Agronómica y Biociencias en cuanto a la vinculación con el entorno tanto social como económico (encuentros y reuniones con el sector empresarial y las propuestas de Aprendizaje-Servicio (APS))

PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Barrena, Ramo	Directora ETSIAB
López, Ainara	Coordinadora Calidad
Arregui, Luis	Secretario Académico
Virto, Íñigo	Subdirector Promoción y Movilidad
Arroqui, Cristina	Subdirectora GIPPA
Insausti, Kizkitza	Subdirectora GIAMR



González, Esther	Subdirectora Ciencias
Murillo, Rosa	Subdirectora Biotec
López, Carlos	Subdirector C Datos
González, Pablo	Estudiante
López, Marta	Estudiante
Etxeberria, Xabier	Estudiante
Ugalde, Ainhoa	Estudiante
Martínez, Iñigo	Estudiante
San Idelfonso, Susana	Estudiante
Alfonso, Ana	Estudiante
Maté, Juan	R. Planta Piloto
Urrestarazu, Jorge	R. Laboratorios Biotec-Ciencias
Urdiain, Juanjo	R. Finca de Prácticas
Echevarría, Carmen	R Biblioteca
Ayerra, Iñaki	R. Administración UAA2
Aranguren, Luis	R. Administración. Departamento ABA-UAA2
Berdonces, Susana	Centro Superior de Innovación Educativa
Casado, Conchi	Jefa de Sección Oficina de Atención Universitaria
Del Campo, Carlos	R. Competencias informacionales-Biblioteca
Olaverri, Arantxa	Jefa Sección Centros y Departamentos
Arazuri, Silvia	PDI
Navarro, Montse	PDI
Zabalza, Ana	PDI
Ruiz de Escudero, Íñigo	PDI
Enrique, Alberto	PDI
Campo, Miguel Angel	PDI
Gandía, Luis	PDI



Azcárate, Cristina	PDI
Jericó, Leticia	Miembro Comisión Calidad
Muelas, Piedad	Miembro Comisión Calidad
Ahechu, Álvaro	Miembro Comisión Calidad
Iraburu, Santiago	Miembro Comisión Calidad
González de Audicana, María	Miembro Comisión Calidad
Zalba, Irantzu	Egresada
González, Mikel	Egresado
León, Sara	Egresada
Herrero, Paula	Egresada
González, Xabier	Egresado
Etzegoien, Joanes	Egresado
Jamar, Jesús	Empleador/tutor (Colegio Oficial de Ingenieros Agrónomos)
Maíz, Damiana	Empleadora /tutora (INTIASA-IAMR-IPPA)
Muruzabal, Maite	Empleadora/tutora (Grupo AN-IAMR-IPPA)
Reina, Ramsés	Empleador/tutor (CSIC-Biotecnología)
Ruiz de Celarreta, Ernesto	Empleador/tutor (Nasertic-Ciencia de Datos)

EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN

DISPOSICIÓN FINAL

VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)

El equipo auditor de la Agencia certificadora, una vez examinado el SAIC del citado Centro con objeto de evaluar su grado real de implantación, así como los compromisos recogidos (en su caso) en el plan de acciones de mejora emite la siguiente valoración previa: (2)



FAVORABLE



DESFAVORABLE

- (1) Lo indicado en este informe será tenido en cuenta por la Comisión de Certificación de la Agencia para valorar la concesión del certificado de implantación del SAIC, si bien su decisión final **podrá no coincidir con la efectuada por el equipo auditor**.
- (2) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

En fecha 29 de junio de 2023 se recibe el Plan de Acciones de Mejoras (PAM), remitido por la ETS de Ingeniería de Agronomía y Biociencias de la Universidad Pública de Navarra, en el que se describen las principales acciones de análisis y tratamiento realizadas tanto sobre las no conformidades (nc), como sobre las oportunidades de mejora (OM) recogidas en el informe en su versión 02.

Tras la revisión del PAM y de los enlaces suministrados, el equipo auditor considera que:

nc 1: La ETSIAB se compromete al fortalecimiento en la sistematización de la recogida de las evidencias ya existentes en lo que respecta a la coordinación horizontal. Para ello, se van a seguir realizando reuniones del Responsable de Calidad del Título con los delegados y coordinadores de asignatura, recogiendo como evidencias las actas de dichas reuniones que se plasmarán en el PC922-Inf 1 "Acta de coordinación de la docencia". Por otra parte, manifiestan su compromiso, con fecha prevista Diciembre de 2023 en cumplimentar correctamente la evidencia PC928 ANX 1 "Revisión web del título".

nc2: En cuanto a esta no conformidad, en su PAM, hay un compromiso desde el Vicerrectorado de Enseñanzas que para el curso 23/24 se va a formar un grupo de trabajo con participación de todos los centros, incluida la ETSIAB para mejorar la trazabilidad y el seguimiento continuo de las acciones de mejora identificadas en los seguimientos internos anuales. Por otra parte, se señala que ya se ha diseñado una nueva plantilla del plan de mejoras que ayudará a un mejor seguimiento y por tanto, a la trazabilidad de las mejoras a implantar. Por último, otra acción prevista es la organización de sesiones formativas para todos los responsables de calidad del título. Se evidencia en <https://www2.unavarra.es/gesadj/servicioCalidad/plan-mejoras/plan-de-mejoras.xlsx>, el nuevo formato de plantilla del Plan de mejoras.

Estas acciones afectarán a los planes de mejora de los títulos y del Centro.

OM1-OM8

Se considera como positivo que las 8 Oportunidades de Mejora se hayan incluido en el PAM entregado por la ETSIAB.

OM1: Con el fin de favorecer el conocimiento del SAIC por parte de los grupos de interés, se ha elaborado material de carácter divulgativo. Se considera que aplicable a todos los Centros. Se evidencia su realización: <https://www2.unavarra.es/gesadj/servicioCalidad/video-calidad/la-calidad-en-la-upna.mp4>; <http://www.unavarra.es/si/visorpdf/bupna/2022-2/UPNACalidadBilingue.html>

JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)

OM2: Se considera que es una mejora también aplicable a todos los Centros de la UPNA y se comprometen a la reflexión como acción estratégica a abordar en breve con la finalización del plan estratégico 2020-2023.

OM3: Esta mejora está relacionada con las acciones de mejora planteadas en la nc 1, en lo que respecta a la recogida sistemática de evidencias en la coordinación intraasignatura y coordinación vertical

OM4: Dentro de su ámbito competencial, van a considerar tener en cuenta la decisión estratégica en cuanto a la oferta de plazas de los distintos programas formativos, siempre y cuando esta oferta no supere el número de plazas referido en la memoria verificada, reflexionando estratégicamente en cuanto a las necesidades del entorno, considerando la posibilidad de ofertar las plazas disponibles incluso la oportunidad de crear nueva oferta de dobles titulaciones.

OM5: Se comprometen a la revisión de todas las guías docentes para su ajuste a la memoria verificada para corregir los desajustes encontrados para el próximo curso 23/24.

OM6: Se indica que ya se han revisado todos los procedimientos y se han reajustado al cambio de la nueva normativa. Se comprueba en los enlaces suministrados que esto se ha corregido:
<https://www2.unavarra.es/gesadj/servicioCalidad/calidad-grado-master/pg-acceso-admision/pg-acceso-admision.pdf>

<https://www2.unavarra.es/gesadj/servicioCalidad/calidad-grado-master/pc-924-plan-tutoria/pc-924-pdt.pdf>

<https://www2.unavarra.es/gesadj/servicioCalidad/calidad-grado-master/pc-927-satisfaccion-en-egreso/pc-927-satisfacc-estud-titulo.pdf>

<https://www2.unavarra.es/gesadj/servicioCalidad/calidad-grado-master/pc-942-insercion-laboral/pc-942-insercion-laboral.pdf>

OM7: El Centro ya ha revisado (junio 2023) el formato de la presentación del Informe Anual de Seguimiento de los Títulos para que no conduzca a error y muestre la información de una forma más homogénea en todos los títulos.

OM8: Se considera una oportunidad de mejora que se va a abordar a través de las acciones de mejora consideradas para corregir la nc 2. Se va a hacer hincapié en el tratamiento de los indicadores para mejorar la trazabilidad y el seguimiento de los planes de mejora.

- (3) Este apartado lo cumplimentará el equipo auditor **una vez evaluado el plan de acciones de mejora** que en su caso haya de presentar la organización auditada.

En Madrid, a 10 de julio de 2023

POR EL EQUIPO AUDITOR

D/ª. Dolores Cejalvo Lapeña
Cargo: Auditora Jefe