



ULPGC

**Universidad de
Las Palmas de
Gran Canaria**

**Gabinete de
Evaluación
Institucional**

**Informe de Auditoría Interna
del Sistema de Gestión de Calidad**

Facultad de Geografía e Historia

15 de febrero de 2022

1. INTRODUCCIÓN

La Facultad de Geografía e Historia (FGH) de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC) ha participado en el programa AUDIT de la ANECA definido para el diseño de Sistemas de Gestión de Calidad en centros universitarios. El Sistema de Gestión de Calidad de la Facultad (SGC-FGH) fue diseñado en el año 2009 y obtuvo la verificación positiva del diseño en enero de 2010 en su primera edición, con un periodo de validez indefinido por acuerdo del Consejo de Gobierno de ANECA. Asimismo, el SGC-FGH tiene certificada su implantación desde el año 2014.

La auditoría interna tiene el propósito fundamental de comprobar que la implantación del SGC-FGH se realiza de manera adecuada según lo recogido en la documentación del diseño, así como de acuerdo con las normativas universitarias y requisitos de calidad. El Gabinete de Evaluación Institucional (GEI), responsable de la revisión de la implantación de los SGC de la Universidad, ha realizado la auditoría interna del SGC-FGH y presenta el siguiente informe.

2. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA INTERNA

2.1. Objetivos

- Comprobar el seguimiento de las acciones de mejora derivadas de los procesos de renovación de la acreditación de títulos.
- Verificar la actualización del manual y procedimientos del SGC-FGH atendiendo a las normativas universitarias.
- Analizar la pertinencia de las evidencias de la implantación del manual y de los procedimientos del SGC-FGH.
- Conocer el grado de implicación de los responsables de la calidad y de los responsables y ejecutores de los procedimientos¹ (organización, coordinación, grupos de interés que participan, etc.).
- Comprobar el grado de difusión de los documentos del SGC-FGH a los diferentes grupos de interés y de los requisitos de calidad relacionados con los títulos que se imparten en el centro.
- Conocer el nivel de conocimiento y comprensión de los diferentes grupos de interés sobre el SGC-FGH.
- Verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad del programa AUDIT.

2.2. Fuentes de información

- Diseño del SGC-FGH.
- Objetivos anuales del centro.
- Plan de mejoras de los títulos.
- Información difundida a través de la web del centro.
- Documentación relativa a las evidencias de la implantación del SGC-FGH difundida en la web de calidad del centro y la archivada por la dirección del centro.
- Información difundida a través de la web institucional de los títulos.
- Documentación difundida a través de la web de calidad de la ULPGC.
- Bases de datos con los resultados de los indicadores del SGC-FGH (DISCOVERER).
- Entrevistas con estudiantes, egresados, empleadores, profesorado, personal de administración y servicios, Comisión de Garantía de Calidad y equipo directivo del centro.

¹ Las referencias que se hacen en el presente informe a las figuras de director, decano, secretario, vicedecano, profesor, empleador, etc., así como a la figura de estudiante, en su género masculino se entenderán hechas a sus correspondientes del género femenino.

2.3. Fechas de realización de la auditoría y auditoras

De acuerdo con la planificación establecida por la Dirección de Calidad del GEI, el personal técnico de calidad del GEI, María del Carmen Medina Herrera y Sonia Corujo Capote, desarrolló la revisión documental en los meses de noviembre y diciembre de 2021 y la visita presencial al centro en fecha de 13 de diciembre de 2021, previo acuerdo con el Decano y la Vicedecana de Calidad.

2.4. Relación de grupos de interés entrevistados

En la visita se contó con la información proporcionada por:

- **Equipo de Dirección:** D. Pedro González Quintero, Dña. Luisa Toledo Bravo de Laguna, D. Juan José Díaz Benítez y Dña. Carolina P. Peña Alonso.
- **Estudiantes:** D. Fernando Bolaños Artilles, D. Julio Jesús Cruz Álvarez, Dña. Noelia Gil Santiago y Dña. Idaira Robaina Reina.
- **Egresados:** D. José Curbelo Sánchez, D. Álvaro González Falcón, Dña. Priscila del Carmen Guerra Quintana, Dña. Valeria Ramos Hernández, D. Brian Rodríguez Fleitas Dña. Micaela Rubio García, D. Jorge Tejera De León y Dña. Diana Vélez Martín.
- **Empleadores:** Dña. Ithaisa Chávez Santana, D. Abel Galindo Rodríguez, Dña. Silvia Méndez Alvarado, D. Paco Mireles y Dña. Carmen Rodríguez.
- **Personal docente e investigador (PDI):** Dña. Ángeles Alemán Gómez, D. Israel Campos Méndez, Dña. Amelia del Carmen Rodríguez Rodríguez, Dña. María del Pino Rodríguez Socorro, Dña. Lidia E. Romero Martín y D. Germán Santana Pérez.
- **Comisión de Garantía de Calidad:** D. Juan José Díaz Benítez, D. Pedro González Quintero, Dña. Candelaria González Rodríguez, D. Agustín Naranjo Cigala, Dña. Soraya Socorro Trujillo y Dña. Luisa Toledo Bravo de Laguna.
- **Personal de administración y servicios (PAS):** Dña. Rosa María Aguilar Sánchez, D. Ignacio Benito Guerra, D. Pedro M. Méndez González y Dña. Soraya Socorro Trujillo.

En la visita se comprobaron evidencias tanto documentales como orales derivadas de la implantación del SGC-FGH y de las mejoras de los procesos de evaluación del centro y de los títulos. Se expusieron los compromisos y mejoras desarrolladas, aspectos de la organización y gestión del centro, títulos, recursos y del personal, así como la evolución de los resultados de rendimiento y percepción.

3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA

A continuación, se especifican, si procede, las fortalezas, no conformidades y las propuestas de mejora detectadas.

El equipo auditor informa que esta auditoría se ha realizado a través de un muestreo por lo que pueden existir otras fortalezas, no conformidades u oportunidades de mejora no identificadas en este informe.

3.1. Resumen de las valoraciones

FORTALEZAS

F01. El compromiso del Equipo de Decanal hacia el cumplimiento de lo establecido en el SGC-FGH, así como hacia la mejora continua.

F02. La gestión de la documentación y evidencias derivada de la gestión de la calidad y del centro en general.

F03. En relación con el plan de acción tutorial, se observa que la sistemática de detección de necesidades y resolución de problemas que se realiza a través de los profesores tutores es efectivo y reconocido tanto por el profesorado como por los estudiantes.

F04. El clima de interacción entre estudiantes y el equipo decanal ante las situaciones imprevistas, resolución de conflictos o incidencias.

F05. La gestión de la Carta de Servicios de la Biblioteca, los mecanismos de medición y análisis que favorecen a la mejora de la unidad.

NO CONFORMIDADES

NC01. En contra de lo establecido en el procedimiento de apoyo del centro para la gestión de servicios no se aplica el seguimiento sistemático de la Carta de Servicios.

OBSERVACIONES/ OPORTUNIDADES DE MEJORA

De los capítulos del manual y de los procedimientos del Centro

OM01. En relación con la composición y participación de los diferentes grupos de interés en la Comisión de Garantía de Calidad, se debe mejorar la representación y participación tanto de los estudiantes de grado y máster como la del personal de administración, tal y como se indica en el capítulo tres del manual de calidad del centro y en el Reglamento para la gestión de la calidad en los centros y en los títulos oficiales de la ULPGC.

OM02. En relación con el procedimiento estratégico del centro para la elaboración y actualización de la política del centro continuar con las iniciativas para mejorar los resultados de captación, rendimiento, eficiencia y abandono.

OM03. En relación con los procedimientos clave del centro para el perfil de ingreso y captación de estudiantes, así como para la orientación de estudiantes, mejorar la distinción del plan de captación de estudiantes (propio de otro procedimiento) con la fase 1 del plan de acción tutorial "Ingreso de nuevos estudiantes y proceso de matrícula" que se constituye de acciones propias para la captación de estudiantes.

OBSERVACIONES/ OPORTUNIDADES DE MEJORA

OM04. En relación con el procedimiento de información pública, continuar con las acciones de difusión y estudiar otras vías de difusión de los contenidos de calidad y orientación al estudiante como por ejemplo a través de las redes sociales del centro (encuestas dirigidas a los estudiantes, resultados más significativos para los estudiantes, objetivos anuales vinculados con los estudiantes, actividades de orientación y mentoría, etc.). Asimismo, especificar de forma más clara los contenidos y vías de difusión dirigidos a los egresados y empleadores, especialmente en relación con la política y resultados del centro.

OM05. En relación con el procedimiento de apoyo del centro para la gestión de documentos de calidad, modificar la redacción para que conste de forma más clara que el diseño y estructura de los procedimientos institucionales no es competencia del centro y responden a lo establecido en las [Directrices para el diseño e implantación de sistemas de gestión de la calidad de los centros](#).

OM06. En relación con el procedimiento de apoyo del centro para la gestión de servicios revisar el diseño de la Carta de Servicios para proponer indicadores que puedan ser medidos sin dificultad.

OM07. En relación con el procedimiento de apoyo del centro para la gestión de los recursos materiales, incorporar a la comisión económica como responsable en el desarrollo del procedimiento. Asimismo, estudiar las opciones de mejora en relación con las infraestructuras teniendo en cuenta el nivel de satisfacción de los estudiantes.

OM08. En relación con el procedimiento de apoyo del centro para de medición de la satisfacción, continuar con medidas para fomentar la participación de los distintos grupos de interés en las encuestas especialmente, la de los estudiantes matriculados en los másteres, estudiantes de movilidad recibidos, el personal docente e investigador y estudiantes egresados.

OM09. En relación con el procedimiento de apoyo del centro para el análisis de resultados y rendición de cuentas estudiar la posibilidad de integrar en su desarrollo la entrada directa de los análisis de la CAT para su consideración en el informe anual del centro. Asimismo, estudiar la posibilidad de invitar a algún empleador a las reuniones donde se estudian los resultados de los indicadores sobre el perfil de egreso para tener un análisis más completo en este informe.

OM10. En relación con el procedimiento de apoyo del centro para el análisis de resultados y rendición de cuentas, específicamente con el informe anual del centro apartado objetivos, incorporar de forma clara y visual los resultados de los indicadores y la obtención de las metas establecidas en la planificación de los objetivos anuales.

OM11. En relación con la gestión de no conformidades, actualizar el informe de seguimiento de las acciones de mejora evidenciando claramente las que ya están concluidas.

De los reglamentos y procedimientos institucionales

OM12. En relación con el Reglamento para la gestión de la calidad en los centros y en los títulos oficiales de la ULPGC, actualizar el diseño de los procedimientos institucionales atendiendo al cambio de la estructura del equipo de gobierno vigente.

OM13. En relación con el procedimiento institucional de captación y selección del PAS (PI04), continuar con la política de refuerzo al apoyo a los decanatos, de manera que cada Facultad de Humanidades cuente con su propio auxiliar como en el resto de los centros de la Universidad. Asimismo, mejorar la jornada de trabajo del personal de refuerzo a la conserjería en el horario de tarde.

OBSERVACIONES/ OPORTUNIDADES DE MEJORA

OM14. En relación con el procedimiento institucional para la captación y selección del PAS, valorar y definir los perfiles de puesto de trabajo del PAS, se consideran obsoletos y, actualmente, recurren a plantilla que tienen formuladas otras universidades.

OM15. En relación con el procedimiento institucional para la formación del PAS, ofrecer formación al PAS gestor (no solo a los administradores) sobre los procedimientos y aplicaciones (actualización, cambio o incorporación) que afectan directamente al trabajo que realizan. Asimismo, ofrecer alguna actividad formativa inicial específica al PAS que llega nuevo al servicio. Aportar las necesidades de formación detectadas a los interesados en la impartición de cursos para el PAS.

OM16. En relación con el procedimiento institucional para la selección, admisión y matriculación de los estudiantes, realizar las modificaciones oportunas que favorezca la matrícula de estudiantes extranjeros.

OM17. En relación con el procedimiento de formación del PDI, mejorar el registro de los resultados de la participación, desagregados por centro y titulación.

3.2. Análisis del cumplimiento con los criterios de calidad del programa

AUDIT

Directriz AUDIT	F	NC	OM
1.0. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad			
1.0.1. Declaración pública y por escrito que recoja su política, alcance y objetivos de calidad			
1.0.2. Grupos de interés implicados			1
1.0.3. Configuración del sistema para su despliegue	1		5, 7 9, 12
1.0.4. Acciones para la mejora continua de la política y objetivos de calidad			
1.0.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés			10, 11
1.1. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos			
1.1.1. Órganos y procedimientos para la mejora continua de los títulos			
1.1.2. Sistemas de información para la mejora de la oferta formativa			
1.1.3. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos			
1.1.4. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión			2
1.1.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés			
1.1.6. Criterios para la eventual suspensión del título			
1.2. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes			
1.2.1. Disponer de sistemas de información para valorar las necesidades del Centro			
1.2.2. Mecanismos para obtener y valorar información sobre los procesos anteriores			
1.2.3. Mecanismos que regulen las directrices que afectan a los estudiantes			3, 16
1.2.4. Mejora continua de los procesos relacionados con los estudiantes	3, 4		
1.2.5. Procedimientos de toma de decisiones relacionados con los estudiantes			
1.2.6 Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje	3		1
1.2.7. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje			
1.3. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico			
1.3.1. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico			
1.3.2. Recogida de información sobre resultados de su personal académico			
1.3.3. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico			
1.3.4. Toma de decisiones relativas al acceso, evaluación y promoción			
1.3.5. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal			
1.3.6. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal			

Directriz AUDIT	F	NC	OM
1.4. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios			
1.4.1. Obtención de información sobre requisitos de gestión de los recursos materiales y servicios			
1.4.2. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios			6
1.4.3. Mejora continua de su política y actuaciones relativas al PAS y servicios			13, 14
1.4.4. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		1	15
1.4.5. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios			7
1.4.6. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios			1
1.4.7. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios	5	1	
1.5. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados			
1.5.1. Obtención de información sobre necesidades de los grupos de interés sobre calidad de la enseñanza			8
1.5.2. Recogida de información sobre resultados de aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de grupos de interés			
1.5.3. Mejora continua de los resultados y la fiabilidad de los datos utilizados			6, 17
1.5.4. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados			
1.5.5. Procesos de toma de decisiones relacionados con los resultados			2, 9
1.5.6. Implicación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados			1, 8
1.5.7. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados			10, 11
1.6. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones			
1.6.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y programas	2		
1.6.2. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.			4
1.6.3. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés			
1.6.4. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de la información sobre programas y títulos			

4. Otras observaciones

En la reunión con estudiantes no acudieron estudiantes de los másteres del centro.

LAS TÉCNICAS DEL GABINETE
DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL

Dña. Mari Carmen Medina Herrera

Dña. Sonia Corujo Capote

VºBº:
EL DIRECTOR DE CALIDAD- GABINETE DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL

D. Víctor Cuesta López