



Informe Definitivo
de Auditoría Interna del Sistema
de Garantía de Calidad

*Facultad de Economía,
Empresa y Turismo*

1 de febrero de 2018

1. INTRODUCCIÓN

La Facultad de Economía, Empresa y Turismo (FEET) 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 Garantía de Calidad en centros universitarios. El Sistema de Garantía de Calidad de la Facultad (SGC-FEET) fue diseñado en el año 2010 y obtuvo la verificación positiva del diseño en octubre de 2010 en su primera edición, con un periodo de validez indefinido por acuerdo del Consejo de Gobierno de ANECA, siendo implantado en el curso 2010-2011.

La auditoría interna tiene el propósito fundamental de comprobar que la implantación del SGC-FEET 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-FEET y presenta el siguiente informe.

2. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA INTERNA

2.1. Objetivos

- Comprobar la realización de las acciones correctivas derivadas de auditorías anteriores.
- Comprobar el seguimiento de las acciones de mejora derivadas de los procesos de renovación de la acreditación de los títulos de Grado y Máster.
- Verificar la actualización del manual y procedimientos del SGC-FEET atendiendo a las normativas universitarias.
- Analizar la pertinencia de las evidencias de la implantación del manual y de los procedimientos del SGC-FEET.
- Conocer el grado de implicación de los responsables de la calidad y de los responsables y ejecutores de los procedimientos (organización, coordinación, grupos de interés que participan, etc.)
- Comprobar el grado de difusión de los documentos del SGC- FEET 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 SGC- FEET.
- Verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad del programa AUDIT.

2.2. Fuentes de información

- Diseño del SGC- FEET.
- 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- FEET 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 Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Bases de datos con los resultados de los indicadores del SGC-FEET (DISCOVERER).
- Entrevistas con estudiantes, profesorado, personal de administración y servicios, Comisión de Garantía de Calidad y Equipo Directivo del Centro.

2.3. Fechas de realización de la auditoría y auditores

De acuerdo con la planificación establecida por el Vicerrectorado de Calidad, el personal técnico de calidad del GEI, María del Carmen Medina Herrera y Sonia Corujo Capote, desarrollaron la revisión documental en el mes de septiembre y octubre de 2017 y la visita al centro en fecha de 19 de octubre de 2017, previo acuerdo con el Decano y Vicedecano de Calidad.

2.4. Relación de grupos de interés entrevistados

En la visita se contó con la información proporcionada por:

- Equipo Directivo: D. José Luis Ballesteros Rodríguez, D. José Juan Déniz Mayor, D. Ángel Gutiérrez Padrón, Dña. Lidia Hernández López, D. Octavio Maroto Santana, D. Jerónimo Pérez Alemán, D. Alejandro Rodríguez Caro, Dña. M^a Victoria Ruiz Mallorquí y Dña. M^a del Pilar Socorro Quevedo.
- Comisión de Garantía de Calidad: Dña. Desireé Alemán Martín, Dña. Claudia Benítez Núñez, Dña. Raquel Espino Espino, D. Christian González Martel, D. Octavio Maroto Santana, Dña. Lucía Melián Alzola, D. Jerónimo Pérez Alemán, Dña. M^a Victoria Ruiz Mallorquí, D. Juan Carlos Santana Díez y Dña. M^a del Pilar Socorro Quevedo.



- Personal de administración y servicios: D. Isidro Jiménez Santana, D. Isaías Martín Santana, Dña. Gloria María Navarro Miranda, D. Juan Carlos Santana Díaz y D. Pedro Manuel Santana García.
- Personal docente e investigador: Dña. Inmaculada Aguiar Diaz, Dña. María Asunción Beerli Palacio, Dña. Ofelia Betancor Cruz, Dña. Felix Blázquez Santana, Dña. Alicia Bolívar Cruz, Dña. Rosa María Cáceres Apolinario, D. Desiderio García Almeida, Dña. Antonia M^a Gil Padilla, Dña. Beatriz González López-Valcarcel, Dña. Lourdes Jordán Sales, D. Francisco López Del Pino, Dña. Josefa Delia Martín Santana, Dña. María del Pino Medina Brito y Dña. Aurora Rodríguez Rodríguez.
- Estudiantes: Dña. Desireé Alemán Martín, Dña. Irena Barbó Menéndez, Dña. Claudia Benítez Núñez, Dña. Cathaysa Falcón Alemán, Dña. Estefany Falcón Santana, Dña. Irma Mejía Rivera, D. Néstor Mendoza Sarmiento, Dña. Sara Moreno García, Dña. María Pérez Acosta, Dña. Laura del Carmen Santana Martín, Dña. Silvia Velázquez Sánchez y Dña. Daura Vera Déniz.

En dicha visita se comprobaron evidencias tanto documentales como orales derivadas de la implantación del SGC-FEET y de las mejoras de los procesos de evaluación del centro y títulos. Se expusieron los compromisos y mejoras desarrolladas, aspectos de la organización y gestión del centro, de los títulos, de los 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 las no conformidades y las propuestas de mejora detectadas.

3.1. Resumen de las valoraciones

No CONFORMIDADES
NC01. No se han elaborado objetivos anuales del centro desde el curso 2013-2014, tal y como se indica en el procedimiento estratégico del centro para la elaboración y actualización de la política del centro.
NC02. No se han elaborado la planificación y la revisión de la información pública, tal y como se indica en el procedimiento clave del centro para la información pública. Las evidencias de información pública que se aportan en la web del centro de los cursos 2012-2013, 2013-2014 y 2014-2015 es el mismo documento.
NC03. No se ha elaborado la relación de evidencias anuales y de la normativa aplicable al SGC desde el curso 2013-2014, tal y como se indica en el procedimiento de apoyo del centro para la gestión de documentos del sistema de garantía de calidad del centro.
NC04. No se ha actualizado el Sistema de Garantía de Calidad del Centro atendiendo a la normativa desde el curso 2013-2014, tal y como se indica en el procedimiento de apoyo del centro para la gestión de documentos del sistema de garantía de calidad del centro.
NC05. No se ha elaborado el informe anual del centro desde el curso 2012-2013, tal y como se indica en el procedimiento de apoyo del centro para el análisis de resultados y rendición de cuentas.
NC06. No se han elaborado expedientes de no conformidades, tal y como se indica en el procedimiento de apoyo del centro para la gestión de no conformidades. No se evidencia el cumplimiento de todas las acciones de mejora y recomendaciones fruto de la evaluación de los títulos de grado en el año 2016 (en el proceso de renovación de la acreditación de los títulos de grado).
NC07. Las tasas de graduación del Grado en Economía y del Grado en Turismo no cumplen los resultados previstos establecidos en la memoria del título. Las tasas de abandono de todos los grados no cumplen los resultados previstos establecidos en la memoria del título.
NC08. Las tasas de graduación del M. U. en Contabilidad, Auditoría y Fiscalidad Empresarial, M. U en Marketing y Comercio Internacional, M. U. en Dirección de Empresas y Recursos Humanos no cumplen los resultados previstos establecidos en la memoria del título.
NC09. El número de estudiantes de nuevo ingreso del M. U. en Contabilidad, Auditoría y Fiscalidad Empresarial, M. U. en Desarrollo Integral de Destinos Turísticos, M. U en Marketing y Comercio Internacional, M. U. en Banca y Finanzas no cumple la normativa autonómica respecto al mínimo de estudiantes que debe tener (Decreto 168/2008, de 22 de julio).
NC10. No se evidencian reuniones de las comisiones de asesoramiento docente de los másteres en los cursos 2016-2017, conforme al procedimiento clave del centro para el desarrollo de la enseñanza y evaluación de estudiantes y al reglamento General



No CONFORMIDADES

de las Comisiones de Asesoramiento Docente para las Titulaciones Oficiales de la ULPGC adaptadas al EEES.

PROPUESTAS DE MEJORA

- PM01.** Elaborar objetivos anuales conforme al sistema de garantía de calidad del centro.
- PM02.** Elaborar la planificación y revisión de la información pública conforme al sistema de garantía de calidad del centro.
- PM03.** Elaborar la relación de evidencias anuales y la normativa aplicable conforme al sistema de garantía de calidad del centro.
- PM04.** Actualizar el sistema de garantía de calidad del centro conforme, entre otros, a las nuevas normativas.
- PM05.** Elaborar el informe anual del centro conforme al sistema de garantía de calidad del centro.
- PM06.** Elaborar expedientes de no conformidades conforme al sistema de garantía de calidad del centro.
- PM07.** Realizar y evidenciar las acciones de mejora derivadas del proceso de renovación de la acreditación de los títulos.
- PM08.** Desarrollar acciones para mejorar las tasas de graduación y abandono de los títulos.
- PM09.** Aumentar o adecuar las acciones de captación de estudiantes en relación con los másteres que no logran el mínimo de estudiantes establecido por la comunidad autónoma.
- PM10.** Realizar reuniones de coordinación de la comisión de asesoramiento docente de los másteres conforme al sistema de garantía de calidad y a la reglamentación vigente.
- PM11.** Aumentar el conocimiento de todos los grupos de interés del centro en la gestión de la calidad que se desarrolla en el centro y los resultados obtenidos.
- PM12.** Realizar la revisión de los procedimientos de forma adecuada, indicando los incumplimientos de los procedimientos en los casos que proceda, así como la respectiva acción de mejora.
- PM13.** Aumentar el conocimiento del Equipo de Dirección y de la Comisión de Garantía de Calidad sobre la gestión de la calidad en general y, en particular, sobre el cálculo de los indicadores, las fuentes de información y los resultados obtenidos.
- PM14.** Evidenciar públicamente la constitución correcta de las comisiones de asesoramiento docente de los másteres y de la comisión de garantía de calidad.
- PM15.** Revisar la información pública que se ofrece en la web de la Facultad y en la web institucional de los títulos. Entre otros, en la web del centro se indican programas de doctorado que no oferta el Centro sino la Escuela de Doctorado.



PROPUESTAS DE MEJORA

- PM16.** Incentivar la participación de los estudiantes en los órganos de representación en los que están incluidos.
- PM17.** Revisar el cumplimiento del plan de acción tutorial conforme a lo que está escrito. Si se indican programaciones específicas, evidenciar estas programaciones (quién las realiza, temporalización, recursos, etc.)
- PM18.** Mejorar el conocimiento del personal de administración y servicios sobre los procedimientos que les afectan (los procedimientos de apoyo del centro para la gestión de recursos materiales y para la gestión de servicios) y sobre los resultados del desarrollo de la carta de servicios.
- PM19.** Aumentar la participación de los grupos de interés en las diversas encuestas, especialmente en las siguientes: encuesta anual aplicada a los estudiantes de movilidad recibidos, encuesta anual aplicada a los estudiantes matriculados, encuesta bienal aplicada al personal de administración y servicios.
- PM20.** Desarrollar encuestas a los titulados de forma sistemática.
- PM21.** Mejorar la planificación de las acciones formativas dirigidas al PAS en relación con su distribución temporal a lo largo del año.
- PM22.** Ofrecer formación al PAS en relación con la actualización, cambio o incorporación de procedimientos y aplicaciones que afectan directamente al trabajo que realizan, especialmente en relación con la gestión académica y la gestión económica.
- PM23.** Mejorar los mecanismos de gestión de matrícula que favorezcan la captación de estudiantes internacionales.
- PM24.** Mejorar la difusión de los másteres dirigida a los estudiantes de grado de la ULPGC.
- PM25.** Mejorar la obtención de datos sobre la inserción laboral.



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

Directriz AUDIT	F	NC	PM
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		01	01
1.0.2. Grupos de interés implicados			11, 13, 18
1.0.3. Configuración del sistema para su despliegue		01, 03, 04	01, 03, 04, 12, 13, 16
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		03, 05, 06,	03, 05, 06, 07, 11, 12, 15
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		01, 04	01, 04, 16
1.1.2. Sistemas de información para la mejora de la oferta formativa			24
1.1.3. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos			13
1.1.4. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		01, 06	01, 06
1.1.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés		05, 06,	05, 06, 07, 11, 14, 15
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		03,	03, 11, 19, 20
1.2.2. Mecanismos para obtener y valorar información sobre los procesos anteriores		10	10
1.2.3. Mecanismos que regulen las directrices que afectan a los estudiantes			16, 17, 23
1.2.4. Mejora continua de los procesos relacionados con los estudiantes		01, 06	01, 06, 07, 23
1.2.5. Procedimientos de toma de decisiones relacionados con los estudiantes		10	10, 13
1.2.6 Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje		10	10, 11, 12, 16
1.2.7. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje		05	05, 11, 13, 14, 15
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		03	03, 19, 20
1.3.2. Recogida de información sobre resultados de su personal académico			



Directriz AUDIT	F	NC	PM
1.3.3. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico		01, 06	01, 06, 07
1.3.4. Toma de decisiones relativas al acceso, evaluación y promoción			13
1.3.5. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal			11
1.3.6. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal		05,	05, 11, 13, 15
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		03	03, 19, 20
1.4.2. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios			
1.4.3. Mejora continua de su política y actuaciones relativas al PAS y servicios		06	06, 07, 21, 22
1.4.4. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		06	06, 07, 21, 22
1.4.5. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios			13, 18
1.4.6. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios			11
1.4.7. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios		05	05, 11, 13, 15
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		03, 11	03, 11, 19, 20
1.5.2. Recogida de información sobre resultados de aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de grupos de interés			25
1.5.3. Mejora continua de los resultados y la fiabilidad de los datos utilizados		01, 06, 07, 08, 09	01, 06, 07, 08, 09, 12, 13, 19, 20, 23, 25
1.5.4. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados		06, 07, 08, 09	06, 07, 08, 09, 12, 16
1.5.5. Procesos de toma de decisiones relacionados con los resultados		07, 08, 09	08, 09, 13,
1.5.6. Implicación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados			11
1.5.7. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados		05	05, 11, 13, 15
1.6. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones			
1.6.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y programas		03	03, 19, 20
1.6.2. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.		02	02, 11, 18, 24
1.6.3. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés		02, 06	02, 06, 07, 11, 14, 15, 18, 24
1.6.4. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de la información sobre programas y títulos		02	02, 13



4. OBSERVACIONES

No procede.

LAS TÉCNICOS DEL GABINETE
DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL

Mari Carmen Medina Herrera

Sonia Corujo Capote

VºBº:
LA DIRECTORA DE CALIDAD

Dña. Carolina Rodríguez Juárez