



ULPGC

**Universidad de
Las Palmas de
Gran Canaria**

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

Facultad de Filología

15 de febrero de 2022

1. INTRODUCCIÓN

La Facultad de Filología (FF) adscrita a 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-FF) fue diseñado en el año 2009 y obtuvo la verificación positiva del diseño en marzo de 2010 en su primera edición, con un periodo de validez indefinido por acuerdo del Consejo de Gobierno de ANECA. Asimismo, el SGC-FF tiene certificada su implantación desde el año 2015.

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

2. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA INTERNA

2.1. Objetivos

- Comprobar el seguimiento de las acciones de mejora derivadas del proceso de renovación de la acreditación de títulos.
- Verificar la actualización del manual y procedimientos del SGC-FF atendiendo a las normativas universitarias.
- Analizar la pertinencia de las evidencias de la implantación del manual y de los procedimientos del SGC-FF.
- 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.)¹.
- Comprobar el grado de difusión de los documentos del SGC-FF 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-FF.
- Verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad del programa AUDIT.

2.2. Fuentes de información

- Diseño del SGC-FF.
- 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-FF 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-FF (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 el Vicerrectorado de Grados, Posgrados y Nuevas Titulaciones, el personal técnico de calidad del GEI, Sonia Corujo Capote y María del Carmen Medina Herrera, desarrolló la revisión documental en el mes de noviembre y diciembre, y la visita en línea al centro en fecha de 15 de diciembre de 2021, previo acuerdo con la Decana y el Vicedecano de Calidad.

2.4. Relación de grupos de interés entrevistados

En la visita se contó con la información proporcionada por:

- Equipo Decanal: Dña. Dolores Fernández Martínez, D. Víctor Manuel Junco Ezquerra, D. Juan Manuel Pérez Vigaray, Dña. Gina Oxbrow y D. Pedro Arbona Ponce.
- Estudiantes: Dña. Cassandra Domínguez Quintana, Dña. Lucía López Orta, D. Armando Lorenzo Menéndez, D. Echedey Medina Déniz, Dña. Irene Martín Navarro, Dña. Arianna Pérez Padrón, Dña. Ana Isabel Quintana Mujica y D. Javier Cáceres Suárez.
- Egresados: D. Adrián Viera Díaz, Dña. Ana Álamo Navas, D. Iván Ramírez Sánchez, Dña. Luisa Francisco Manrique Limón, Dña. María Tremearne Rodríguez, Dña. Marina de Francisco Sarmiento y Dña. Stephanie Pérez Corpín.
- Empleadores: Dña. Carmen Suárez, D. Israel Castro Robaina, Dña. María Dolores Díaz Perera, Dña. Sarai Cruz Ventura, Dña. Saray Benítez Díaz y Dña. Victoria Galván González.
- Personal docente e investigador (PDI): Dña. Ana Ruth Vidal Luengo, D. Antonio Becerra Bolaños, D. Francisco Vizcaíno Ortega, Dña. Genoveva Torres Cabrera, D. Gregorio Rodríguez Herrera, D. Jonathan Allen Hernández, D. José Manuel Rodríguez Herrera, Dña. María del Pino Santana Quintana, Dña. María Esther Rodríguez Gil, D. Xavier Lee Lee.
- Personal de Administración y Servicios (PAS): Dña. Soraya Socorro Trujillo, D. Ignacio Benito Guerra, Dña. Inmaculada González González, Dña. Irene Hernández de la Cruz, D. Pedro Méndez González, Dña. Rosa María Aguilar Sánchez.
- Comisión de Garantía de Calidad: Dña. Dolores Fernández Martínez, D. Víctor Junco Ezquerra, D. Pedro Arbona Ponce, Dña. Alicia Rodríguez Álvarez, Dña. Marta Samper Hernández, D. Juan José Bellón Fernández, Dña. Mercedes Cabrera Abreu, D. José Ismael Gutiérrez Gutiérrez, Dña. Carolina Rodríguez Juárez, D. Humberto García Pérez.

En dicha visita se comprobaron evidencias tanto documentales como orales derivadas de la implantación del SGC-FF y de las mejoras de los procesos de evaluación del centro y del título. Se expusieron los compromisos y mejoras desarrolladas, aspectos de la organización y gestión del centro, título, 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-FF, así como hacia la mejora continua.

F02. La participación e implicación de los estudiantes y de los egresados en las acciones de orientación (mentoría a estudiantes con necesidades especiales, orientación sobre el Trabajo Fin de Título o el feedback que se obtiene de los delegados de estudiantes a través de los Informes de los tutores de orientación).

F03. Los mecanismos establecidos para la coordinación docente.

F04. Buena disposición y colaboración de todos los grupos de interés participantes en las entrevistas, sobre todo de los empleadores.

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. Según lo establecido en el Procedimiento de apoyo para el análisis de los resultados y la rendición de cuentas (PAC08), el Informe anual debe desarrollarse por cada curso académico y en el curso 201819 no se realizó dicho informe, aunque el análisis se desarrolla junto al del curso 201920.

NC02. En contra de lo establecido en el Procedimiento de apoyo para la gestión de los servicios (PAC03), no existe evidencia del Informe de seguimiento anual de la Carta de Servicios en los últimos dos años.

OBSERVACIONES/ OPORTUNIDADES DE MEJORA

De los capítulos del manual y procedimientos del centro

OM01. Detallar en las actas y en los acuerdos adoptados publicados en la web los estamentos a los que pertenecen cada asistente a las reuniones.

OM02. Velar porque todas las actas generadas por las distintas Comisiones estén firmadas y contemplen todos los aspectos del orden del día. Asimismo, se debe velar porque todas las Comisiones cumplan con el mínimo de reuniones establecidas en los reglamentos por las que se rigen.

OBSERVACIONES/ OPORTUNIDADES DE MEJORA

OM03. En el Informe anual del centro justificar con más detalle los resultados obtenidos en el cumplimiento o no de los objetivos específicos, en cuanto al indicador y a las metas establecidas. Asimismo, se recomienda mejorar la difusión de los resultados a través de un Informe anual más gráfico y dinámico.

OM04. Continuar analizando y desarrollando acciones que mejoren los resultados de rendimiento de los estudiantes, sobre todo en las tasas de abandono de los Grados y en la tasa de graduación del Grado en Lengua Española y Literaturas Hispánicas.

OM05. Ofrecer más charlas orientativas al estudiante, sobre todo en relación con la orientación académica (asignaturas optativas, formación continua...) y en orientación laboral (salidas profesionales, demanda de empleo...).

OM06. Tener en cuenta en el análisis anual que hace la CGC los informes de los tutores donde se registra el feedback de los delegados de los estudiantes.

OM07. Establecer reuniones sistemáticas con los agentes externos, empleadores y egresados para rendir cuentas. Asimismo, continuar dando mayor visualización al SGC-FF entre los agentes implicados, permitiendo identificar claramente lo que hay que hacer y quién hace qué en cada momento, especialmente entre el PAS y los estudiantes.

OM08. Continuar colaborando con la institución en el fomento de la participación de los distintos grupos de interés en los procesos de encuestas, informando, fundamentalmente, de los periodos y de la importancia que tiene la opinión de dichos grupos en estos procesos para contribuir a la mejora de la Facultad, en particular, y a la ULPGC, en general.

OM09. En relación con 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.

OM10. Valorar la posibilidad de retomar la formación en español para los estudiantes que se reciben a través de los programas de movilidad.

De los reglamentos y los procedimientos institucionales

OM11. 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.

OM12. 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.

OM13. 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.

OM14. 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 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 | 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 | | | |
| 1.0.2. Grupos de interés implicados | 4 | | 1 |
| 1.0.3. Configuración del sistema para su despliegue | 1 | | 11 |
| 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 | | | 3 |
| 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 | 3 | | 10 |
| 1.1.4. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión | | | |
| 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 | | | |
| 1.2.4. Mejora continua de los procesos relacionados con los estudiantes | | | 5 |
| 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 | 2 | | |
| 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 | | | |
| 1.4. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios | | | |

| Directriz AUDIT | F | NC | PM |
|--|----------|-----------|----------------|
| 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 | | | 9 |
| 1.4.3. Mejora continua de su política y actuaciones relativas al PAS y servicios | | | 12, 14 |
| 1.4.4. Control y mejora de los recursos materiales y servicios | | | 13 |
| 1.4.5. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios | | | |
| 1.4.6. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios | | | |
| 1.4.7. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios | 5 | 2 | |
| 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 | | | 6,7,15 |
| 1.5.2. Recogida de información sobre resultados de aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de grupos de interés | | | 8 |
| 1.5.3. Mejora continua de los resultados y la fiabilidad de los datos utilizados | | | 2, 4, 9 |
| 1.5.4. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados | | | |
| 1.5.5. Procesos de toma de decisiones relacionados con los resultados | | | 7 |
| 1.5.6. Implicación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados | | | 1 |
| 1.5.7. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados | | 1 | |
| 1.6. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones | | | |
| 1.6.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y programas | | | |
| 1.6.2. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc. | | | |
| 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

- No procede.

LAS TÉCNICAS DEL GABINETE
DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL

Sonia Corujo Capote

Mari Carmen Medina Herrera

VºBº:
EL DIRECTOR DE CALIDAD –
GABINETE DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL (GEI)

D. Víctor Cuesta López