



Informe definitivo
de Auditoría Interna del Sistema
de Garantía de Calidad

*Instituto Universitario de
Turismo y Desarrollo
Económico Sostenible*

12 de septiembre de 2019

1. INTRODUCCIÓN

El Instituto Universitario de Turismo y Desarrollo Económico Sostenible (TiDES) 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 del Instituto (SGC- TiDES) fue diseñado en el año 2010 y obtuvo la verificación positiva del diseño en enero de 2011 en su primera edición, con un periodo de validez indefinido por acuerdo del Consejo de Gobierno de ANECA.

La auditoría interna tiene el propósito fundamental de comprobar que la implantación del SGC- TiDES 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-TiDES 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 del título de Máster.
- Verificar la actualización del manual y procedimientos del SGC-TiDES atendiendo a las normativas universitarias.
- Analizar la pertinencia de las evidencias de la implantación del manual y de los procedimientos del SGC-TiDES.
- 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-TiDES 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-TiDES.
- Verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad del programa AUDIT.



2.2. Fuentes de información

- Diseño del SGC-TiDES.
- Objetivos anuales del centro.
- Plan de mejoras del máster.
- Información difundida a través de la web del instituto.
- Documentación relativa a las evidencias de la implantación del SGC-TiDES difundida en la web de calidad del instituto y la archivada por la dirección del instituto.
- 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-TiDES (DISCOVERER).
- Entrevistas con estudiantes, profesorado, personal de administración y servicios, Comisión de Garantía de Calidad y equipo directivo del instituto.

2.3. Fechas de realización de la auditoría y auditoras

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, desarrolló la revisión documental en el mes de abril de 2019 y la visita al centro en fecha de 15 de mayo de 2019, previo acuerdo con el Director y el Coordinador de Calidad.

2.4. Relación de grupos de interés entrevistados

En la visita se contó con la información proporcionada por:

- Comisión Ejecutiva: Dña. Nancy Dávila Cárdenes, D. Matías M. González Hernández, D. Carmelo León Santana, D. Víctor Padrón Robaina y D. Heriberto Suárez Falcón.
- Comisión de Garantía de Calidad: Dña. Nancy Dávila Cárdenes, D. Matías M. González Hernández, D. Carmelo León Santana, D. Víctor Padrón Robaina, Dña. Ana Alicia Rodríguez García, Dña. Concepción Román García, Dña. Lucía Rosario López, D. Heriberto Suárez Falcón.
- Estudiantes: Dña. Mahinabonu Khomidova, Dña. Ana Alicia Rodríguez García, Dña. Pauline Maria Seck y Dña. Pi Wu.
- Egresados/as: D. José Joaquín Fortaleza Pons y Dña. Ana López Ojeda.
- Personal docente e investigador: Dña. Teresa Aguiar Santana, D. Juan Luis Eugenio Martín, D. Juan Carlos Martín Hernández, Dña. Lucía Martínez Quintana, Dña. Dolores Santos Peñate y D. Rafael Suárez Vega.
- Personal de administración y servicios: Dña. Lucía Del Rosario López, D. Lorenzo Pérez Suárez, D. Juan Carlos Santana Díaz.



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

FORTALEZAS

F01. El compromiso hacia el cumplimiento de lo establecido en el SGC-TIDES, así como hacia la mejora continua por el Equipo de Dirección.

3.1. Resumen de las valoraciones

No CONFORMIDADES

NC01. El número de estudiantes de nuevo ingreso no cumple con el mínimo establecido por la Comunidad Autónoma en el Decreto 168/2008.

NC02. No se elabora el informe anual del centro tal y como se establece en el procedimiento de apoyo del centro para el análisis de resultados y rendición de cuentas.

- Análisis y revisión anual de los objetivos correspondientes a los cursos 2017/2018 y 2018/2019. Según el procedimiento se *“comienza con el registro de los resultados obtenidos por cada uno de los indicadores determinados para el curso académico objeto de valoración”*. En este sentido, el informe anual del centro del curso 2017/2018 no valora de forma clara los objetivos del 2017/2018, valora los del curso 2018/2019 pero este análisis no es completo debido a que es un curso en ciernes, del que no están los resultados de todos los indicadores de forma definitiva.
- Análisis de los indicadores. Según el procedimiento *“El Subdirector de Calidad del Centro, atendiendo a los diferentes tipos de indicadores, recurre a la consulta de bases de datos institucionales, informes institucionales, memorias académicas anuales e informes internos del Centro (...). Para la mayor comprensión del documento, éste incluye información relativa a la forma de cálculo de cada indicador”*. En el informe anual se aportan indicadores institucionales que no están calculados correctamente, por lo tanto, los resultados no son coherentes con los difundidos a las administraciones educativas, agencias de calidad y en la web institucional del título. Además, no se aporta claramente la formulación tanto de los indicadores institucionales como de los internos del centro.

NC03. No se difunde públicamente el listado anual de evidencias tal y como se establece en el procedimiento de apoyo del centro para la gestión de documentos del SGC.

NC04. La composición de la Comisión de Asesoramiento Docente del título (incluida la constituyente) no agrega al estudiantado en contra de lo establecido en el artículo 5 y 6 del Reglamento General de las Comisiones de Asesoramiento Docente para las Titulaciones Oficiales de la ULPGC adaptadas al EEES.

NC05. No existe una medición y análisis de la opinión de los/las empleadores/as sobre los/las titulados/as en contra de la mejora indicada en el informe y plan de mejoras derivado de la renovación de la acreditación en 2017.



PROPUESTAS DE MEJORA

PM01. Aumentar el número de estudiantes de nuevo ingreso teniendo en cuenta la definición de estudiante de nuevo ingreso que establece el Vicerrectorado con competencias en calidad en el registro anual de indicadores.

PM02. Elaborar el informe anual del centro incluyendo claramente los resultados y el análisis del curso objeto de valoración (curso cerrado), respetando la formulación de los indicadores institucionales y aportando la formulación de los indicadores utilizados en el análisis (tanto institucionales como los internos del centro). Si este informe responde al seguimiento de las no conformidades, estas deben estar claramente reflejadas.

PM03. Difundir públicamente un registro anual de evidencias de implantación del SGC.

PM04. Actualizar la composición de la Comisión de Asesoramiento Docente añadiendo al grupo de estudiantes.

PM05. Desarrollar mecanismos para la valoración de la opinión de empleadores/as sobre los/las titulados/as.

PM06. Debido a errores detectados en la documentación:

- Actualizar los documentos del diseño SGC atendiendo a las directrices del Vicerrectorado de Calidad, especialmente en relación con los siguientes aspectos: procesos y responsables de la gestión de servicios, apartado de archivo de cada procedimiento, evidencias del apartado de flujograma en coherencia con el apartado de archivo, fechas de los documentos, cuadro de revisiones en la portada de cada procedimiento (debe ser un cuadro de ediciones o de modificaciones), y revisión de normativas que afectan a los procedimientos.
- Revisar la relación de evidencias por curso académico.

PM07. Derivado del análisis de evidencias y conforme con el capítulo 3 del manual del Sistema de Garantía de Calidad, realizar las reuniones de la Comisión de Garantía de Calidad como mínimo dos veces en un curso académico.

PM08. Derivado del análisis de evidencias documentales, se recomienda que las actas y documentos, una vez estén aprobados, se firmen de forma inmediata.

PM09. Debido a las no conformidades y mejoras detectadas en la documentación y la recopilación de evidencias en la gestión de la calidad del TiDES, aumentar el conocimiento del equipo directivo y de la Comisión de Garantía de Calidad sobre la gestión de la calidad en general y, en particular, sobre el contenido de los procedimientos que les afecta, sus funciones en el SGC-TiDES, el cálculo de los indicadores, las fuentes de información, las encuestas y los resultados obtenidos.

PM10. Debido a la falta de conocimiento de los grupos de interés sobre las actuaciones del TiDES vinculadas a la gestión de la calidad, analizar y reconsiderar otras formas de difusión sobre la gestión de la calidad que se desarrolla en el centro y los resultados obtenidos entre los grupos de interés del centro, especialmente entre los/las estudiantes y el personal de administración y servicios.

PM11. Aumentar la participación de los grupos de interés en las siguientes encuestas: encuesta dirigida al personal docente e investigador, encuesta dirigida al personal de administración y servicios, encuesta dirigida a estudiantes de movilidad recibidos y encuesta dirigida a los/las egresados/as.

PM12. Debido a que los/las estudiantes y egresados/as manifiestan que al inicio de los estudios tienen confusión en relación con los contenidos del máster, mejorar la difusión de la descripción de los contenidos del máster a futuros estudiantes.



PROPUESTAS DE MEJORA

PM13. Debido a la poca participación de los/las estudiantes en órganos de toma de decisiones, se recomienda seguir fomentando su participación.

PM14. Difundir a los grupos de interés los acuerdos adoptados en los órganos de toma de decisiones de la Comisión de Garantía de Calidad.

PM15. Debido a que el máster se imparte en inglés y existen estudiantes extranjeros que no hablan español, aumentar la información en inglés en el proceso de matrícula, especialmente en el aplicativo de matrícula.

PM16. Debido a que los/las estudiantes de movilidad no finalizan de forma presencial los trámites administrativos, elaborar una versión en línea para la encuesta dirigida a los estudiantes de movilidad recibidos.

PM17. Debido a que el máster se imparte en inglés, elaborar una versión en inglés de la encuesta en línea dirigida a estudiantes egresados/as.

PM18. Debido a que el personal de administración y servicios de la Facultad de Economía, Empresa y Turismo está implicado en la gestión del TiDES, incluir al personal de la Facultad en las encuestas institucionales dirigidas al personal de administración y servicios.



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		
1.0.2. Grupos de interés implicados			9, 13
1.0.3. Configuración del sistema para su despliegue			7, 9
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		2, 3	2, 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	4	4, 9, 13
1.1.2. Sistemas de información para la mejora de la oferta formativa		5	5, 15
1.1.3. Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos		1, 4	1, 4, 13
1.1.4. Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión			
1.1.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés		2	2
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			16, 17
1.2.3. Mecanismos que regulen las directrices que afectan a los estudiantes			4, 13, 15
1.2.4. Mejora continua de los procesos relacionados con los estudiantes			12, 15
1.2.5. Procedimientos de toma de decisiones relacionados con los estudiantes		4	4, 13, 15
1.2.6. Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje			11
1.2.7. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje		2	2
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			11
1.3.6. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal			



Directriz AUDIT	F	NC	PM
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			16, 17, 18
1.4.3. Mejora continua de su política y actuaciones relativas al PAS y servicios			15
1.4.4. Control y mejora de los recursos materiales y servicios			
1.4.5. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios			15
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			
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			11, 16, 17, 18
1.5.2. Recogida de información sobre resultados de aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de grupos de interés		5	5, 16, 17
1.5.3. Mejora continua de los resultados y la fiabilidad de los datos utilizados		2	2, 8
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	2
1.5.6. Implicación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados		4	4, 9
1.5.7. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados		2, 3	2, 3
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, 5	2, 5
1.6.2. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.		2, 3	2, 3, 10, 12, 14
1.6.3. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés		2, 3	2, 3, 10, 12, 14
1.6.4. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de la información sobre programas y títulos		2, 3	2, 3, 10, 12, 14



4. OBSERVACIONES

No procede.

LAS TÉCNICAS DEL GABINETE
DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL

Mari Carmen Medina Herrera

Sonia Corujo Capote

VºBº:
LA DIRECTORA DE CALIDAD

Dña. Carolina Rodríguez Juárez