



AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN  
DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN

# **PROGRAMA AUDIT**

## **INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA**

**UNIV. DE LAS PALMAS DE GRAN  
CANARIA  
FACULTAD DE CIENCIAS DEL MAR**

**Fecha emisión informe: 22/07/2015**

 <small>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN</small>	<b>INF. DE AUDITORÍA EXTERNA DEL SGIC IMPLANTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DEL MAR DE LA UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.</b> Fecha: 22/07/2015
---	---

## DATOS DEL CENTRO AUDITADO

<b>Universidad</b>	<b>UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA</b>
<b>Centro</b>	<b>FACULTAD DE CIENCIAS DEL MAR</b>
<b>Alcance de la auditoría</b> (especificar cualquier posible exclusión)	Todas las titulaciones oficiales que se imparten en el referido Centro y de los que es responsable.
<b>Fecha de la auditoría</b>	30 de junio de 2015

## TIPO DE AUDITORÍA REALIZADA

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

Márquese con una "X" lo que proceda

## REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN AUDITADA

<b>Nombre</b>	D <sup>a</sup> Trinidad Arcos Pereira
<b>Cargo</b>	Vicerrectora de Comunicación, Calidad y Coordinación Institucional
<b>Tfno. y correo</b>	<a href="mailto:svc@ulpgc.es">svc@ulpgc.es</a> (928458010)

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

## DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

<b>Auditor Jefe</b>	José Antonio Pérez de la Calle	<b>Institución</b>	ANECA
<b>Auditor</b>	José Luis Martínez Rubio	<b>Institución</b>	Univ. Europea de Madrid

## 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.*

Directriz AUDIT		Directriz AUDIT	
1.0. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad	No Conf.	1.2. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes	No Conf.
1.0.1. Declaración pública y por escrito que recoja su política, alcance y objetivos de calidad	3,4	1.2.1. Disponer de sistemas de información para valorar las necesidades del Centro	
1.0.2. Grupos de interés implicados		1.2.2. Mecanismos para obtener y valorar información sobre los procesos anteriores	
1.0.3. Configuración del sistema para su despliegue		1.2.3. Mecanismos que regulen las directrices que afectan a los estudiantes	
1.0.4. Acciones para la mejora continua de la política y objetivos de calidad		1.2.4. Mejora continua de los procesos relacionados con los estudiantes	1
1.0.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés		1.2.5. Procedimientos de toma de decisiones relacionados con los estudiantes	
1.1. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos	No Conf.	1.2.6 Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje	
1.1.1 Órganos y procedimientos para la mejora continua de los títulos		1.2.7. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	
1.1.2 Sistemas de información para la mejora de la oferta formativa		1.3. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico	No Conf.
1.1.3 Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos		1.3.1. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico	
1.1.4 Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión		1.3.2. Recogida de información sobre resultados de su personal académico	
1.1.5. Rendición de cuentas a los grupos de interés		1.3.3. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico	
1.1.6. Criterios para la eventual suspensión del título		1.3.4. Toma de decisiones relativas al acceso, evaluación y promoción	
<b>OBSERVACIONES:</b> Se señalarán con un número correlativo las No Conformidades detectadas  Por cada subcriterio se podrá asignar más de una no conformidad. Así mismo, una misma no conformidad podrá aparecer en varios subcriterios		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	

(Sigue)

Directriz AUDIT		Directriz AUDIT	
1.4. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios	No Conf.	1.6. Cómo el Centro publica la información sobre las titulaciones	No Conf.
1.4.1. Obtención de información sobre requisitos de gestión de los recursos materiales y servicios		1.6.1. Obtención de información sobre el desarrollo de titulaciones y programas	
1.4.2. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios		1.6.2. Procedimiento para informar a los grupos de interés acerca de la oferta formativa, objetivos, movilidad, resultados, etc.	
1.4.3. Mejora continua de su política y actuaciones relativas al PAS y servicios		1.6.3. Mejora continua de la información pública que se facilita a los grupos de interés	
1.4.4. Control y mejora de los recursos materiales y servicios		1.6.4. Procedimientos de toma de decisiones relacionadas con la publicación de la información sobre programas y títulos	
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			
<b>1.5. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados</b>	<b>No Conf.</b>		
1.5.1. Obtención de información sobre necesidades de los grupos de interés sobre calidad de la enseñanza			
1.5.2. Recogida de información sobre resultados de aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de grupos de interés	<b>2</b>		
1.5.3. Mejora continua de los resultados y la fiabilidad de los datos utilizados			
1.5.4. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados			
1.5.5. Procesos de toma de decisiones relacionados con los resultados			
1.5.6. Implicación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados			
1.5.7. Procedimiento de rendición de cuentas sobre los resultados			

## DETALLE DE LAS NO CONFORMIDADES

Nº No Conf (1)	Subcrit. AUDIT/ Doc. del SGIC	Justificación	Cat. No Conf (2)
1	1.2/ PAC09	Se evidencia que, en relación a lo indicado en el procedimiento PAC09 (Gestión de no conformidades), no se elaboran varios de los documentos especificados en su flujograma. Por ejemplo: informes valorativos, documentos que recogen las medidas a tomar e informes de conclusiones.	NCM
3	1.5/ PI17	No se evidencia que exista un documento que recoja la Plantilla de auditores calificados por la ULPGC, tal y como se establece en el procedimiento PI17 (Auditoria Institucional), Tabla 1.	NCM
2	1.0/ PAC01	Se evidencia que los procedimientos incluidos en la página WEB de la ULPGC en su apartado del Sistema Interno de Calidad en su formato descargable ( <a href="http://www.calidad.ulpgc.es/templates/calulpgc/doc/MARCO_MSGC_Proc_Centro.pdf">http://www.calidad.ulpgc.es/templates/calulpgc/doc/MARCO_MSGC_Proc_Centro.pdf</a> ) no se encuentran actualizados, teniendo en cuenta el procedimiento PAC01 (Control de la documentación). Estos procedimientos parecen genéricos sin coincidir con las actualizaciones de los mismos realizados en la propia Facultad.	nc
4	1.0/ PAC01	<p>En relación al procedimiento PAC01 (Gestión de documentos y evidencias):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La edición de los procedimientos del SGIC del centro no sigue las especificaciones de su anexo 10.2. En concreto, en el encabezado de los documentos aparece además de lo indicado en mencionado procedimiento PAC01, el nombre del responsable del documento, en el pie de página no aparece el código del capítulo sino del documento, en la portada no aparece el nombre del manual sino del procedimiento, aparece un apartado de ediciones en lugar de revisiones, en la segunda tabla de revisiones aparece el cargo y no el nombre de la persona que elabora, revisa y/o aprueba el documento.</li> <li>Respecto a su anexo 10.3., se afirma que los procedimientos con código PI se refieren a los procedimientos de "instituto".</li> </ul>	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 SGIC, 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 SGIC, 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).

## **OBSERVACIONES GENERALES AL SGIC** *(excluyendo las no conformidades)*

1. Induce a error al usuario del sistema, la existencia de procedimientos aprobados con firma y sello, y simultáneamente otros que carecen de ellos. Esta circunstancia puede ser malinterpretada por los diferentes grupos de interés atribuyendo que los procedimientos sin firma y sello no están vigentes.
2. El Procedimiento PI17 (Auditoria Institucional) no incorpora un modelo de informe de auditoría interna.
3. El Procedimiento PI17 (Auditoria Institucional) carece de un apartado donde se especifiquen los criterios que debe cumplir un auditor interno del SGIC de la ULPGC.
4. El Procedimiento PI17 (Auditoria Institucional) no especifica la necesidad de que cualquier persona que forma parte de la plantilla de auditores internos firme un código ético.
5. El Procedimiento PI17 (Auditoria Institucional) no especifica el formato y contenidos que deben tener la lista de comprobación que se utiliza en la auditoría interna.
6. No hay evidencia que desde el Gabinete de Evaluación Institucional se tenga un control exhaustivo del número y naturaleza de las no conformidades académicas que se originan en cada centro.
7. Se evidencia una baja tasa de respuesta (24,6%) en las encuestas de satisfacción cumplimentadas por el PDI.
8. Se constata, a partir de la memoria anual del curso 2013/2014, que la tasa de participación del PDI en la actividades de formación continua se mueve en torno al 5%, siendo muy inferior a la media de la ULPGC, que oscila entre un 10-20%.
9. Dada la relevancia académica de los laboratorios de la Facultad de Ciencias del Mar que utilizan los estudiantes, sus mecanismos de gestión y mantenimiento podría ocupar un capítulo específico dentro de la documentación del SGIC de la Institución y/o del Centro, ya que en la actualidad se circunscribe a la gestión de los recursos materiales comunes.
10. Se evidencia un grado dispar de satisfacción con la formación recibida entre el colectivo PAS, en sus categorías de personal laboral y personal funcionario.
11. Se han detectado carencias en los mecanismos de comunicación entre los diferentes servicios administrativos del centro con los de la ULPGC
12. El apartado de documentación de referencia de los procedimientos relacionados con la medición de la satisfacción, tanto institucional (PI16) como de centro (PAC07), no se referencian mutuamente.
13. No se evidencia que los objetivos generales del centro sean compartidos por todos los grupos de interés de aquel, tal y como se describe en el procedimiento PEC01 (Procedimiento estratégico para la elaboración, revisión y actualización de la política de la Facultad de Ciencias del Mar).

### **OBSERVACIONES GENERALES AL SGIC** *(excluyendo las no conformidades)*

14. Se evidencia, de acuerdo a lo manifestado por los representantes de los tutores externos de prácticas durante las entrevistas realizadas, que hacen uso de un formato/plantilla para la evaluación de los estudiantes de prácticas que no aparece recogido en el procedimiento clave PCC07 de Gestión de las prácticas externas.

### **INCIDENCIAS**

Si bien se reconoce por el equipo auditor que la fecha pactada para la realización de la auditoría no facilita la asistencia de personas a las audiencias, se manifiesta que el perfil de los alumnos pertenecientes a la Facultad de Ciencias del Mar seleccionados para la realización de las entrevistas no se ajusta totalmente al criterio de representatividad, al registrar una presencia mayoritaria de estudiantes con un alto o muy alto rendimiento académico y, en el caso de los representantes de los egresados, todos menos uno siguen vinculados con la propia ULPGC cursando algún máster o doctorado, por lo que no cumplirían con las características deseables del colectivo de egresado al seguir vinculados a la Facultad.

### **FORTALEZAS DETECTADAS EN EL SGIC** *(en su diseño e/o implementación)*

#### **PUNTOS FUERTES**

PF1. Se evidencia un alto compromiso en la gestión del sistema de calidad por el Equipo de Dirección: Vicerrectora de Comunicación, Calidad y Coordinación Institucional, Decano de la Facultad, Directora y equipo técnico del GEI.

PF2. La documentación que integra el SGIC es fácilmente accesible, es clara y está bien estructurada. Así mismo, es sencillo acceder a los registros que evidencian el cumplimiento de los procedimientos.

PF3. La memoria anual del Centro es completa y aborda entre otros, los problemas de aquel, así como las posibles soluciones a adoptar.

PF4. Alto grado de satisfacción de los estudiantes hacia las titulaciones que cursan.

## GRADO DE CUMPLIMIENTO GLOBAL DE LOS APARTADOS QUE SERÍAN OBJETO DE RECONOCIMIENTO EN LA REACREDITACIÓN DE TÍTULOS

Las directrices del Modelo de Evaluación de Acredita que serían objeto de reconocimiento en caso de certificación del centro que imparte las titulaciones, así como su interrelación con las directrices AUDIT correspondientes, se encuentran detalladas en el anexo 02 del Documento Marco Evaluación para la renovación de la acreditación de títulos oficiales de Grado, Máster y Doctorado Programa ACREDITA, descargable en la web de ANECA.

## PERSONAS ENTREVISTADAS POR EL EQUIPO AUDITOR

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
Argimiro Rivero Rosales	PDI
Cayetano Collado Sánchez	PDI
José Manuel Vergara Martín	PDI
Mercedes Pacheco	PDI
Germán Rodríguez	PDI
Ignacio Alonso	PDI
María Dolores Gelado	PDI
May Gómez	PDI
M <sup>a</sup> del Carmen Cabrera	PDI
Juan Miguel Gil de la Fe	PDI
José Juan Castro	Personal de laboratorio
Javier Suárez	Personal de laboratorio
Juan Cruz	Personal de laboratorio
Noemí Lima	Personal de laboratorio
Luis Garcí Weill	Personal de laboratorio
José Luis Alemán	Personal de laboratorio
Cristina Olmos	Personal de laboratorio



Sarah Montesdeoca	Personal de laboratorio
Rosa Pérez	PAS
Leticia Ramírez	PAS
Laureano Vega	PAS
Alicia Mateo	PAS
Genoveva Valencia	PAS
Yolanda Santana	PAS
Olivia Ramírez	PAS
Irene Hernández	PAS
Ander Arandia	Estudiante
Lydia Mcknight	Estudiante
Daniel Bondyale	Estudiante
Verónica Arnone	Estudiante
Elisabet Espino	Estudiante
Ricardo Santos	Estudiante
Nuria Marrero	Estudiante
Miriam Bolaños	Estudiante
Laura Navarro	Estudiante
Montserrat Montero	Egresado
Marina Carrasco	Egresado
Isabel Fernández	Egresado
Yolanda García	Egresado
Iván Vidal	Egresado
Alejandro Morales	Egresado
Eugenio Fraile	Tutor externo de prácticas
Óscar Bergasa	Tutor externo de prácticas
Juan Luis G. Pinchetti	Tutor externo de prácticas

Alberto Bilabao	Tutor externo de prácticas
José Juan Santana Rodríguez	Tutor externo de prácticas
José Luis Guersi	Tutor externo de prácticas
Mónica Quesada	Tutor externo de prácticas
Melchor González	Comisión de Garantía de Calidad
Miriam Torres	Comisión de Garantía de Calidad
Magdalena Santana	Comisión de Garantía de Calidad
Milagros Rico	Comisión de Garantía de Calidad
Javier Berdún	Comisión de Garantía de Calidad
Carmen Ma Hernández	Comisión de Garantía de Calidad
Pilar García	Comisión de Garantía de Calidad

## EXCUSADOS

NOMBRE	CARGO/ OCUPACIÓN
N/A	N/A

## DISPOSICIÓN FINAL

### VALORACIÓN GLOBAL DEL EQUIPO AUDITOR (1)

El equipo auditor de la Agencia certificadora, una vez examinado el SGIC 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 SGIC, 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)

El presente informe se ha redactado tanto a partir de la información suministrada por el Centro, como de la disponible en su página Web y en su intranet, así como de la que el equipo auditor ha recogido en su visita al mismo.

El sistema de garantía interno de calidad está orientado hacia la identificación de oportunidades de mejora, estando establecidos y documentados objetivos de calidad desplegados y asumidos por el conjunto de la institución. Se dispone además de suficientes procedimientos, registros y evidencias que demuestran su eficaz implantación.

El clima general en el que se ha desarrollado la auditoría ha sido muy bueno. Destacar la predisposición mostrada por todos los interlocutores de la institución hacia las sugerencias realizadas por el equipo auditor, especialmente el equipo de dirección y la unidad de calidad.

Se han valorado los 42 subcriterios de las directrices de AUDIT, resultando 4 no conformidades, agrupadas por directrices, dos de carácter mayor (NCM) y dos menores (nc), así como 14 observaciones generales de mejora. En el caso de las NCM, la relativa al registro de auditores cualificados ésta es ajena a la responsabilidad del Centro, y aunque trascendente, resulta de fácil resolución (se ha facilitado por la ULPGC un registro de auditores cualificados a nivel de la ULPGC). La otra, relativa a un desajuste entre lo especificado por el procedimiento y la operativa real, al igual que la anterior, tiene un sencillo modo de resolución, y en este caso también se aporta por el Centro, un par de enlaces para comprobar cómo se ha resuelto aquella.

### **JUSTIFICACIÓN DEL RESULTADO (3)**


En cuanto a las nc menores, en ambos casos, se evidencia a través de los enlaces facilitados en el PAM, que ambas han sido resueltas.

El resto de las acciones de mejora que propone el Centro, relativas a las observaciones incluidas en el informe (de seguimiento voluntario), dan respuesta a las especificadas por el equipo auditor, detallando en todas ellas los recursos complementarios, las fechas previstas de solución y los responsables de ejecución y/o seguimiento. En algunos casos, incluso se facilitan los enlaces para evidenciar los cambios realizados.

Por ello, se valora como FAVORABLE, el grado real de implantación del SGIC en el Centro.

- (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.

#### **Por el equipo auditor (1)**



D. : José Antonio Pérez de la Calle  
Cargo: Auditor Jefe

(1) Auditor de mayor rango del equipo