

# **PROGRAMA DE CERTIFICACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE GARANTÍA INTERNA DE LA CALIDAD**

## **Informe de evaluación externa**

**Centro: Facultat de Química**

**Universidad: Universitat de Barcelona**

**Fecha de la visita: 10, 11 y 12 de noviembre 2020**

# ÍNDICE

A. Introducción .....	3
B. Desarrollo del proceso de evaluación .....	4
C. Valoración del nivel de implantación de las dimensiones del SGIC .....	7
C1. Revisión y mejora del SGIC.....	7
C2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos .....	13
C3. Sistemas de apoyo al aprendizaje y de orientación a los estudiantes .....	17
C4. Personal académico .....	22
C5. Recursos materiales y servicios.....	26
C6. Información pública y rendición de cuentas .....	30
D. Resultado de la evaluación .....	34
E. Acta de envío del informe externo .....	35
Anexo. Alcance de la evaluación .....	36

# A. Introducción

## 1. Descripción del SGIC evaluado

<b>Centro:</b>	Facultat de Química (FQ)
<b>Universidad:</b>	Universitat de Barcelona
<b>Sede:</b>	Barcelona
<b>Código:</b>	08032971
<b>Tipología:</b>	Propio
<b>Alcance del SGIC:</b>	SAIQU de la Facultat cuyos procesos quedan recogidos en el Anexo I

## 2. Composición del comité externo de certificación

<b>Rol</b>	<b>Nombre</b>	<b>Ámbito</b>	<b>Institución</b>
<b>Presidente</b>	Jon Altuna	Ingeniería automática, electrónica e industrial	Mondragon Univertsitatea
<b>Profesional</b>	Cristina Gascón	Consultoría	COMTEC S.A.
<b>Estudiante</b>	Patricia Carmona	Pedagogía	Universidad de Murcia
<b>Secretaria</b>	Carme Edo	Evaluación de la Calidad	AQU Catalunya

## 3. Objetivo del informe

La evaluación externa del Sistema de Garantía Interna de la Calidad (SGIC) de la Facultad de Química de la Universitat de Barcelona (UB), se ha centrado, de acuerdo con la *Guía para la certificación de la implantación de Sistemas de Garantía Interna de la Calidad* de AQU Catalunya (en adelante *Guía para la Certificación*) en las seis dimensiones obligatorias: Revisión y mejora del SGIC; Diseño, revisión y mejora de los programas formativos; Sistemas de apoyo al aprendizaje y de apoyo a los estudiantes; Personal académico; Recursos materiales y servicios; e Información pública.

Este informe, que se enmarca en la certificación de la implantación del SGIC, tiene principalmente dos finalidades:

1. Dar a conocer el nivel de despliegue e implementación del SGIC evaluado y, en consecuencia, proponer a la Comisión Específica de Certificación de la Implantación del SGIC de AQU Catalunya que proceda a emitir el certificado que acredite su logro.
2. Aportar sugerencias al SGIC evaluado para mantener un nivel de calidad adecuado en las dimensiones susceptibles de valoración, contenida en una propuesta formalizada de acciones orientadas a la mejora.

## B. Desarrollo del proceso de evaluación

### 1. Breve descripción del proceso de evaluación

En el marco de las actuaciones prevista en el “Protocolo de actuación en el Marco VSMA debido a los efectos del Coronavirus SARS-COV-2”, aprobado por la Comisión de Evaluación de Instituciones y Programas de AQU Catalunya el 12 de mayo de 2020, se ha adaptado el proceso de certificación de la implantación del SGIC para ser desarrollado de forma no presencial. Todas las reuniones se han realizado utilizando el software Zoom.

El Comité de Evaluación Externa-SGIC (CEE-SGIC) realizó una visita previa a la Facultad el 29 de septiembre de 2020, tras revisar la documentación disponible asociada al SGIC. La visita de certificación se realizó los días 10, 11 y 12 de noviembre 2020.

El programa de la visita se organizó para garantizar el acceso a registros y evidencias generadas en el marco del SGIC y se desarrolló siguiendo la siguiente agenda:

#### Día 10 de noviembre

Hora	Actividad
08.45	Recepción del CEE por parte de la Universidad
08.50 - 09.15	Presentación modelo SAIQU de la FQ
09.15 - 10.30	<b>Dimensión 1. Revisión y mejora del SGIC</b> Procesos incluidos: <ul style="list-style-type: none"><li>• PEQ 010 Despliegue de la Política de calidad</li><li>• PEQ 170 Revisión del sistema de aseguramiento de la calidad</li><li>• PEQ 130 Recogida de información y análisis de resultados para la mejora de las enseñanzas</li></ul>
10.30 - 10.40	<b>Pausa</b>
10.40 - 11.15	<b>Dimensión 1. Revisión y mejora del SGIC</b> Procesos incluidos <ul style="list-style-type: none"><li>• PEQ 150 Redacción y distribución de los PNT y de las IT</li><li>• PEQ 160 Gestión documental</li></ul> Acceso a las plataformas de gestión de la información
11.15 - 11.25	<b>Pausa</b>
11.25 - 13.15	<b>Dimensión 2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos</b> Procesos incluidos <ul style="list-style-type: none"><li>• PEQ 020 Gestión de la calidad de los programas formativos en el marco VSMA</li><li>• PEQ 021 Diseño, aprobación y verificación de titulaciones oficiales de grado y máster</li><li>• PEQ 022 Seguimiento y mejora continua de titulaciones oficiales de grado y máster</li><li>• PEQ 023 Modificación de titulaciones oficiales de grado y máster</li><li>• PEQ 024 Acreditación de titulaciones oficiales de grado y máster</li><li>• PEQ 025 Supresión-Extinción de titulaciones oficiales</li></ul>
13.15 -13.25	<b>Pausa</b>

<b>13.25 -14.45</b>	<b>Dimensión 3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado</b> Procesos incluidos <ul style="list-style-type: none"> <li>• PEQ 030 Matriculación y acceso de los estudiantes en las enseñanzas de grado</li> <li>• PEQ 040 Selección, admisión, matriculación y acceso de los estudiantes en másteres oficiales</li> <li>• PEQ 060 Marco academicodocente para el desarrollo de las enseñanzas</li> <li>• PEQ 061 Programación de las enseñanzas de grado y master</li> <li>• PEQ 067 Gestión de los TFG-TFM</li> </ul>
<b>14.45</b>	<b>Fin trabajo primera sesión</b>

#### Día 11 de noviembre

<b>Hora</b>	<b>Actividad</b>
<b>08.30 - 10.00</b>	<b>Dimensión 3. Enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado</b> Procesos incluidos <ul style="list-style-type: none"> <li>• PEQ 050 Orientación al estudiante</li> <li>• PEQ 070 Gestión de las prácticas externas</li> <li>• PEQ 080 Gestión de la movilidad internacional del estudiante</li> <li>• PEQ 090 Gestión de la movilidad nacional del estudiante</li> </ul>
<b>10.00 - 10.10</b>	<b>Pausa</b>
<b>10.10 -11.10</b>	<b>Dimensión 4. Personal académico</b> Procesos incluidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• PEQ 062 Formación del personal docente e investigador</li> </ul>
<b>11.10 - 11.20</b>	<b>Pausa</b>
<b>11.20 - 12.20</b>	<b>Dimensión 5. Recursos materiales y servicios</b> Procesos incluidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• PEQ 110 Gestión y mejora de los recursos materiales destinados a la docencia y de las instalaciones y equipos de los laboratorios docentes</li> <li>• PEQ 120 Gestión de los servicios de la Facultad</li> </ul>
<b>12.20 - 12.30</b>	<b>Pausa</b>
<b>12.30 - 13.30</b>	<b>Dimensión 6. Información pública y rendición de cuentas</b> Procesos incluidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• PEQ 100 Gestión de peticiones</li> <li>• PEQ 140 Publicación de Información sobre las enseñanzas</li> </ul>
<b>13.30 - 13.40</b>	<b>Pausa</b>
<b>13.40 -14:30</b>	Entrevista con la Comisión de Calidad
<b>14:30</b>	<b>Fin trabajo segunda sesión</b>

#### Día 12 de noviembre

<b>Hora</b>	<b>Actividad</b>
<b>08.30 - 09.20</b>	Entrevista con directores/as de departamento
<b>09.20 - 09.30</b>	Pausa
<b>09.30 - 10.20</b>	Entrevista con profesorado
<b>10.20 - 10.30</b>	Pausa
<b>10.30 - 11.20</b>	Entrevista con estudiantes y egresados/as

<b>11.20 - 11.30</b>	Pausa
<b>11.30 - 12.30</b>	Entrevista equipo técnico de calidad UB
<b>12.30 - 13.45</b>	Reunión interna CEE-SGIC
<b>13.45 - 14.00</b>	Informe sobre las conclusiones preliminares y despedida
<b>14.00</b>	Fin de la visita virtual

Adicionalmente se habilitó un correo corporativo de AQU Catalunya como espacio virtual para sustituir la audiencia abierta.

## **2. Incidencias más destacables**

En el transcurso de la visita no se ha producido ninguna incidencia remarcable y el proceso ha sido en todo momento adecuado y de acuerdo al plan y horario establecidos.

## **3. Actitud de la comunidad**

El CEE-SGIC quiere agradecer la disponibilidad y la colaboración de la comunidad universitaria, y en especial del equipo directivo de la Facultad, durante la evaluación. Un agradecimiento que se prolonga a todas las personas y colectivos que participaron activamente en las audiencias celebradas, cuyas apreciaciones han sido muy estimables para incrementar el conocimiento de la institución y del nivel de implantación de su SGIC.

En este sentido, el comité externo valora positivamente la actitud colaborativa de todas las personas vinculadas al SGIC y de los grupos de interés con los que tuvo ocasión de dialogar, por su sinceridad y capacidad para comprender las cuestiones planteadas por los miembros del CEE-SGIC; también por su interés en contribuir al desarrollo de este proceso y lo que del mismo podrá derivarse para la mejora del centro y de los programas formativos que imparte.

## C. Valoración del nivel de implantación de las dimensiones del SGIC

### C1. Revisión y mejora del SGIC

---

El centro dispone de un SGIC con sus procesos implantados, que incluye procesos para su revisión y mejora continua.

---

Implantación parcial       Implantación suficiente       Implantación avanzada

---

El centro dispone de un conjunto de procesos asociados a la revisión y mejora del SGIC. De una manera directa, los procesos que rigen las actuaciones institucionales en relación con la política de calidad y la implantación del SGIC son los siguientes:

- PEQ 010 Despliegue de la Política de calidad
- PEQ 170 Revisión del sistema de aseguramiento de la calidad
- PEQ130 Recogida de información y análisis de resultados para la mejora de las enseñanzas
- PEQ 150 Redacción y distribución de los PNT y de las IT
- PEQ 160 Gestión documental

Para la evaluación de la dimensión el CEE ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con estos procesos y las entrevistas realizadas durante la visita.

#### **(1.1) Definición de la cadena de responsabilidades y los grupos de interés implicados en el funcionamiento de los procesos para el análisis y la mejora del SGIC.**

*La cadena de responsabilidades y los grupos de interés para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos para el análisis y la mejora del SGIC son los adecuados para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada pero no siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos. (suficiente)*

En materia de calidad, la Facultad de Química de la UB (en adelante FQ o Facultad) fue pionera en la UB con la creación en el año 1996 del primer comité de calidad que enfocaba su actuación a la mejora de la calidad docente. Más adelante, en el año 2001, se creó la unidad de calidad, medio ambiente y seguridad y posteriormente en el año 2006 se creó el primer manual de calidad de laboratorios docentes (SGQLD).

En la actualidad, la Facultad cuenta con un Sistema de Garantía Interna de la Calidad (en adelante SAIQU) formalmente establecido y de acceso público, estructurado en procesos (PEQ) que regulan los aspectos vinculados a gestión de las titulaciones. La Facultad dispone de un Manual de Calidad que define, en la Tabla 2, los responsables de cada uno de los procesos.

La Comisión de Calidad se creó en el año 2009, está presidida por el Decano y es la garante del buen funcionamiento del SAIQU de la Facultad. La composición de esta Comisión es accesible vía página web.

También se han definido los principales grupos de interés de la Facultad (PDI; PAS; estudiantes). En general, en cada PEQ se definen de manera clara los participantes y responsables de cada acción. Existen encuestas para conocer su percepción.

El SAIQU se revisa según lo establecido en el PEQ 170 “Revisión del sistema de aseguramiento de la calidad”; el último informe de revisión fue aprobado por la Comisión de Calidad en febrero del 2020.

Se constata que existe una cultura de la calidad y mejora continua compartida y en fase de consolidación en la institución. Ésta cultura de la calidad se corresponde con una vinculación histórica de la Facultad en materia de calidad y la existencia de un liderazgo y una clara implicación, tanto a nivel estratégico como en el mantenimiento y la mejora continua del SAIQU por parte del Equipo Directivo de la Facultad.

Cabe destacar también las funciones que ejerce la UB que, a través de la APQUB (Agència de Polítiques i Qualitat de la UB), ha dado soporte a la implantación del SAIQU de la Facultad y continúa ejerciendo una labor destacada en el seguimiento y revisión y mejora del mismo.

*AM-1.1.1 Para asegurar una relación fluida con todos los grupos de interés, especificar en la documentación del SAIQU de qué manera se lleva a cabo esta participación.*

No se han sistematizado los niveles de comunicación con los grupos de interés externos (empleadores, organizaciones e instituciones de ámbito público y privado, administraciones públicas, antiguos alumnos y sociedad en general). Solo se realizan encuestas a Estudiantes de Bachillerato (Jornada Puertas Abiertas) y Empresas e instituciones (Encuesta estudio empleadores AQU 2014).

Por ejemplo, los empleadores participan a través del grupo de trabajo para la formación dual, en las acciones de empleabilidad que se organizan en la Facultad, en las prácticas externas, en el diseño de los planes de estudio etc. Esta participación debe formalizarse e incorporarse al SAIQU.

*RE-1.1.1. Consolidar la figura del técnico de calidad de la Facultad.*

La Facultad dispone de un técnico de calidad a tiempo parcial que ejerce una función clave en la gestión del SAIQU. Se considera que esta figura debería consolidarse.

## **(1.2) Existencia de una política y objetivos de calidad y su vinculación con la gestión estratégica.**

***Se dispone de una política y unos objetivos de calidad actualizados, que son públicos y forman parte de la gestión estratégica. Las partes internas desarrollan y aplican esta política y estos objetivos mediante estructuras y procesos adecuados y, a la vez, implican a las partes interesadas externas. (Satisfactorio)***

En la actualidad la Facultad dispone de una política de calidad aprobada en mayo del 2020 y que es de libre acceso desde la página web de la Facultad.

La política de calidad se consolidó en el año 2008 con el diseño AUDIT. El objetivo inicial era único: implantar la cultura de calidad. Con la entrada del nuevo equipo decanal en el año 2017, como una acción de gobierno se elaboró un Plan Director que se aprobó en el 2019.

El Plan Director establece unas líneas de actuación que se clasifican según las áreas donde se desarrollan y los grupos de interés implicados. (Áreas transversales, área académica, área de investigación y transferencia, área de infraestructuras y seguridad, el PDI, el PAS y la gestión y administración y por último, los estudiantes)

La nueva Política de Calidad establece una serie de compromisos que permitan continuar difundiendo la cultura de calidad en la Facultad y la aplicación de procesos de seguimiento y mejora.

En el Anexo 3 del Manual de Calidad se establece la relación entre las líneas de actuación del Plan Director y los ejes y líneas estratégicas del Plan Estratégico UB 2030. A su vez, en el Anexo 4 se establece la relación entre las líneas estratégicas y objetivos/acciones del Plan Director con el SAIQU y sus procesos.

Por otro lado, en el Anexo 5 del Manual se presenta el cuadro de indicadores del SAIQU. Cada indicador está codificado en función del proceso al que está vinculado y tiene definidos un “valor de aceptación” y en “valor meta”.

Los indicadores de los procesos se alinean con las líneas de actuación y sirven como indicadores de avance del Plan Director.

#### *BP-1.2.1. El Plan Director como eje vertebrador de la gestión estratégica.*

Tal como se ha comentado anteriormente, existe una trazabilidad entre la estrategia de la institución y los objetivos de calidad. El Plan Director de la Facultad es el nexo entre el Plan Estratégico de la UB y los objetivos específicos de la Facultad.

#### *RE-1.2.1 Reflexionar sobre la posibilidad de introducir algunos indicadores del Contrato Programa (CP) en el SAIQU.*

El modelo de financiación ordinaria de las Facultades de la UB se basa en CP definidos por áreas (investigación y académica, funcionamiento y mejora) y se ha definido un programa de excelencia a través de los contratos programas. La financiación queda supeditada al cumplimiento de los indicadores de los CP. En su mayoría se trata de indicadores de gestión administrativa y no tanto de excelencia.

Los CP no se mencionan ni en la política de calidad ni en el Plan director; la Facultad considera que la excelencia se mide por otro tipo de indicadores (como por ejemplo, el número de títulos con dimensiones de acreditación no-condicionadas). Con todo, y respetando la autonomía de la Facultad, se considera que se debería realizar una reflexión sobre la posibilidad de informar explícitamente sobre los indicadores relacionados con el CP en el SAIQU en aras a integrar las distintas fuentes de entrada.

### **(1.3) Coherencia del mapa de procesos respecto a los procesos implantados y las interrelaciones definidas entre ellos.**

***Se cuenta con un mapa de procesos actualizado que contempla todos los procesos del SGIC. Los procesos del SGIC implantados están generalmente vinculados, según lo descrito en el mapa. Aun así, se observa alguna incoherencia en la relación entre procesos. (Suficiente)***

La Facultad ha definido un mapa de procesos que se incluye dentro del Manual de Calidad y éstos se clasifican en procesos estratégicos, clave y de soporte. Los procesos estratégicos identifican los aspectos considerados fundamentales por la Facultad para la gestión de la calidad académicodocente: gestión de la política de calidad, indicadores y revisión del SAIQU así como la gestión y mejora de las enseñanzas en el marco VSMA, los claves están directamente vinculados al proceso formativo centrado en el alumnado, y los de soporte dan apoyo en el resto de los procesos. En cada proceso se indican las interrelaciones principales con otros procesos y su relación con los grupos de interés.

En el mapa de procesos todos aquellos directamente ligados al Marco VSMA están definidos como estratégicos. Esta clasificación demuestra la relevancia que se da a la calidad de los programas formativos en el SAIQU de la Facultad.

*RE 1.3.1. Desagregar los procesos en el mapa de procesos.*

El actual mapa de procesos muestra los procesos aglutinado por “categorías”; por ejemplo, en la categoría “Gestión de la Calidad de los programas formativos” se incluyen 6 de los procesos del SAIQU. Esta clasificación por categorías queda perfectamente establecida en el MC y se ha trasladado al Anexo I del presente informe. Si bien la actual propuesta es perfectamente valida, se recomienda a la Facultad mostrar los procesos desagregados.

#### **(1.4) Vinculación del SGIC con las dimensiones del programa AUDIT.**

***El SGIC implantado responde muy adecuadamente a las dimensiones del programa AUDIT. El SGIC es maduro y se garantiza el perfecto desarrollo de los programas formativos. (Satisfactorio)***

El CEE ha podido constatar que el SAIQU implantado mantiene el cumplimiento de las dimensiones del programa AUDIT y que da respuesta muy adecuada a las necesidades de la Facultad en lo que hace referencia a los procesos relacionados con el VSMA. Prueba de ello son los buenos resultados obtenidos en los sucesivos procesos de acreditación de las titulaciones de la Facultad; con varias titulaciones evaluadas globalmente “En progreso de excelencia” y ninguna dimensión evaluada “En condiciones”.

Los procesos vinculados al marco VSMA llevan muchos años en funcionamiento y están consolidados en la institución. Su despliegue está perfectamente ajustado a las necesidades de la Facultad y forman parte de la gestión diaria de los programas formativos. Estos procesos son conocidos por los distintos grupos de interés.

#### **(1.5) Sistema de gestión de la documentación del SGIC.**

***Se dispone de un sistema de gestión de la documentación del SGIC que incluye la última versión del SGIC y la documentación más relevante que se genera al respecto. La mayor parte de la documentación está organizada de forma sistemática. (Suficiente)***

El SAIQU incluye un proceso de soporte para la gestión de la documentación (PEQ 160) que establece la sistemática de control de documentos, así como las figuras responsables de su elaboración, revisión y aprobación.

La documentación relacionada con el SAIQU se encuentra ubicada en una plataforma sharepoint y en la página web de la Facultad. En sharepoint la documentación está organizada en carpetas por procesos e identificadas correctamente.

Se definen indicaciones sobre la manera de codificar los procesos y controlar su histórico de cambios; los procesos siguen de forma sistemática estas indicaciones, así como la estructura fijada en el PEQ 160.

Por otro lado, la gestión de la documentación de los laboratorios de la Facultad queda recogida en el proceso PEQ-150 Redacción, distribución y revisiones de los Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) y de las Instrucciones de Trabajo (IT).

*BP - 1.5.1. La sistemática establecida para la gestión de la documentación de los laboratorios (PNT y IT).*

Los laboratorios de la Facultad trabajan según con lo establecido en las PNT y las IT. Durante la visita el CEE tuvo acceso al repositorio de documentos y pudo comprobar, a través de ejemplos elegidos al azar, la sistemática para registrar las copias controladas y los destinatarios de las mismas. La información revisada es completa y está actualizada. Los documentos se guardan convenientemente codificados y siguiendo un completo orden. Esta sistemática facilita el correcto despliegue de las actividades en los laboratorios y garantiza la seguridad en los mismos.

*RE - 1.5.1. Centralizar toda la documentación y la custodia de sus revisiones.*

Si bien la documentación más relevante del SAIQU se encuentra centralizada, una parte de la documentación generada por la implantación del SAIQU queda custodiada por los respectivos responsables de los procesos. Sería deseable centralizar toda la documentación de trabajo y los registros más específicos como actas etc. para que pudiera estar disponible para los grupos de interés.

*AM - 1.5.1. Identificar con la codificación pertinente los documentos que carecen de ella.*

Puntualmente se observa que algún documento del SAIQU no está convenientemente identificado. Por ejemplo, el Manual del SAIQU no tiene fecha ni codificación; se debe revisar a la documentación de trabajo y los registros más específicos como actas para garantizar que esté correctamente identificada.

Por otro lado, se ha detectado como buena práctica la sistematización de la documentación para la gestión, se recomienda aplicar esta sistematización y buen control a toda la documentación del SAIQU.

## **(1.6) Sistema de gestión de la información.**

***Se dispone de un sistema de gestión de la información que recoge datos e indicadores que son generalmente representativos y fiables de los procesos del SGIC. El sistema de gestión de la información permite un acceso relativamente fácil a los datos e indicadores para los diferentes grupos de interés. (Suficiente)***

Los datos vinculados al SAIQU tienen distintas procedencias; una parte importante de ellos proceden del “Espai VSMA” de la UB mientras que otros proceden de distintas unidades. En todo caso, su origen y formulación están convenientemente detallados. Desde la UQMAS se recogen los datos y se centralizan en el cuadro de mando.

La Facultad dispone de un cuadro de mando propio que integra un conjunto casi 100 indicadores ligados a los procesos del SAIQU. Algunos de los indicadores, como es el caso de los indicadores ligados a tasas y resultados académicos, se calculan para cada una de las titulaciones de grado y de máster, lo que supone alrededor de unos 340 registros totales. El cuadro de mando identifica inequívocamente a los procesos clave.

A lo largo de la visita el CEE pudo constatar que los grupos de interés implicados están satisfechos con el sistema de gestión de la información; con los datos disponibles y actualizados.

### **(1.7) Existencia de evidencias sobre la eficiencia de los procesos, y análisis y mejora periódica del SGIC.**

*La información que se deriva de la mayoría de los procesos del SGIC, basada en datos e indicadores, generalmente permite tomar decisiones para garantizar la calidad de las titulaciones. La revisión periódica del SGIC da lugar a un plan de mejora. Este es completo y estructurado. (Satisfactorio)*

El SAIQU se revisa anualmente según lo establecido en el PEQ 170 “Revisión del sistema de aseguramiento de la calidad”; el último informe de revisión fue aprobado por la Comisión de Calidad en febrero del 2020 y recoge el análisis del grado de implantación de las acciones de mejora de la revisión del 2019 y la revisión y análisis del plan de mejora del SAIQU.

El análisis de la información se realiza en el marco de la Comisión de Calidad, siendo cada titulación quien analiza primero sus indicadores. Posteriormente, de manera global se analizan todos los indicadores.

El análisis se realiza anualmente a finales de año, se plantean acciones de mejora a principios del año siguiente y éstas, quedarán implantadas en el siguiente curso durante el cual, se hará seguimiento de la efectividad de la acción de mejora. En total, el ciclo dura dos años.

Con la entrada del nuevo equipo decanal, se realizó una primera revisión del SAIQU en el año 2018 en la cual se hizo un diagnóstico exhaustivo del estado del SAIQU de la Facultad y se estableció un plan de acción. Las sucesivas revisiones de 2019 y 2020 tienen una estructura común y toman como documento de partida la revisión del año anterior; esta sistematización permite un seguimiento muy adecuado de las acciones de mejora establecidas.

## C2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos

---

El centro cuenta con procesos implantados para el diseño, la revisión y la mejora de los programas formativos y, si es pertinente, la extinción de estos programas, como también para el conjunto de las acciones de evaluación que se realicen en el Marco del VSMA.

---

Implantación parcial       Implantación suficiente       Implantación avanzada

---

El centro dispone de un conjunto de procesos asociados al diseño, revisión y mejora de los programas formativos. De una manera directa, los procesos que rigen las actuaciones institucionales son los siguientes:

- PEQ 020 Gestión de la calidad de los programas formativos en el marco VSMA
- PEQ 021 Diseño, aprobación y verificación de titulaciones oficiales de grado y máster
- PEQ 022 Seguimiento y mejora continua de titulaciones oficiales de grado y máster
- PEQ 023 Modificación de titulaciones oficiales de grado y máster
- PEQ 024 Acreditación de titulaciones oficiales de grado y máster
- PEQ 025 Supresión-Extinción de titulaciones oficiales

Para la evaluación de la dimensión el CEE ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con estos procesos y las entrevistas realizadas durante la visita.

### **(2.1) Definición de la cadena de responsabilidades en los procesos de diseño, revisión y mejora de los programas formativos, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos.**

*La cadena de responsabilidades para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos vinculados con el diseño, la revisión y la mejora de los programas formativos, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos, es muy adecuada para asumir estas funciones y presenta una alta implicación. La toma de decisiones es adecuada y siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos relacionados. (Satisfactorio)*

En la Facultad la cadena de responsabilidades asociada a los procesos señalados al inicio del apartado está bien definida y garantiza la recogida de información sobre estos aspectos. Asimismo, el técnico de calidad de la Facultad gestiona dichos procesos.

A nivel de la UB la responsabilidad en la gestión del diseño, revisión y mejora de los programas formativos recae en el Vicerrectorado de Ordenación Académica y Calidad.

La cadena de responsabilidades asociada a los procesos listados anteriormente está bien definida, garantiza la recogida de información y es adecuada para atender las necesidades del Marco VSMA. La coordinación entre el SAIQU de la Facultad y las actuaciones transversales de la UB en lo que hace referencia al Marco VSMA es adecuada, lo que garantiza un correcto funcionamiento de estos procesos.

Los responsables de las titulaciones forman parte de la Comisión de Calidad, lo que les permite liderar las acciones vinculadas a la gestión de los procesos del SAIQU relacionados con el aseguramiento de la calidad de sus titulaciones.

*BP - 2.1.1. La sistematización del funcionamiento de las Comisiones de estudios (programas de grado).*

La composición y funciones otorgadas a las Comisiones de estudios que han permitido liderar el análisis y la mejora continua de las titulaciones, realizando un seguimiento exhaustivo de los indicadores alcanzados y participando activamente en la revisión de los procesos vinculados al VSMA. Todo ello ha derivado en la sistematización del sistema que ayuda a gestionar el cambio y adaptarse a los requisitos externos de una manera ágil.

## **(2.2) Acciones relacionadas con el diseño, la revisión y la mejora de los programas formativos respecto al Marco VSMA y los procesos del SGIC y el desarrollo de los programas formativos.**

***Todas las actuaciones relacionadas con el diseño, la revisión y la mejora de los programas formativos se llevan a cabo en el contexto del Marco VSMA y siempre se realizan según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos. (Satisfactorio)***

El CEE constata que la Facultad sigue lo establecido en los procesos en cuanto a diseño, revisión y mejora de los programas formativos se refiere. Se considera que los procesos que conducen a la superación de las evaluaciones del Marco VSMA gozan de una implantación satisfactoria. Los resultados positivos de las evaluaciones externas realizadas en los años de implantación del SGIC así lo avalan.

Durante la visita se revisa paso a paso el proceso de modificación de titulaciones y toda la documentación que se genera. En los últimos años se han realizado modificaciones en 4 másteres y en el Grado en Química; el proceso de modificación es complejo y conlleva un circuito establecido mediante un aplicativo informático. Se evidencia que el proceso de modificación es fruto del análisis de indicadores e información cualitativa.

*BP-2.2.1. La participación de los empleadores en el diseño de los grados.*

*Para el diseño de nuevos grados se crea una Comisión Promotora de Grado que incluye, entre otros, una representación del mercado laboral con la participación de un empleador. Adicionalmente, los programas formativos se han ido adaptando a petición de los empleadores, por ejemplo, con la inclusión de asignaturas como Gestión de Proyectos.*

*BP-2.2.2. La inclusión del informe de los estudiantes en el proceso de acreditación.*

La Facultad ha participado en una experiencia piloto de incluir un informe de los estudiantes en la acreditación de titulaciones. Tras el análisis de los resultados, se ha decidido incorporar este elemento en todos los procesos de acreditación futuros.

## **(2.3) Recogida de información para el análisis y la mejora de los programas formativos.**

***Se recoge información completa y generalmente fiable sobre el programa formativo, por ejemplo sobre la satisfacción de los grupos de interés, los resultados académicos, la inserción laboral y otros elementos necesarios para la revisión de los programas. (Satisfactorio)***

Tal y como se ha comentado anteriormente, la UB dispone de un sistema de gestión y almacenaje (ESPAI VSMA) que centraliza la mayoría de los datos e indicadores relacionados con los procesos vinculados a los programas formativos y de enseñanza-aprendizaje y que pone a disposición de todos sus Centros. En el “Espai VSMA” se indica el origen de cada uno de los datos.

La Facultad recoge datos de diversas fuentes (resultados académicos, inserción laboral, prácticas externas, movilidad, etc.) que están a disposición de los responsables de los procesos. Tal y como se evidenció en la evaluación de los procesos transversales, existe una sistemática de obtención de datos e indicadores anual que permite acceder fácilmente a información desglosada a nivel de titulación, por lo que los indicadores de los procesos ligados al marco VSMA se encuentran consolidados y son públicos a través de la página web.

El cuadro de mando de la Facultad recoge una amplia batería de indicadores para cada titulación que permite, gracias a un sistema de codificación por colores, identificar fácilmente si los resultados obtenidos alcanzan el valor de aceptación o el valor meta.

#### **(2.4) Existencia de evidencias sobre el análisis y la mejora continua de los programas formativos.**

***El análisis de los programas formativos da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Dicho plan es completo y estructurado. Se lleva a cabo un seguimiento sistematizado del plan de mejora. (Satisfactorio)***

Los programas formativos se revisan y se mejoran de manera periódica (autoinformes de acreditación, informes de revisión de los procesos, indicadores de procesos, cuadro global de indicadores de la Facultad, etc.).

Para el análisis y mejora de los programas formativos es especialmente relevante la aplicación del proceso “PEQ 022 Seguimiento y mejora continua de titulaciones oficiales de grado y máster” y en concreto la elaboración del Informe de seguimiento de centro (ISC). Los ISC son de acceso público, se realizan de manera sistematizada y contienen un plan de mejora adecuado. En el proceso de seguimiento de las titulaciones se ha decidido incorporar el cuadro de mando de la Facultad.

Durante la visita, el comité pudo observar las evidencias del análisis para definir mejoras. Fruto del análisis, la Facultad propone una serie de modificaciones en las titulaciones. Así, por ejemplo, se solicita la reducción del número de plazas de alumnos de nuevo ingreso en el Grado en Química, pasando de 230 a 200. Esta modificación se encuentra vinculada a la próxima implantación del doble Grado en Química y ADE; se modifica el curso de la materia Bioquímica, que pasa de 2º a 3º curso, manteniéndose en el segundo semestre; se actualiza la estimación de los resultados de las tasas de graduación, abandono y eficiencia, en base a los resultados obtenidos en los tres últimos cursos.

##### ***BP-2.4.1. El doble ciclo interno de mejora en el proceso de seguimiento.***

El proceso de seguimiento establece que la Facultad deber realizar periódicamente un proceso de análisis y mejora de sus titulaciones. Este proceso se plasma en el Informe de seguimiento de centro (ISC). El ISC es analizado a su vez por la APQUB, que retorna a la

Facultad un informe valorativo sobre el ISC. La Facultad tiene en cuenta este informe de la APQUB para la mejora continua. Este proceso se realiza de manera sistemática y protocolizada y la Facultad lo valora muy favorablemente como un elemento de mejora continua.

## C3. Sistemas de apoyo al aprendizaje y de orientación a los estudiantes

El centro cuenta con procesos implantados que favorecen el aprendizaje de los estudiantes.

Implantación parcial

Implantación suficiente

Implantación avanzada

El centro dispone de un conjunto de procesos asociados a los sistemas de apoyo al aprendizaje y de orientación a los estudiantes. De una manera directa, los procesos que rigen las actuaciones institucionales son los siguientes:

- PEQ 030 Matriculación y acceso de los estudiantes en las enseñanzas de grado
- PEQ 040 Selección, admisión, matriculación y acceso de los estudiantes en másteres oficiales
- PEQ 050 Orientación al estudiante
- PEQ 060 Marco academicodocente para el desarrollo de las enseñanzas
- PEQ 061 Programación de las enseñanzas de grado y master
- PEQ 067 Gestión de los TFG-TFM
- PEQ 070 Gestión de las prácticas externas
- PEQ 080 Gestión de la movilidad internacional del estudiante
- PEQ 090 Gestión de la movilidad nacional del estudiante

Para la evaluación de la dimensión el CEE ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con estos procesos y las entrevistas realizadas durante la visita.

**(3.1) Definición de la cadena de responsabilidades en los procesos de enseñanza-aprendizaje y los relacionados con el apoyo a los estudiantes, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos.**

*La cadena de responsabilidades para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos de enseñanza-aprendizaje y los relacionados con el apoyo al alumnado, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos, es la adecuada para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada, pero no siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos. (Suficiente)*

El SAIQU de la Facultad establece responsabilidades a diferentes niveles de los diferentes procesos relacionados con los sistemas de apoyo al aprendizaje y de orientación a los estudiantes (propietarios y gestores de procesos, gestores de cada uno de los outputs - documentación generada- y gestores de cada uno de los indicadores de cada proceso).

En los procesos analizados el CEE observa una definición adecuada de las responsabilidades para garantizar el funcionamiento de los procesos de enseñanza-aprendizaje, sobre todo en aquellos que constituyen el núcleo de la actividad académica (programación docente, trabajos finales, evaluación).

*RE- 3.1.1. Mejorar la redacción de las funciones de la comisión académica y de la SED en el manual del SAIQU.*

La redacción de las funciones de la comisión académica (coordinar la organización de las enseñanzas) y de la secretaría de estudiantes y docencia (coordinar la programación y oferta académica de las enseñanzas) es algo confusa. No obstante, durante la visita el panel pudo explicar que el rol de la comisión académica es la coordinación y que son las comisiones de títulos las que asumen la responsabilidad de la organización de los cursos y grupos. Por su parte, la SED se responsabiliza de la asignación de recursos y aulas.

**(3.2) Acciones relacionadas con la enseñanza-aprendizaje (pruebas de acceso y criterios de admisión, metodología de enseñanza, evaluación de aprendizajes, TFG, TFM, prácticas externas y movilidad) y el desarrollo de los programas formativos.**

*Todas las acciones vinculadas con la enseñanza-aprendizaje siempre se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos. (Satisfactorio)*

El CEE constata que la Facultad sigue lo establecido en sus procesos en cuanto a la enseñanza-aprendizaje se refiere. Se trata de procesos consolidados, y a nivel de información pública, se da a conocer información en los diferentes ámbitos abordados (acceso y criterios de admisión, metodología de enseñanza, evaluación de aprendizajes, TFG, TFM, prácticas externas y movilidad).

En lo que respecta al acceso y matrícula tanto para los estudiantes de grado como para los estudiantes de máster, la responsabilidad última recae sobre la persona responsable de la Secretaría de Estudiantes y Docencia (SED). La gestión se realiza desde la SED y se trabaja de manera coordinada con los responsables de las titulaciones. El calendario y procedimiento de matriculación están bien establecidos y son accesibles desde la página web de la Facultad.

Por otro lado, las actividades académico-docentes constituyen el eje vertebrador del funcionamiento de la Facultad; el vicedecano de ordenación académica y calidad (VOAQ) y los jefes de estudios/ coordinadores de máster son los responsables de los procesos asociados a metodología de enseñanza, evaluación de aprendizajes, TFG y TFM. El consejo de estudios y la comisión coordinadora de máster tienen funciones destacables en el diseño de los planes docentes de las asignaturas. En el desarrollo de la actividad docente y la evaluación son los coordinadores de asignaturas y el profesorado los principales implicados.

*BP – 3.2.1. La relevancia de las prácticas externas en el modelo educativo de la Facultad.*

La Facultad ha realizado una apuesta clara por las prácticas externas en sus programas formativos. Se ha establecido un sistema de gestión que ha demostrado que, cuando se trata con organizaciones externas, éstas valoran la seriedad con la que se realizan las gestiones y las actividades.

*RE-3.2.1. Ampliar la información sobre el informe de prácticas externas en el proceso PEQ070.*

El informe de prácticas externas se distribuye a los jefes de estudios y coordinadores de máster para su posterior análisis. Este informe está publicado en la página web de calidad de la Facultad.

En el proceso PEQ070 no se especifica donde se analiza y se archiva este informe. Si bien se observa un adecuado funcionamiento, sería recomendable detallar todas las actividades en el proceso.

### **(3.3) Acciones relacionadas con el apoyo a los estudiantes (orientación académica y profesional) y el desarrollo de los programas formativos.**

***Todas las acciones vinculadas con el apoyo al alumnado siempre se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos. (Satisfactorio)***

El CEE constata que la Facultad sigue lo establecido en sus procesos en cuanto a las acciones previstas para dar apoyo y orientación al estudiantado.

El proceso PEQ 050 “Orientación al estudiante” engloba la orientación antes de la matrícula, el plan de acción tutorial y la orientación profesional.

En la fase de captación se realizan diferentes acciones; destacan el Saló de l’Ensenyament, Saló Futura, jornada de puertas abiertas y jornada de presentación de masters. Tras el Saló de l’Ensenyament los estudiantes realizan un informe con las preguntas más frecuentes que se han recibido (Informe de FAQs). Este informe se entrega al VOAQ. A su vez, los estudiantes-becarios de la Facultad responden a una encuesta que también es recogida y analizada por el VOAQ.

Cada titulación dispone de un coordinador del PAT que elabora el PAT específico para la misma. El PAT se aprueba por el Consejo de Estudios o Comisión de Coordinación de máster correspondiente. El nombramiento de tutores y el calendario quedan perfectamente establecidos en el PEQ 050. Cuando los estudiantes finalizan sus estudios rellenan una encuesta relacionada con su satisfacción con el PAT. Anualmente el coordinador del PAT de (grados) elabora un informe sobre el funcionamiento del PAT del curso anterior que se publica en la web de la Facultad. Durante la visita se pudo constatar que tanto estudiantes como egresados valoran muy bien el PAT.

En lo que respecta a la orientación profesional, dentro del Campus virtual de la UB existe el espació “Campus d’Ocupabilitat”, al que acceden los estudiantes de último año de grado, estudiantes de máster y titulados. En este Campus se realizan diferentes acciones para fomentar la empleabilidad de los egresados. A su vez se organizan, entre otras, sesiones de “Speed-Networking” y la “Fira d’Empreses”.

#### *BP-3.3.1. El informe sobre el funcionamiento del PAT.*

Como se ha mencionado anteriormente, anualmente se realiza un informe sobre el funcionamiento del PAT en cada titulación. Durante la visita el CEE comentó con las audiencias el informe del PAT del Grado en Ingeniería Química. Este informe contiene información sobre el perfil de los estudiantes (origen, formación previa) y sus notas acceso. En él se analizan, entre otros, el funcionamiento de las tutorías, la encuesta a tutores, las asistencias a jornadas y actividades organizadas por la Facultad, el abandono, los traslados de expedientes, los semestres utilizados para finalizar los estudios, etc. Este informe se comenta en el Consell d’Estudis.

#### *BP-3.3.2. Las jornadas "Fem Química".*

Se trata de jornadas dirigidas a la captación de estudiantes en las que se permite a alumnos de bachillerato realizar una sesión de prácticas de laboratorio junto con personal docente universitario.

### **(3.4) Recogida de información para el análisis y la mejora del proceso de enseñanza-aprendizaje y de apoyo a los estudiantes.**

#### ***Se recoge información completa, fiable y sistemática sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje y el apoyo al alumnado. (Suficiente)***

Los procesos para el análisis y mejora del proceso enseñanza-aprendizaje y apoyo al alumnado tienen definidos indicadores que están incluidos en el cuadro de mando. Cuando aplica, estos indicadores se establecen y analizan a nivel de titulación.

A título de ejemplo, en el proceso PEQ 060 "Marco academicodocente para el desarrollo de las enseñanzas", se han definido 8 indicadores que se definen para cada una de las titulaciones de la Facultad generando una batería de 64 indicadores para este proceso.

#### *BP-3.4.1. El retorno que reciben los estudiantes sobre las encuestas de satisfacción sobre las asignaturas.*

Un número considerable de profesores de grado dan *feedback* el primer día de clase sobre los resultados de la encuesta del año anterior. Esta acción contribuye a reforzar entre el estudiantado la utilidad de las encuestas al mismo tiempo que consolida como práctica habitual el ciclo de mejora continua.

#### *AM-3.4.1. Completar en algunos ámbitos los indicadores asociados a los procesos.*

Aunque se ha definido un cuadro de mando con indicadores asociados a los procesos, puntualmente en algún caso se aprecia una falta de indicadores (ejemplo: indicadores vinculados al soporte a estudiantes en los másteres) o no se disponen de datos (Ejemplo: datos de empleabilidad). Estos procesos se deben revisar para considerar la posibilidad de incorporar nuevos indicadores u optimizar la adquisición de datos.

Por otro lado, en algunos indicadores se observa un grado de cumplimiento histórico del 100%; se debería reflexionar sobre la utilidad de los mismos.

### **(3.5) Existencia de evidencias sobre el análisis y la mejora del proceso de enseñanza-aprendizaje y el apoyo a los estudiantes.**

#### ***El proceso de enseñanza-aprendizaje y el apoyo al alumnado son eficientes y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Dicho plan es completo y estructurado. Se lleva a cabo un seguimiento sistematizado del plan de mejora. (Satisfactorio)***

Según lo establecido en SAIQU, los procesos analizados en esta dimensión se revisan de manera periódica. Dicha revisión genera un plan de mejoras que los y las responsables de los procesos utilizan para hacer un seguimiento de la implantación de las acciones propuestas.

*BP 3.5.1: La figura del tutor de inclusión.*

Fruto del proceso de análisis y mejora se ha definido una nueva acción procedente de peticiones de alumnos y de profesorado para realizar tutoría a estudiantes con necesidades especiales. Se ha creado la nueva figura de tutor de inclusión, se trata de una figura transversal a la Facultad y que da soporte en la adquisición de conocimientos.

## C4. Personal académico

El centro cuenta con procesos implantados que aseguran la competencia y la cualificación del personal académico.

Implantación parcial

Implantación suficiente

Implantación avanzada

El centro dispone de un conjunto de procesos asociados al personal académico. De una manera directa, los procesos que rigen las actuaciones institucionales son los siguientes:

- PEQ 062 Formación del personal docente e investigador
- Procesos del SAIQU-T vinculados a esta dimensión

Para la evaluación de la dimensión el CEE ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con estos procesos y las entrevistas realizadas durante la visita.

**(4.1) Definición de la cadena de responsabilidades para garantizar el funcionamiento adecuado de los procesos relacionados con el personal académico, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos.**

*La cadena de responsabilidades para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos relacionados con el personal académico, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos, es la adecuada para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada pero no siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos. (Suficiente)*

Los procesos relacionados con la selección, contratación y acogida, vida laboral, evaluación y promoción del PDI son procesos transversales de la UB y gestionados por el Servicio de Recursos Humanos (SRH). Del mismo modo, la formación del PDI también es un proceso transversal, cuyo propietario gestor es el Instituto de Ciencias de la Educación (IDP-ICE). Adicionalmente, la Facultad ha definido un proceso para gestionar la formación de su profesorado.

Aunque el margen de decisión que tiene la facultad en algunos procesos es limitado, ya que parte de la política viene dada por la UB o por la normativa de función pública, el diseño de la cadena de responsabilidades es adecuado.

El CEE valora de forma adecuada los procesos mencionados en lo que se refiere a su seguimiento y mejora, especialmente en lo relativo a gestión de necesidades/asignación de puestos, formación y evaluación docente si bien detecta posibilidades de mejora tal y como se refleja a continuación.

*AM - 4.1.1. Visibilizar en el SAIQU el rol de la Facultad en los procesos relacionados con el personal académico.*

Actualmente la Facultad aplica los procesos de personal académico definidos a nivel transversal. (PTD41, PTD42 y PTD43). En el informe de evaluación de los aspectos transversales del SGIC de la UB se mencionaba que en estos procesos “no se sigue adecuadamente lo establecido en la gestión de responsabilidades” y que “los contenidos de las fichas de los procesos están muy resumidos”. También se proponía como mejora “Definir

mejor la participación de los decanatos en la determinación de las necesidades en cuanto a profesorado” Por otro lado en el mismo informe se mencionaba que “la cadena de responsabilidades se revisará en julio de 2021”.

Siendo todo ello un campo de mejora, el CEE considera que en esta revisión de responsabilidades se debería incluir la posibilidad de visibilizar la participación de la Facultad; una opción posible sería extraer de los procesos transversales la parte que corresponde a acciones de la Facultad y establecerlas como procesos propios del SAIQU. En estos procesos cabría incluir las competencias y responsabilidades en la captación y la evaluación del profesorado que se realizan a nivel de Facultad y que vienen determinados de manera general por los procesos transversales correspondientes de la UB.

#### **(4.2) Acciones relacionadas con la gestión del personal académico y el desarrollo de los programas formativos.**

***Las actuaciones relacionadas con la gestión del personal académico se llevan a cabo, generalmente, según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el suficiente desarrollo de los programas formativos. (Suficiente)***

La Facultad tiene competencias sobre la definición de las necesidades de personal académico según el perfil requerido en las titulaciones y la definición de criterios de asignación de la docencia a las titulaciones. Por otro lado, cabe destacar también el papel que tienen los Departamentos en la gestión del personal académico y, en concreto, en la asignación docente. También entra dentro de las competencias de la Facultad el análisis de las encuestas de evaluación del PDI.

*RE – 4.2.1. Propiciar que el profesorado asociado no sea responsable único de una asignatura. Se entiende que la presencia de un porcentaje alto de profesorado asociado es una consecuencia de circunstancias que trascienden el ámbito de decisión de la Facultad. No obstante, sería recomendable que el profesorado asociado no fuera responsable único de una asignatura.*

#### **(4.3) Acciones relacionadas con la formación y la evaluación del personal académico y el desarrollo de los programas formativos.**

***Todas las acciones vinculadas con la formación y la evaluación del personal académico se llevan a cabo según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el adecuado desarrollo de los programas formativos. (Satisfactorio)***

Tal como se ha mencionado anteriormente, los procesos relacionados con la evaluación y la formación del personal académico son transversales y gestionados por la UB.

El proceso PEQ 062 de la Facultad se relaciona directamente con los procesos transversales PTD 42a y PTD42b. La Facultad dispone de un coordinador de la formación del profesorado y de innovación docente que se coordina con el vicedecano de ordenación académica y calidad para llevar a cabo las acciones de formación impulsadas desde la Facultad.

El ICE realiza la detección de necesidades de toda la universidad a través de encuestas al profesorado y diseña su plan de formación. Existen otras vías para detectar necesidades de formación como por ejemplo el Programa RIMDA (Recerca, Innovació i Millora de la Docència i l'Aprenentatge). En el marco del RIMDA se realizan proyectos donde se integran la formación y la innovación docente con la investigación y la documentación de los procesos docentes innovadores. La Facultad promueve activamente la participación del profesorado en este programa; prueba de ello es el considerable número de profesores que participan en proyectos RIMDA. Las necesidades de formación detectadas a través de RIMDA también se gestionan desde el IDP-ICE.

Paralelamente la Facultad también organiza sesiones (jornadas de difusión) de formación. Ej. Jornada de innovación docente.

El coordinador de la formación de la Facultad prepara dos informes: Informe de actividades formativas y Informe de participación del PDI en cursos de innovación docente y/o proyectos de innovación docente. Estos informes se presentan en la Comisión Académica.

En lo que respecta a la evaluación del profesorado se pueden identificar diferentes vías de evaluación:

Cada 5 años se realiza la evaluación en el marco del programa Docentia. Hay una Comisión de evaluación docente de la universidad que define la evaluación en base a datos cuantitativos, informes parciales del director de departamento, el jefe de estudios y el decano que incluye los resultados de las encuestas, quejas, el nivel de respeto al plan docente, etc. Esta información se contrasta con el autoinforme del profesor. La Comisión de evaluación analiza toda la información.

Por otro lado, se realizan encuestas de satisfacción al alumnado sobre el profesorado en el contexto de la asignatura que imparte. Esto es extensivo a las asignaturas de prácticas de laboratorio y TFG.

Finalmente existen las encuestas gestionadas por AQU Catalunya que se realizan a recién graduados de grado y máster donde se incluyen preguntas de satisfacción sobre el profesorado.

Los directores de departamento, el jefe de estudios y el decano reciben toda la información para su valoración; a su vez el profesorado recibe su informe y resultados individuales.

El jefe de departamento analiza si hay algún problema sostenido, entonces se actúa junto con el jefe de estudios. Se recomienda cambio de asignatura o cambio de grado o máster.

*BP 4.3.1. Las jornadas de innovación docente y el programa de mentoría en proyectos de innovación.*

La facultad organiza jornadas de difusión de los proyectos de innovación en curso que tiene una alta aceptación entre el profesorado y el alumnado percibe las mejoras que se están experimentando. Algunos docentes participan como mentores asesorando a los participantes en los proyectos de innovación. Asisten a las clases como observadores y organizan sesiones de reflexión que son clave para la evaluación (peer-learning).

#### **(4.4) Recogida de información para el análisis y la mejora de la gestión, la formación y la evaluación del personal académico.**

*Se recoge información bastante completa y generalmente fiable sobre la detección de necesidades y las acciones para promover la formación, el reconocimiento, la promoción y la evaluación del personal académico. (Suficiente)*

Desde los servicios centrales de la UB se dispone de indicadores que permiten realizar una reflexión sobre el nivel de adecuación de la calidad del profesorado en función de las características de las titulaciones que se imparten. También se realizan encuestas de satisfacción de las acciones de formación que lleva a cabo. El IDP-ICE ofrece los resultados de la formación desglosada por facultades.

*RE-4.4.1. – Realizar encuestas de satisfacción sobre las sesiones de formación que se organizan desde la Facultad.*

Como se ha mencionado anteriormente, la Facultad organiza sesiones de formación; sobre estas sesiones no se dispone de encuestas ni recopilación de información sobre la satisfacción. Sería recomendable poner en marcha mecanismos para captar la satisfacción respecto a estas sesiones.

#### **(4.5) Existencia de evidencias sobre el análisis y la mejora de la gestión, la formación y la evaluación del personal académico.**

*La gestión, la formación y la evaluación del personal académico son, en general, eficientes y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Este aborda únicamente los aspectos más relevantes, aunque de forma estructurada. Se lleva a cabo un seguimiento de los elementos más relevantes del plan de mejora. (Suficiente)*

De nuevo, estamos ante procesos que se gestionan de manera centralizada; la responsabilidad sobre el análisis y mejora de la gestión, la formación y la evaluación del personal académico recae en servicios centrales que disponen de sistemáticas para revisar el funcionamiento de estos procesos.

*RE - 4.5.1. – Mejorar el feedback que se ofrece a la Facultad en lo que respecta a la satisfacción con la formación recibida.*

Durante las audiencias el comité pudo constatar que existe cierto desconocimiento en la Facultad de los resultados de las encuestas de satisfacción con la formación recibida. Debería reforzarse este aspecto.

## C5. Recursos materiales y servicios

El centro cuenta con procesos implantados para la gestión de los recursos materiales y de los servicios relacionados con los programas formativos.

Implantación parcial

Implantación suficiente

Implantación avanzada

El centro dispone de un conjunto de procesos asociados a los recursos materiales y los servicios. De una manera directa, los procesos que rigen las actuaciones institucionales son los siguientes:

- PEQ 110 Gestión y mejora de los recursos materiales destinados a la docencia y de las instalaciones y equipos de los laboratorios docentes
- PEQ 120 Gestión de los servicios de la Facultad

Para la evaluación de la dimensión el CEE ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con estos procesos y las entrevistas realizadas durante la visita.

**(5.1) Definición de la cadena de responsabilidades para garantizar el funcionamiento adecuado de los procesos relacionados con los recursos materiales y los servicios, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos.**

*La cadena de responsabilidades para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos relacionados con los recursos materiales y los servicios, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos, es la adecuada para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada, pero no siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos. (Suficiente)*

Parte de la gestión de recursos materiales y procesos se realiza a través de los servicios y unidades operativas de la universidad, cuyas actuaciones y responsables se encuentran definidas en los procesos transversales. (Por ejemplo el CRAI, los Centros Científicos y Tecnológicos de la UB, el Servicio de Deportes, etc) Los Centros tienen un papel relevante en la detección de necesidades y en la gestión de los recursos propios.

En la Facultad, la administradora de centro es la responsable de la gestión de los servicios y de la gestión y mejora de los recursos materiales destinados a la docencia y de las instalaciones y equipamientos de los laboratorios docentes.

Con todo, si bien queda claro cuál es la cadena de funcionamiento y cuáles son las responsabilidades de las unidades de administración del centro (logística, audiovisuales, servicios; de la oficina de asuntos generales y la secretaría de estudiantes y docencia), nos encontramos con procesos que aglutinan servicios de distinta naturaleza y por lo tanto difíciles de gestionar de manera global.

*RE 5.1.1. Establecer mecanismos que faciliten el desarrollo de los procesos relacionados con los recursos materiales y los servicios.*

El comité considera que el proceso PEQ 120 se podría subdividir en subprocesos, con sus responsables, objetivos e indicadores o bien establecer mecanismos más robustos de seguimiento.

### **(5.2) Gestión de los recursos materiales y de los servicios y el desarrollo de los programas formativos.**

***Las actuaciones relacionadas con la gestión de los recursos materiales y de los servicios se llevan a cabo, generalmente, según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el suficiente desarrollo de los programas formativos. (Suficiente)***

El comité considera que queda garantizado el desarrollo de los programas formativos con las funciones repartidas entre los diferentes servicios de la Facultad.

A nivel de centro, las actuaciones se articulan a través del PEQ 110. Gestión y mejora de los recursos materiales destinados a la docencia y de las instalaciones y equipos de los laboratorios docentes y el PEQ 120 Gestión de servicios de la Facultad que abarca a todos los servicios propios de la Facultad. (Puntos de información, servicios audiovisuales, salas de estudios, comedor, gestión académica etc.)

Otros servicios se encuentran externalizados (como el servicio de reprografía y el bar-restaurant) o son transversales a la Universidad, quedando fuera del alcance del PEQ 120. Entre ellos cabe destacar la calidad del servicio que ofrece el CRAI (Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación), con un sistema EFQM+500 implantado.

Durante la visita se trató detenidamente el proceso vinculado a la revisión y solicitud de nuevo material para los laboratorios docentes. Las audiencias constataron que el PDI y el PAS utilizan los formularios anexos al PEQ110 para revisar y solicitar el material o mantenimiento de equipos. También se pudo comprobar que la cadena para la petición de nuevo material está perfectamente establecida y es conocida por los implicados.

### **(5.3) Recogida de información para el análisis y la mejora de la gestión de los recursos materiales y de los servicios.**

***Se recoge información bastante completa y generalmente fiable sobre el mantenimiento y la detección de necesidades de nuevos recursos materiales y servicios. (Suficiente)***

En lo que respecta a los recursos materiales, el PEQ 110 tiene definidos 5 indicadores que se trasladan al cuadro de mando identificando los valores de aceptación y los valores meta. Tres de ellos se obtienen a través de encuestas de satisfacción mientras que los dos restantes son indicadores asociados a solicitudes resueltas.

Por otro lado, en cuanto a servicios, el PEQ 120 tiene asociado un único indicador de satisfacción que engloba a todos los servicios del alcance del proceso.

*AM-5.3.1. Revisar los indicadores asociados al PEQ 120 y al PEQ110 para desagregarlos en los diferentes servicios que se valoran.*

El único indicador definido en el PEQ 120 engloba servicios como secretaria, salas de estudios, disponibilidad de microondas y punto de información. Se considera que el resultado numérico

de este indicador no aporta información suficiente para identificar la satisfacción de los grupos de interés con los distintos servicios que ofrece la universidad.

Por otro lado, en lo que respecta al PEQ110 también se han definido indicadores englobando distintos recursos, como aulas, laboratorios, equipos informáticos, equipos de investigación etc.

En ambos casos se deberían desglosar los indicadores para que fueran útiles para detectar puntos fuertes y aspectos para la mejora.

#### *AM-5.3.2. Revisar indicadores y metas de servicio propios a nivel de Facultad.*

Los procesos del SAIQU de la FQ deben integrar los servicios propios de la Facultad y se deben determinar posibles compromisos de servicio a efectuar a partir de los cuales se puedan definir indicadores específicos de la FQ, independientemente de las encuestas institucionales. Por ejemplo, el indicador I-FQ-120-01 (servicios), tiene definido un valor de “aceptación” que no se alcanza desde el curso 16-17 y un valor “meta” que no se ha alcanzado nunca en los valores históricos presentados. Además, este indicador no presenta resultados desde el curso 18-19. Se observa un desajuste entre el indicador y los compromisos de servicio.

#### **(5.4) Existencia de evidencias sobre el análisis y la mejora de la gestión de los recursos materiales y de los servicios.**

***La gestión de los recursos materiales y de los servicios es, en general, eficiente y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Este aborda únicamente los aspectos más relevantes, aunque de forma estructurada. Se lleva a cabo un seguimiento de los elementos más relevantes del plan de mejora. (Suficiente)***

La Facultad dispone de procesos para la gestión de los recursos materiales y servicios, que incluye el análisis y mejora de las actividades que desarrolla dentro de su ámbito de actuación: definición de necesidades, propuestas de adquisiciones, definición de procedimiento de respuesta a incidencias y garantía de la mejora continua para atender demandas y necesidades.

El Comité considera que, en general, la gestión de los recursos y servicios se analiza a través del Informe de seguimiento del centro; el plan de mejora incluye alguna acción relativa a recursos, como por ejemplo, en el caso del Grado en ingeniería química, se detectó que los estudiantes no tienen suficiente tiempo de acceso al programario específico para realizar simulaciones; la acción realizada fue habilitar un espacio con 10 ordenadores de acceso libre mañana y tarde con el programario específico necesario en la titulación.

El ISC también analiza los datos obtenidos de las encuestas de satisfacción que se realizan desde los servicios centrales de la UB.

#### *AM - 5.4.1. Se detecta puntualmente que no se realizan acciones de mejora en algún indicador.*

El indicador del PEQ120 tiene resultados bajos y además no se ha calculado durante los 2 últimos cursos. Este aspecto se relaciona con lo expuesto con anterioridad sobre la poca utilidad de este indicador que engloba aspectos de distinta naturaleza. Esta propuesta de mejora enlazaría con la indicada en el apartado 5.3. Se deben poner los medios para poder realizar un correcto análisis de los recursos y servicios que ofrece la Facultad. Por otra parte, no hay ninguna propuesta de mejora relacionada con este proceso.

#### *AM - 5.4.2. Analizar información más desglosada y detallada de cada servicio de la Facultad.*

Se ha comprobado que desde el Gabinete del Rectorado se facilita información desglosada de la encuesta institucional de servicios, pero no hay evidencias de que el SAIQU analice dicha información desglosada. Recabar y analizar la información desglosada permitirá discriminar servicios que funcionan bien de los que no funcionan bien e identificar áreas de mejora de servicios específicos.

## C6. Información pública y rendición de cuentas

El centro cuenta con procesos implantados que garantizan la publicación de información completa y actualizada sobre los programas formativos.

Implantación parcial

Implantación suficiente

Implantación avanzada

El centro dispone de un conjunto de procesos asociados a la información pública y rendición de cuentas. De una manera directa, los procesos que rigen las actuaciones institucionales son los siguientes:

- PEQ 100 Gestión de peticiones
- PEQ 140 Publicación de Información sobre las enseñanzas

Para la evaluación de la dimensión el CEE ha valorado el conjunto de la documentación presentada en relación con estos procesos y las entrevistas realizadas durante la visita.

### **(6.1) Definición de la cadena de responsabilidades para garantizar el funcionamiento adecuado de los procesos relacionados con la información pública y la rendición de cuentas, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos.**

*La cadena de responsabilidades para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos relacionados con la publicación de información y la rendición de cuentas, así como para el análisis y la mejora de dichos procesos, es la adecuada para asumir estas funciones. La toma de decisiones es adecuada, pero no siempre se lleva a cabo siguiendo la cadena de responsabilidades establecida en los procesos. (Suficiente)*

La cadena de responsabilidades asociada al proceso de Información pública y rendición de cuentas está bien definida y es adecuada para llevar a cabo la gestión del proceso, su seguimiento e implementación de mejoras.

La estructura de la web de la Facultad viene determinada por los servicios centrales, concretamente por la unidad de desarrollo web que depende del ámbito de comunicación UB. La responsabilidad de la información en la web de la Facultad recae en los responsables de los contenidos de los diferentes ejes informativos asociados a los programas formativos (principalmente, el equipo decanal, la administración de centro, la SED, los responsables académicos y el técnico UQMAS) que revisarán las secciones bajo su responsabilidad y pedirán al responsable de contenidos web las modificaciones y actualizaciones pertinentes.

Por otro lado, el decano es el máximo responsable de la gestión de peticiones en la Facultad; también tienen responsabilidades destacables y claramente definidas la administradora de centro y la persona responsable de la Secretaria de Estudiantes y Docencia (SED).

*RE - 6.1.1 Llevar un registro de la información publicada en la web de la Facultad.*

Para asegurar que la información esté totalmente actualizada se recomienda establecer algún mecanismo de control adicional, como por ejemplo, disponer de un registro con el responsable final en cada caso de que un documento sea el correcto y esté totalmente accesible.

## **(6.2) Acciones vinculadas con la información pública y la rendición de cuentas y el desarrollo de los programas formativos.**

***Las actuaciones vinculadas con la información pública y la rendición de cuentas se llevan a cabo, generalmente, según lo que se establece en los procesos relacionados. Se garantiza el suficiente desarrollo de los programas formativos. (Suficiente)***

La información pública de la web de la Facultad se revisa y actualiza según lo establecido en el proceso PEQ 140. Tal como se ha descrito, los responsables de los distintos contenidos relativos a programas formativos revisan la información y solicitan al responsable de contenidos web su actualización. Se dispone de un buzón de correo electrónico ([gestioweb.quimica@ub.edu](mailto:gestioweb.quimica@ub.edu)) para canalizar las peticiones.

En cuanto a la rendición de cuentas, la Facultad ofrece a través del apartado de calidad de su página web, información vinculada al SAIQU y la actividad de seguimiento y mejora de la calidad de sus programas formativos: Informes de revisión del SAIQU, Informes de seguimiento de centro (ISC), información sobre los procesos de acreditación de sus titulaciones, Informes de satisfacción de estudiantes, etc.

Además de la web de la UB y la web de la Facultad, existen otros canales de comunicación como son redes sociales, pantallas, tableros de anuncios etc. El proceso PEQ 140 recoge estos canales de información alternativos.

En lo que respecta a la gestión de peticiones, el proceso PEQ100 recoge los mecanismos para la recogida y tratamiento de las distintas tipologías identificadas (peticiones, quejas, sugerencias, consultas, felicitaciones...) en función de la vía de entrada (buzones vía electrónica, formularios presentados presencialmente, instancias o cualquier otra vía) Durante la visita el CEE solicitó analizar con detalle el aplicativo de registro de la sede electrónica de la UB, pudiendo comprobar el tipo de información generada. Esta información se utiliza para la preparación del informe anual de gestión de peticiones.

### ***BP – 6.2.1. La figura del responsable de contenidos web.***

El responsable de contenidos web es una figura de referencia que aglutina toda la gestión de actualización de la información disponible sobre la Facultad. Durante la visita las audiencias reconocieron el rol de esta figura para disponer de una información pública completa y actualizada.

### ***AM – 6.2.1. Incluir en el proceso P100 la referencia al Síndic e incluir en el análisis las peticiones que derivan a él.***

La figura del Síndic y sus funciones quedan perfectamente establecidas en los procesos transversales de la UB y los responsables de la Facultad tienen conocimiento de las peticiones que se vehiculan a través de esta figura. El comité considera que se debería formalizar en el SAIQU de la Facultad este conocimiento incluyendo en el análisis global de peticiones, quejas etc, aquellas peticiones relativas a la Facultad que se gestionan a través del Síndic. Así, se tendría una visión más completa de las incidencias producidas y su seguimiento por parte de los responsables de la Facultad y sus grupos de interés.

### **(6.3) Recogida de información para el análisis y la mejora de la información pública y la rendición de cuentas.**

***Se recoge información bastante completa y generalmente fiable sobre la información pública. (Suficiente)***

En general se ha evidenciado que se obtiene la información necesaria para analizar y mejorar los procesos. Para valorar la información pública se han establecido los mecanismos para revisar y actualizar la información y se han definido dos indicadores (satisfacción de los estudiantes de grado y satisfacción de los estudiantes de master con la información web) que se incluyen en el cuadro de mando.

En lo que se refiere a la rendición de cuentas, se han definido tres indicadores relacionados con el tiempo de respuesta, acciones de mejora derivadas de peticiones y satisfacción sobre quejas y sugerencias.

*RE - 6.3.1. Reflexionar sobre la adecuación del indicador I-FQ-100-02 "Porcentaje de acciones de mejora introducidas en el plan de mejora derivadas de peticiones, respecto al número total de acciones de mejora".*

En la actualidad este indicador no tiene valores de aceptación/meta y o bien no se ha calculado o su valor es cero. Por otro lado, no parece lógico condicionar un indicador al número total de acciones del plan de mejora. Si la Facultad encuentra interesante hacer un seguimiento de las peticiones que derivan en una acción del plan de mejora, se debería redefinir el indicador.

### **(6.4) Existencia de evidencias sobre el análisis y la mejora de la información pública y la rendición de cuentas.**

***La información pública es, en general, eficiente y su análisis da lugar, en su caso, a un plan de mejora. Este aborda únicamente los aspectos más relevantes, aunque de forma estructurada. Se lleva a cabo un seguimiento de los elementos más relevantes del plan de mejora. (Suficiente)***

En la revisión de la documentación facilitada, se evidencia que la información y la rendición de cuentas en general, es completa. Así, todos los grupos de interés pueden acceder a la información del SIGC desde la web del centro. La información recabada se analiza, por ejemplo, en el informe anual de seguimiento del centro, informes de acreditación, cuadro de mando, ... y se establecen acciones para su mejora, que se incorporan al plan de mejora de la Facultad. Así, por ejemplo, en el cuadro de mando se observan valores de satisfacción con la información pública (especialmente en masters) por debajo del valor de aceptación. Como consecuencia, en el plan de mejora actual se han propuesto acciones para mejorar la información sobre la oferta y criterios de asignación de TFG/TFM.

El plan de mejora es completo y contiene los campos necesarios para el correcto seguimiento de las acciones propuestas.

*BP - 6.4.1. La publicación de los informes anuales de gestión de peticiones (quejas, sugerencias, dudas y consultas).*

Como se ha comentado anteriormente, la Facultad analiza anualmente las peticiones y plasma los resultados en un informe de gestión de peticiones. Estos informes se encuentran disponibles para el público en general en la página web de calidad de la Facultad.

*AM – 6.4.1. Definir la periodicidad de la revisión de la información pública.*

El proceso PEQ 140 establece que la información pública debe revisarse periódicamente sin embargo no se define una periodicidad concreta. Durante la visita se pudo constatar que las revisiones que realiza la Secretaría de la Facultad no son regulares, sino que se realizan puntualmente. Se debería sistematizar la revisión de la información pública por ejemplo fijando unos períodos o momentos para la revisión.

## D. Resultado de la evaluación

La evaluación del CEE-SGIC, como resultado del análisis de las evidencias y de la información recogida durante la visita a la Facultad de Química de la UB, es en líneas generales positiva y el proceso de evaluación ha sido satisfactorio.

A continuación, se detallan las valoraciones realizadas por el CEE-SGIC para cada dimensión evaluada:

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>RESULTADO</b>
<b>1. Revisión y mejora del SGIC</b>	<b>Implantación Suficiente</b>
<b>2. Diseño, revisión y mejora de los programas formativos</b>	<b>Implantación Avanzada</b>
<b>3. Sistemas de apoyo al aprendizaje y de orientación a los estudiantes</b>	<b>Implantación Avanzada</b>
<b>4. Personal académico</b>	<b>Implantación Suficiente</b>
<b>5. Recursos materiales y servicios</b>	<b>Implantación Suficiente</b>
<b>6. Información pública y rendición de cuentas</b>	<b>Implantación Suficiente</b>

El CEE-SGIC propone la certificación de la implantación del SGIC de la Facultad de Química de la UB a la Comisión Específica de Certificación.

## E. Acta de envío del informe externo

---

Centro evaluado: Facultat de Química

Universidad: Universitat de Barcelona

Fechas de la visita: 10, 11 y 12 de noviembre de 2020

---

El presidente del CEE-SGIC manifiesta que el presente documento constituye el informe final de certificación de la implantación del SGIC del centro indicado anteriormente.



**Jon Altuna, presidente del CEE-SGIC**  
**Bilbao, 8 de marzo de 2021**

## Anexo. Alcance de la evaluación

### A. Procesos evaluados

<b>Procesos estratégicos</b>		
Política de Qualitat	010	Desplegament de la Política de la Qualitat
Garantia de la qualitat dels programes formatius	020	Gestió de la qualitat dels programes formatius en el Marc VSMA (Verificació, Seguiment, Modificació i Acreditació)
	021	Disseny, aprovació i verificació de títols oficials de grau i màster
	022	Seguiment i millora contínua de títols oficials de grau i màster
	023	Modificació de títols oficials de grau i màster
	024	Acreditació de títols oficials de grau i màster
	025	Supressió de títols oficials de grau i màster
Recollida d'informació	130	Recollida d'informació i anàlisi de resultats per a la millora dels ensenyaments
Revisió i millora del SAIQU	170	Revisió del sistema d'assegurament intern de la qualitat
<b>Procesos clave</b>		
Admissió i matrícula dels estudiants	030	Matriculació i accés dels estudiants en ensenyaments de grau
	040	Selecció, admissió, matriculació i accés dels estudiants en màsters oficials
Orientació a l'estudiant i desenvolupament de l'ensenyament	050	Orientació a l'estudiant
	060	Marc academicodocent per al desenvolupament dels ensenyaments
	061	Programació dels ensenyaments de grau i màster
	067	Gestió dels treballs finals de grau i de màster
	070	Gestió de les pràctiques externes
	080	Gestió de la mobilitat internacional de l'estudiant
	090	Gestió de la mobilitat nacional de l'estudiant
Gestió de peticions	100	Gestió de peticions
Publicació d'informació	140	Publicació d'informació sobre els ensenyaments
<b>Procesos de soporte</b>		
Formació del personal docent i investigador	062	Formació del personal docent i investigador
Gestió dels recursos materials i serveis	110	Gestió i millora dels recursos materials destinats a la docència i de les instal·lacions i equipaments dels laboratoris docents
	120	Gestió de serveis de la Facultat
Gestió documental	150	Redacció i distribució dels Procediments Normalitzats de Treball (PNT) i de les Instruccions de Treball (IT)
	160	Gestió documental

