



## Seguiment i revisió de la implantació del SAIQU

D'acord amb la [Guia per a la certificació de la implantació de sistemes de garantia interna de la qualitat](#) (gener 2018) d'AQU Catalunya, per poder optar a la certificació de la implantació del Sistema d'Assegurament Intern de la Qualitat (SAIQU), el centre haurà d'haver abordat la revisió del seu SAIQU almenys una vegada i si escau, posat en marxa un pla de millores com a conseqüència d'aquesta revisió.

Aquest document ha estat elaborat per l'APQUB amb l'objectiu que serveixi de guia per aquells centres que encara no hagin encarat una revisió exhaustiva del seu SAIQU o si ho han fet no tinguin les evidències documentals necessàries per demostrar-ho davant d'un procés de certificació. El centre es lliure d'utilitzar aquesta guia, modificar-la i/o ampliar-la d'acord amb els seus interessos. Així mateix, si el centre així ho requereix, durant el procés de revisió, els pot acompanyar i assessorar el seu tècnic de referència de l'APQUB.

S'ha cregut oportú estructurar la revisió dels processos que recull el SAIQU seguint l'estructura de la Guia d'AQU Catalunya, es a dir una estructura de 6 dimensions que seran les que revisaran els avaluadors externs. Les 6 dimensions recullen tots els processos que recull el SAIQU a través del mapa de processos del centre.

### Dimensió 1. Revisió i millora del SGIQ

Les etapes de revisió i, si escau, de disseny i seguiment dels plans de millora del SAIQU hauran d'haver abordat, entre d'altres:

- El centre tingui una persona responsable de la implantació i revisió del SAIQU.
- L'actualització i adequació de la comissió de qualitat del centre.
- L'actualització de la política i dels objectius de qualitat del centre.
- L'adequació dels processos per aconseguir els seus objectius (si fan el que diuen que fan): cada procés del SAIQU ha de tenir la seva pròpia persona responsable i la cadena de responsabilitats i la representació dels grups d'interès han d'estar clarament definides en cada procés.
- La completesa dels processos és a dir si s'han definit i si el que es descriu que fan és suficient.
- Organigrama del centre:
  - La presa de decisions dels càrrecs acadèmics i de les comissions participants en els processos ha de ser clara i inequívoca.
- L'actualització i adequació de la web de la gestió de la qualitat del centre
- La recollida d'informació (resultats acadèmics, resultats de satisfacció, reclamacions i suggeriments, inserció laboral, etc.): ESPAI VSMA
- Disposar d'un sistema de gestió documental del SAIQU: Sharepoint. Web i intranet,...



- Disposar d'un sistema de gestió d'informació que, de manera àgil i fiable, permeti no només el seguiment dels indicadors associats amb el sistema sinó també la revisió i millora dels processos i del SAIQU.

El centre ha de donar resposta:

1.1. Hi ha un mapa de processos (que dona resposta a les dimensions del programa AUDIT i a les fases del Marc VSMA)		
El centre té present el seu mapa de processos, quan fa la verificació, el seguiment i l'acreditació dels seu ensenyaments de grau i màster universitari.		Sí
En cas contrari, quina acció s'ha d'endegar per a que tots els processos estiguin implantats?		
1.2. Hi ha evidències clares i contínues del grau d'adequació, nivell i lideratge dels responsables dels processos per a la revisió i la millora del SAIQU.		
La composició de la comissió de qualitat és l'adequada per assumir les funcions encarregades.		Sí
El centre té designada una persona responsable de la gestió i revisió del SAIQU.		Sí
Es disposa d'un organigrama del centre i és públic al web del centre.	No existeix l'organigrama o si existeix, no és públic	No
La presa de decisions dels càrrecs acadèmics i de les comissions participants en els processos que recull el SAIQU és clara i inequívoca		Sí
La presa de decisions és adequada i sempre es fa seguint la cadena de responsabilitats establerta en els processos.		NsNc
En cas d'haver senyalat algun "No", quina acció s'ha d'endegar per a que XXX	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es necessari crear un organigrama per la Facultat i publicar-lo al web</li> <li>- Els PEQs han de ser revisats i actualitzats en la seva totalitat</li> </ul>	
1.3. Hi ha un sistema de gestió de la documentació del SAIQU que permet accedir fàcilment a la versió actualitzada dels documents que es generin.		



Es disposa d'un sistema de gestió de la documentació del SAIQU (PEQ, informes de resultats, memòria actualitzada informes de seguiment, autoinformes, actes, etc.)		Sí
La informació s'organitza de manera sistemàtica que permet accedir a la documentació més rellevant que es genera de forma àgil (codificació, sistema de carpetes per procés, etc.)	No hi ha codificació ni una "T" en SharePoint	No
En cas d'haver senyalat algun "No", quina acció s'ha d'endegar per a que XXX	- Crear un espai SharePoint on ordenar i codificar totes les evidències	
<b>1.4. Hi ha un sistema de gestió de la informació que permet el seu fàcil accés i la recollida àgil, completa i representativa de dades i d'indicadors derivats de la implantació dels processos</b>		
Es disposa d'un sistema de gestió d'informació que, de manera àgil i fiable permeti la revisió i millora dels processos del SAIQU (resultats acadèmics, resultats de satisfacció, inserció laboral es troben a l'ESPAI VSMA, cal analitzar si el centre té les dades per la resta de processos del centre)	No existeix per alguns processos com per exemple el 050	No
En cas d'haver senyalat algun "No", quina acció s'ha d'endegar per a que XXX	- Crear indicadors per als PEQs que no tinguin	
<b>1.5. Hi ha evidències clares i contínues que demostren que el SAIQU es revisa i, si escau, es millora de manera periòdica.</b>		
El termini per la revisió periòdica del SAIQU està recollit al PEQ11		NsNc
La política i dels objectius de qualitat del centre s'han revisat i/o actualitzat en els darrers 5 anys		No
Cada procés del SAIQU té una persona responsable i la cadena de responsabilitats i la representació dels grups d'interès estant clarament definides en cada procés.	La cadena de Responsables no està actualitzada i no hi ha grups d'interès	No
La revisió periòdica del SGIQ dóna lloc, si escau, a un pla de millora.		NsNc
En cas d'haver senyalat algun "No", quina acció s'ha d'endegar per a que XXX	- La cadena de Responsables ha de ser actualitzada i s'han de definir els grups d'interès - Trobar l'última revisió de la política de qualitat	



A partir de la dimensió 2, a totes les dimensions cal valorar a part de l'especificitat de la dimensió:

- Si es disposa de la cadena de responsabilitats per assegurar el funcionament adequat dels processos i per l'anàlisi i millora d'aquests.
- Si es recull informació del procés per l'anàlisi i millora.
- Si hi ha evidències clares i contínues que demostren que els processos s'analitzen i, si escau, es milloren de manera periòdica.

## Dimensió 2. Disseny, revisió i millora dels programes formatius

Després del disseny i de la verificació d'una titulació, i tal com s'estableix en el Marc VSMA, el centre és responsable del seu seguiment anual —que, si escau, conduirà a la implantació d'un pla de millores, a la seva modificació o fins i tot a la seva extinció— i de la seva acreditació. Es requereix que les accions d'avaluació en el Marc VSMA es realitzin segons els processos del SAIQU implantats.

Les etapes de revisió i, si escau, de disseny i seguiment dels plans de millora del SAIQU hauran d'haver abordat, entre d'altres:

- 2.1 Les accions d'avaluació realitzades en el context del Marc VSMA es duen a terme segons els processos del SAIQU implantats.
- 2.2. Es recull informació per a la revisió i la millora dels programes formatius.



2.3. Hi

ha

evidències clares i contínues que demostren que els programes formatius es revisen i, si escau, es milloren de manera periòdica.

El centre ha de donar resposta:

<b>2.1. Les accions d'avaluació realitzades en el context del Marc VSMA es duen a terme segons els processos del SAIQU implantats</b>		
Està descrita (PEQ20) i establerta la cadena de responsabilitats en els processos relacionats amb la verificació, seguiment, modificació i acreditació?		Sí
Totes les actuacions relacionades amb el disseny, el seguiment, la modificació i l'acreditació de programes formatius sempre es realitzen segons el que s'estableix en el procediment PEQ20? És recullen evidències que ho demostrin?	Però cal actualitzar alguns detalls	Sí
En cas contrari, quina acció s'ha d'endegar per a que tots els processos estiguin implantats?		
<b>2.2. Es recull informació per a la revisió i la millora dels programes formatius.</b>		
Es recull informació completa, fiable i d'una manera operativitzada sobre el programa formatiu (més enllà del que recull l'ESPAI VSMA), per exemple sobre:  TFG/TFM: informe de resultats, enquestes de satisfacció  Pràctiques externes (si són obligatòries), enquestes de satisfacció	No existeixen enquestes de satisfacció per al TFM ni el TFG	No
<b>2.3. Hi ha evidències clares i contínues que demostren que els programes formatius es revisen i, si escau, es milloren de manera periòdica.</b>		
La revisió dels programes formatius dóna lloc, si escau, a un pla de millora que aborda únicament els aspectes més rellevants, tot i que de manera estructurada. Es fa un seguiment dels elements més rellevants del pla de millora	Sempre que sigui el pla de millores de la facultat relacionat amb els processos VSMA	Sí
Es recull informació/evidències de les aprovacions (actes d'òrgans de govern) dels canvis produïts siguin o no modificacions de les memòries dels ensenyaments?		Sí



## Dimensió 3. Ensenyament-aprenentatge i suport als estudiants

Els processos d'ensenyament-aprenentatge, així com el suport als estudiants, consideren diferents elements, però com a mínim han d'incloure:

- Proves d'accés i criteris d'admissió.
- Metodologia d'ensenyament i avaluació dels aprenentatges.
- Treballs finals de grau (TFG) o de màster (TFM).
- Pràctiques externes i mobilitat.
- Orientació acadèmica i professional.

El centre ha de donar resposta:

<b>3.1. Les accions vinculades amb l'ensenyament-aprenentatge (proves d'accés i criteris d'admissió, metodologies d'ensenyament, avaluació d'aprenentatges, TFG, TFM, pràctiques externes i mobilitat) es duen a terme segons els processos del SAIQU.</b>		
Les accions relacionades amb les proves d'accés i els criteris d'admissió es duen a terme segons el PEQ030 o PEQ040		NsNc
Les actuacions relacionades amb les metodologies d'ensenyaments i avaluació d'aprenentatges es duen a terme segons el PEQ060		NsNc
El centre ha desenvolupat el processos que afecten al TFG i TFM		NsNc
Les accions relacionades amb les pràctiques externes es duen a terme segons el PEQ070		NsNc
Les accions relacionades amb la mobilitat es duen a terme segons el PEQ080 i PEQ090	No existeix el PEQ 090	No
Està descrita i establerta la cadena de responsabilitats en els PEQ anteriorment citats per assegurar el correcte funcionament	No estan actualitzades	No
Es recull informació fiable i evidències per a l'anàlisi i millora dels PEQ anteriors		NsNc
En cas d'haver senyalat algun "No", quina acció s'ha d'endegar?	- Actualitzar el total dels PEQs	



	- Reunir-nos amb els responsables per tal de revisar els processos	
<b>3.2. Les accions vinculades amb el suport als estudiants (orientació acadèmica i professional) es duen a terme segons els processos del SAIQU</b>		
Les accions relacionades amb l'orientació acadèmica i professional es duen a terme segons el PEQ050	No està actualitzat i es molt específic	No
Es recull informació fiable i evidències per a l'anàlisi i millora del PEQ anterior?	No hi ha evidències	No
En cas d'haver senyalat algun "No", quina acció s'ha d'endegar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crear una enquesta de satisfacció per a avaluar el PAT</li> <li>- Fer diferents reunions per a crear un procés més general i un document PDF del PAT que reculli les diferents accions</li> </ul>	
<b>3.3. Hi ha evidències clares i contínues que demostrin que el procés d'ensenyament-aprenentatge i el suport als estudiants s'analitzen i, si escau, es milloren de manera periòdica.</b>		
El procés d'ensenyament-aprenentatge i el suport als estudiants s'analitzen i, si escau, dona lloc a un pla de millora?		Sí
Es fa un seguiment sistematitzat del pla de millora?		Sí
En cas d'haver senyalat algun "No", quina acció s'ha d'endegar?		

## Dimensió 4. Personal acadèmic

Pel que fa a la gestió dels recursos docents, el SAIQU del centre ha de tenir implantats processos que abordin, entre altres qüestions, la detecció de necessitats de personal acadèmic, els criteris sobre la tipologia de professorat que ha d'impartir docència en les diferents etapes de la titulació (per exemple, primer curs, docència teòrica versus pràctica, assignatures optatives, supervisió de treballs finals, etc.), tot distingint entre titulacions de grau i màster; i les accions per al reconeixement i la promoció del professorat.

<b>4.1. Les accions relacionades amb la gestió del personal acadèmic es duen a terme segons els processos del SAIQU.</b>		
Les accions relacionades amb la gestió del personal acadèmic es duen a terme segons el PGQ 020,030.		NsNc
Les actuacions relacionades la formació i l'avaluació del personal acadèmic es duen a terme segons el PGQ 040, 050.		NsNc



Està descrita i establerta la cadena de responsabilitats en els PGQ anteriorment citats per assegurar el correcte funcionament d'aquests		NsNc
Es recull informació fiable i evidències per a l'anàlisi i millora dels PGQ anteriors		NsNc
En cas d'haver senyalat algun "No", quina acció s'ha d'endegar	- Reunions per a saber sobre el procés	
<b>4.2. Hi ha evidències clares i contínues que demostren que s'analitza la gestió, formació i avaluació del personal acadèmic i, si escau, es milloren de manera periòdica.</b>		
La gestió, formació i avaluació del personal acadèmic s'analitzen i, si escau, dona lloc a un pla de millora		Sí
Es fa un seguiment sistematitzat del pla de millora		Sí
En cas d'haver senyalat algun "No", quina acció s'ha d'endegar		

## Dimensió 5. Recursos materials i serveis

Els processos implantats associats a la gestió dels recursos materials i dels serveis del centre (per exemple, equipament científicotècnic, campus virtual, TIC, aules, sales d'estudi, aules d'informàtica, laboratoris, tallers, CRAI, serveis reprogràfics, etc.) han de preveure tant el seu manteniment com la detecció de necessitats de nous recursos o serveis.

<b>5.1. La gestió dels recursos materials i dels serveis es duu a terme segons els processos del SAIQU.</b>		
Les accions vinculades amb la gestió dels recursos materials es duen a terme segons el PEQ110		NsNc
Les accions vinculades amb la gestió dels serveis es duen a terme segons el PEQ120		NsNc
Es recull informació fiable i evidències per a l'anàlisi i millora dels PEQ anteriors?		NsNc
En cas d'haver senyalat algun "No", quina acció s'ha d'endegar?	- Reunions per a saber sobre el procés	
<b>5.2. Hi ha evidències clares i contínues que demostren que s'analitza la gestió dels recursos materials i dels serveis i, si escau, es milloren de manera periòdica.</b>		
La gestió dels recursos materials i dels serveis s'analitzen i, si escau, dona lloc a un pla de millora?		Sí
Es fa un seguiment sistematitzat del pla de millora?		Sí





En cas d'haver senyalat algun "No", quina acció s'ha d'endegar?

## Dimensió 6. Informació pública i rendició de comptes

El centre ha de publicar informació sobre el desplegament operatiu de les seves titulacions i sobre les dades i els indicadors associats amb la implantació i els resultats de les titulacions. També ha de publicar els resultats i els informes derivats dels processos del VSMA dels seus programes. A més, també ha de publicar tota la documentació relacionada amb el manual de qualitat i els processos del SAIQU, com també amb l'avaluació del seu disseny. Aquesta informació, que permet la rendició de comptes de les seves activitats, ha de ser veraç, actualitzada i de fàcil accés per a tota la societat.

<b>6.1. Les accions vinculades amb la informació pública i la rendició de comptes es duu a terme segons els processos del SAIQU.</b>		
Les accions vinculades amb la informació pública queden recollides en el PEQ140		NsNc
Les accions vinculades amb la rendició de comptes es duen a terme segons el PEQ130		Sí
Les accions vinculades amb la gestió de les queixes i suggeriments es duu a terme segons el PEQ100	Ha canviat el procés	No
Està descrita i establerta la cadena de responsabilitats en els PEQ anteriorment citats per assegurar el correcte funcionament d'aquests		NsNc
Es recull informació fiable i evidències per a l'anàlisi i millora dels PEQ anteriors i de l'estat de la informació pública		NsNc
L'apartat de Qualitat de la web del centre disposa d'un enllaç a l'espai VSMA		Sí
L'apartat de Qualitat de la web del centre te publicat els PEQ i l'avaluació positiva de l'AUDIT?	Ens ho podríeu facilitar?	No
L'apartat de Qualitat de la web del centre disposa d'un/s espai/enllaços on trobar els documents generats per les titulacions als processos VSMA?		Sí
En cas d'haver senyalat algun "No", quina acció s'ha d'endegar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicar el informe AUDIT</li> <li>- Revisar els processos</li> </ul>	
<b>6.2. Hi ha evidències clares i contínues que demostren que s'analitza la informació pública i la rendició de comptes i, si escau, es milloren de manera periòdica.</b>		



La informació pública i la rendició de comptes s'analitzen i, si escau, dona lloc a un pla de millora?		Sí
Es fa un seguiment sistematitzat d'aquest pla de millora?		Sí
En cas d'haver senyalat algun "No", quina acció s'ha d'endegar?		