

**GUIA PER A LA CERTIFICACIÓ DE LA IMPLANTACIÓ DE SISTEMES DE GARANTIA INTERNA DE LA QUALITAT (SGIQ)**

**XXX 2017**

CreativeCommons

Els continguts d’aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 3.0 de Creative Commons. Se’n permet la reproducció, distribució i comunicació pública sempre que se’n citi l’autor i no se’n faci un ús comercial.

La llicència completa es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

© Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya

C. dels Vergós, 36-42, 08017 Barcelona

[www.aqu.cat](http://www.aqu.cat)

© Autors: Josep Manel Torres Solà, Miquel Vidal Espinar, Caterina Cazalla Lorite, Esther Huertas Hidalgo

Guia aprovada per la Comissió d’Avaluació Institucional i de Programes el.... de ...... de 2017.

Primera edició: abril 2015

Segona edició: novembre 2015

Tercera edició: xxx 2017

**SUMARI**

[1. INTRODUCCIÓ 6](#_Toc487189732)

[1.1. Objectiu de la guia 6](#_Toc487189733)

[1.2. Marc normatiu 7](#_Toc487189734)

[2. ORGANITZACIÓ I PLANIFICACIÓ DE L’AVALUACIÓ 8](#_Toc487189735)

[2.1. Comissions i comitès d’avaluació 8](#_Toc487189736)

[2.2. El procés d’avaluació 10](#_Toc487189737)

[3. DIMENSIONS I EStÀNDARDS D’AVALUACIÓ 17](#_Toc487189738)

[3.1. Dimensió 1. Revisió i millora del SGIQ 17](#_Toc487189739)

[3.2. Dimensió 2. Disseny, revisió i millora dels programes formatius 21](#_Toc487189740)

[3.3. Dimensió 3. Sistemes de suport a l’aprenentatge i d’orientació als estudiants 23](#_Toc487189741)

[3.4. Dimensió 4. Personal acadèmic 26](#_Toc487189742)

[3.5. Dimensió 5. Recursos materials i serveis 29](#_Toc487189743)

[3.6. Dimensió 6. Informació pública i retiment de comptes 31](#_Toc487189744)

[4. RESULTAT DE L’AVALUACIÓ 33](#_Toc487189745)

[4.1. Informe final de certificació 33](#_Toc487189746)

[4.2. Segells i certificats 33](#_Toc487189747)

[4.3. Efectes de la avaluació 34](#_Toc487189748)

[5. SEGUIMENT I MILLORA CONTINUADA 35](#_Toc487189749)

[6. REFERÈNCIES 36](#_Toc487189750)

[ANNEX I. relació entre les dimensions establertes en la guia PER A LA CERTIFICACIÓ DE LA IMPLANTACIÓ DE SISTEMES DE GARANTIA INTERNA DE LA QUALITAT (SGIQ) d’aqu catalunya i les incloses en el protocol per a la certificació de SGiq del ministerio de educación, cultura y deporte (mec) 37](#_Toc487189751)

# 1. INTRODUCCIÓ

## Objectiu de la guia

L’Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya (AQU Catalunya) desenvolupa des de l’any 2007 el programa AUDIT, amb l’objectiu d’orientar i avaluar el disseny dels sistemes de garantia interna de la qualitat (SGIQ) a les institucions d’educació superior. AUDIT s’estructura en un conjunt de dimensions que tenen l’origen en els European Standards and Guidelines (ESG) (ENQA, 2015). Concretament, els ESG inclouen l’estàndard 1.1 “Política d’assegurament de la qualitat” que indica textualment:

“Les institucions han de tenir una política d’assegurament de la qualitat que sigui pública i que formi part de la seva gestió estratègica. Les parts interessades internes han de desenvolupar i aplicar aquesta política a través d’estructures i processos adequats i, alhora, implicar-hi les parts interessades externes”.

Una vegada avaluats els dissenys dels SGIQ, les institucions d’educació superior han iniciat la fase següent, que correspon a la seva implantació que hauria de repercutir en la millora del funcionament i de la qualitat dels programes formatius i, específicament, facilitar el seguiment i l’acreditació dels títols sota el seu abast.

Seguint la línia establerta en el procés d’acreditació, els centres universitaris (integrats o adscrits) o altres institucions d’educació superior (com, per exemple, els centres d’ensenyaments artístics superiors) esdevenen el referent organitzatiu del procés de certificació, atès que s’estructuren al voltant d’un conjunt de titulacions que comparteixen àmbits disciplinaris similars, recursos materials i humans i serveis. A més, també comparteixen els responsables acadèmics que lideren la implantació i el funcionament del SGIQ. En conseqüència, la certificació del SGIQ es planteja també a escala de centre i no específicament a escala de les titulacions que s’imparteixen en un centre.

L’objectiu de l’avaluació per a la certificació del SGIQ és, doncs, comprovar que el sistema està implantat i desplegat en el centre responsable de la impartició de les titulacions sota l’abast del SGIQ, i que és adequat per a l’assegurament de la seva qualitat. Així doncs, el procés de certificació del SGIQ no té per objectiu comprovar el compliment de la normativa legal per part de les institucions d’educació superior, ja que aquest aspecte és responsabilitat de les mateixes institucions.

D’aquesta forma, la present Guia pretén assolir els objectius següents:

* Establir les condicions prèvies perquè els centres puguin sol·licitar la certificació de la implantació del SGIQ.
* Permetre als centres conèixer en detall el procés de certificació, per tal que puguin actuar en conseqüència i reforçar els aspectes que es consideren d’especial significació en la implantació del SGIQ.
* Assegurar que tant les persones responsables d’implantar els SGIQ com les persones que n’avaluen la implantació comparteixen els mateixos referents.

## Marc normatiu

La importància del SGIQ i la seva influència en el sistema universitari es demostra en la incorporació en el Reial decret 1393/2007, pel qual s’estableix l’ordenació dels ensenyaments universitaris oficials, d’una dimensió dedicada als SGIQ, de compliment obligat en el procés de verificació dels programes formatius oficials.

D’altra banda, el Reial decret 420/2015 de creació, reconeixement, autorització i acreditació d’institucions d’educació superior i centres universitaris determina que, per obtenir l’acreditació institucional, els centres que imparteixen titulacions oficials d’educació superior, en endavant centres, han de disposar de la certificació de la implantació d’un SGIQ orientat a la millora contínua de la formació que s’ofereix als estudiants, d’acord amb el que estableix l’apartat 9 de l’annex I del Reial decret 1393/2007 i conforme als criteris i les directrius per a l’assegurament de la qualitat en l’Espai europeu d’educació superior. Aquest Reial decret determina també que, per poder obtenir l’acreditació institucional, els centres hauran d’haver renovat l’acreditació inicial de, com a mínim, la meitat dels títols oficials de grau i màster que s’imparteixin, d’acord amb el procediment general previst a l’article 27 bis del Reial decret 1393/2007.

# 2. ORGANITZACIÓ I PLANIFICACIÓ DE L’AVALUACIÓ

## 2.1. Comissions i comitès d’avaluació

**2.1.1. Els comitès d’avaluació externa (CAE-SGIQ)**

El procés d’avaluació es nodreix de manera necessària d’un comitè d’avaluació externa (CAE-SGIQ) que visita el centre. Aquest és el responsable d’elaborar l’informe de la visita realitzada per a la certificació de la implantació del SGIQ, segons els estàndards establerts en aquesta mateixa Guia.

El CAE-SGIQ estarà constituït, com a mínim, per quatre persones amb els perfils següents:

1. Experts en sistemes de garantia de la qualitat

* Com a mínim, dues persones amb experiència en processos d’avaluació de sistemes de garantia de la qualitat i, si escau, de titulacions, institucions o professorat.
* Com a mínim, una d’aquestes dues persones ha de ser docent i investigadora d’una institució d’educació superior.
* De manera general, la presidència de la comissió serà assumida per la persona acadèmica de més antiguitat i/o que hagi exercit algun càrrec de responsabilitat en òrgans de govern.

1. Expert metodològic

* Com a mínim una persona experta en metodologia d’avaluació de la qualitat en institucions d’educació superior. Preferentment aquestes persones hauran de ser personal tècnic d’una agència de qualitat o d’una unitat tècnica de qualitat (UTQ) d’una institució no catalana, amb experiència en sistemes de garantia de la qualitat i en l’avaluació de la qualitat de titulacions, institucions o professorat. Excepcionalment, aquest rol el podrà assumir també un dels experts en sistemes de garantia de la qualitat.

1. Estudiant

* Un estudiant, preferentment amb experiència en sistemes de garantia de la qualitat.

El nomenament dels membres dels CAE-SGIQ el realitzarà el president de la Comissió d’Avaluació Institucional i de Programes (CAIP). Les persones nomenades hauran de garantir la independència, l’objectivitat, l’absència de conflicte d’interessos i el compromís ètic i de confidencialitat. És per això que els membres dels comitès hauran de ser externs a la institució que avaluen i no tenir-hi cap vinculació.

Tot seguint el criteri de transparència, es publicarà la composició dels CAE-SGIQ al web d’AQU Catalunya.

**2.1.2. La Comissió Específica de Certificació**

La Comissió Específica de Certificació (CEC), creada per acord de la CAIP, és la responsable, entre d’altres, d’emetre l’informe de certificació del SGIQ tot utilitzant com a principal evidència l’informe de visita emès pel CAE-SGIQ.

La CEC té la composició següent:

1. Presidència

La presidència de la CEC recau en la persona que exerceix la presidència de la CAIP. Si escau, es pot delegar en la persona que determini el president o la presidenta de la CAIP.

1. Experts en sistemes de garantia de la qualitat

Com a mínim, dues persones expertes en sistemes de garantia de la qualitat i coneixedores del context d’institucions d’educació superior, nomenades per la presidència de la CAIP.

1. Secretaria

Una persona secretària, nomenada per la presidència de la CAIP, que ha de ser personal d’AQU Catalunya.

Serà la CAIP qui seleccionarà i nomenarà els membres de la CEC, garantint la independència, l’objectivitat, l’absència de conflicte d’interessos i els compromisos ètic i de confidencialitat.

Tot seguint el criteri de transparència, es publicarà la composició i currículum dels membres de la CEC al web d’AQU Catalunya.

**2.1.3. Comissió d’Apel·lacions**

La Comissió d’Apel·lacions és la comissió responsable de resoldre els recursos que es presentin en els processos d’avaluació en els que participen les institucions d’educació superior. Per a la resolució dels recursos, la comissió disposarà d’informes d’experts en SGIQ, preferentment aliens a institucions catalanes.

## 2.2. El procés d’avaluació

Les institucions d’educació superior que disposen d’un SGIQ que inclou processos transversals, previ a la primera certificació del SGIQ d’algun dels seus centres, podran avaluar els processos transversals. Aquesta avaluació servirà per a tots els centres que els segueixin i tindrà una validesa de 5 anys.

Aquesta estratègia d’avaluació respon a l’estructura de presa de decisions de les institucions d’educació superior. La responsabilitat dels processos transversals és externa al centre, tot i que aquests participin com un actor actiu a l’hora d’aconseguir els objectius fixats i en siguin beneficiaris dels seus resultats.

El procés d’avaluació que es planteja en aquesta Guia d’avaluació està alineat amb el *Protocolo para la certificación de sistemes de garantía interna de calidad de los centros universitarios* del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

**2.2.1. Condicions prèvies per a l’obtenció de la certificació**

Per poder optar a la certificació de la implantació del SGIQ, les institucions d’educació superior hauran d’assegurar que es compleixen prèviament uns requisits que permetin assegurar la viabilitat de l’avaluació externa.

El centre ha de garantir que es compleixen els aspectes següents:

1. El centre disposa de titulacions sota l’abast del SGIQ de les quals ja han sortit persones titulades.
2. El disseny del SGIQ implantat ha rebut un informe favorable dins del programa AUDIT o ha estat avaluat favorablement per la Unitat Tècnica de Qualitat (UTQ) de la institució.
3. El SGIQ del centre és un sistema madur i estable, amb tots els processos relacionats amb la qualitat dels programes formatius implantats.
4. El centre ha revisat el SGIQ almenys una vegada. Si escau, s’ha posat en marxa un pla de millores com a conseqüència d’aquesta revisió.
5. La informació dels processos d’avaluació del Marc VSMA en què ha participat el centre i els informes derivats és completa i accessible a tots els grups d’interès.

Si alguns d’aquests elements no estiguessin satisfets durant el procés de certificació del SGIQ, el resultat de la certificació seria directament desfavorable.

**2.2.2. Descripció del procés de certificació**

El procés de certificació de la implantació del SGIQ inclou les següents fases:

1. **Sol·licitud de participació**. D’acord amb l’establert a la resolució EMC/1310/2016 de 12 de maig, les institucions d’educació superior catalanes sol·licitaran a AQU Catalunya la certificació del SGIQ dels centres que correspongui.

Les institucions presentaran una sol·licitud de certificació per a cada centre on s’indicarà que es compleixen un dels dos requisits següents:

1. El SGIQ del centre ha estat avaluat en el marc del Programa AUDIT.
2. El centre disposa d’un informe favorable d’avaluació del disseny del SGIQ per part de la seva unitat tècnica de qualitat.

A més, el centre es comprometrà a facilitar l’accés d’AQU Catalunya a la documentació requerida en la present guia.

A la pàgina web d’AQU Catalunya ([www.aqu.cat)](http://www.aqu.cat)) s’especifica el procés de presentació de la sol·licitud oficial.

1. **Planificació de la visita**. AQU Catalunya planificarà, conjuntament amb les institucions d’educació superior catalanes, les dates en què es durà a terme la visita a cadascun dels centres.
2. **Documentació per posar a la disposició del CAE-SGIQ**. Tres mesos abans de la visita d’avaluació externa del CAE-SGIQ al centre, la institució haurà de fer accessible, preferiblement via web, la documentació següent associada amb la implantació del SGIQ:
   1. **Manual de qualitat i de processos** del SGIQ implantat. El manual haurà de contenir, almenys, l’abast del SGIQ, la política i els objectius de qualitat, la descripció del conjunt de processos que formen el sistema i la relació entre ells (pot ser en format de mapa de processos).
   2. **Indicadors vinculats al SGIQ** i dels darrers valors assolits i utilitzats per a la revisió dels processos, segons la periodicitat establerta al mateix SGIQ.
   3. **Informes i registres** generats en la implantació del SGIQ i en els processos d’avaluació relacionats amb el Marc VSMA, com ara els informes d’avaluació propis i els elaborats per AQU Catalunya, informe d’avaluació del disseny del SGIQ, informes de revisió del SGIQ, els plans de millora, actes rellevants, etc.

És important que la institució asseguri que la documentació presentada és la vigent. A més, la institució haurà de proporcionar als membres del CAE-SGIQ l’accés al sistema de gestió de la informació i a la documentació pertinent des de l’inici del procés de certificació.

1. **Anàlisi preliminar**. El CAE-SGIQ farà una anàlisi prèvia de la documentació i les evidències aportades, amb la finalitat de detectar mancances o debilitats en la qualitat o la compleció de les evidències, que caldria solucionar abans de la visita d’avaluació externa per a la certificació del SGIQ.

També es tindran en compte els resultats dels processos del SGIQ associats amb el Marc VSMA. És a dir, s’examinarà si les memòries de verificació, les modificacions, els informes de seguiment i els autoinformes d’acreditació generats durant els darrers cursos han tingut suficient qualitat i s’han utilitzat correctament com a part d’un sistema de gestió orientat a la millora continuada.

1. **Visita prèvia**. En funció del resultat de l’anàlisi preliminar, i en el termini màxim de sis setmanes des què es va lliurar la documentació, el CAE-SGIQ podrà decidir dur a terme una visita prèvia al centre per sol·licitar informació addicional, resoldre dubtes o altres qüestions que es puguin considerar rellevants. També s’acordaran els grups d’interès que s’entrevistaran**.** El centre haurà d’estar representat, almenys, per dues persones: el seu responsable i la persona responsable de la gestió del SGIQ al centre. En la visita prèvia es decidirà si es pot continuar amb el procés d’avaluació externa o si, en funció de les evidències aportades, és convenient ajornar-lo.

Resultat de la visita prèvia o, quan no se’n faci, després de l’anàlisi preliminar, el CAE-SGIQ emetrà un informe previ en què valorarà la qualitat de les evidències aportades, la necessitat d’aportar-ne de noves i la pertinència de continuar el procés de certificació.

1. **Avaluació**. L’avaluació implica l’anàlisi de tota la documentació presentada. Els avaluadors faran servir les rúbriques, exemplificades adequadament.
2. **Organització de la visita**. Com a conseqüència de la visita prèvia, el centre organitzarà l’agenda de la visita, en què estaran delimitades les diferents audiències acordades prèviament amb el CAE-SGIQ. Es preveu la realització d’audiències amb l’equip directiu del centre i la comissió de garantia de la qualitat del centre, com també amb membres de la UTQ de la universitat i coordinadors de títols, si és que no formen part de la comissió de garantia de la qualitat del centre. A més, es recomana realitzar audiències amb altres grups d’interès, com ara personal docent, estudiants, etc. El CAE-SGIQ decidirà si vol visitar les instal·lacions. També s’haurà de preveure l’espai necessari per al treball del CAE-SGIQ.
3. **Desenvolupament de la visita**. L’objectiu principal d’aquesta fase és conèixer *in situ* el grau d’implantació i de funcionament del SGIQ del centre i la capacitat que té per garantir la qualitat de la formació dels programes formatius de les titulacions. La visita externa es durà a terme, com a regla general, al cap de sis setmanes d’haver-se emès l’informe preliminar.

Es considera que dos dies de visita pot ser un temps mitjà adequat per a la majoria de centres.

1. **Informe previ d’avaluació externa i certificació**. En un termini màxim de sis setmanes després de la visita, el CAE-SGIQ, per mitjà d’AQU Catalunya, remetrà l’informe previ d’avaluació externa a la CEC perquè aquesta la prengui en consideració i prepari l’informe de certificació del SGIQ. Es preveu que la institució pugui rebre aquests informes en un termini aproximat de vuit setmanes.

En la redacció de l’informe de visita externa s’utilitzaran rúbriques exemplificades. En aquest informe es faran paleses les bones pràctiques, recomanacions per a la millora de la implantació del SGIQ i, si escau, requeriments d’elements a modificar per a optar a la certificació del SGIQ.

La CEC elaborarà l’informe de certificació corresponent un cop rebuda l’informe previ d’avaluació externa i havent considerat la documentació descrita anteriorment.

1. **Emissió dels informes previs i al·legacions.**

AQU Catalunya emetrà conjuntament els informes de visita externa i l’informe de certificació del SGIQ. En un termini aproximat de vint dies, la institució podrà presentar les al·legacions que consideri oportunes als informes previs perquè el CAE-SGIQ i la CEC les prenguin en consideració.

En cas d’absència de requeriments, s’emetrà un informe previ favorable. En el cas que l’informe previ d’avaluació externa indiqués un gran nombre de requeriments de modificacions o de processos no implantats que no poguessin ser solucionats en un termini curt, es proposarà una certificació desfavorable del SGIQ. Si el nombre i tipus de requeriments ho fessin viable, ja que són menors, i de fàcil i ràpida implantació, el centre disposarà d’un termini màxim de sis mesos per fer arribar al CAE-SGIQ un pla d’accions correctives i les evidències corresponents que mostrin que s’ha donat resposta als requeriments. En aquest darrer cas, la CEC proposarà una certificació desfavorable a l’espera de l’anàlisi de la nova documentació.

1. **Informes definitius**. En un termini aproximat de vint dies, el CAE-SGIQ, un cop rebudes i estudiades les al·legacions, elaborarà la proposta final d’informe de visita externa. Aquest termini no aplica en aquells centres que han de resoldre requeriments (recollits en els informes de visita externa i de certificació previs). En aquests casos, el centre disposa de 6 mesos per a presentar el pla d’accions correctives, així com les noves evidències que demostren que s’han esmenat els requeriments d’elements a modificar.

L’informe de visita externa final es remetrà a la CEC perquè juntament amb les al·legacions i/o pla d’accions correctives i evidències rebudes elabori l’informe de certificació definitiu. AQU Catalunya emetrà conjuntament l’informe d’avaluació externa i l’informe de certificació.

L’informe final de certificació s’emetrà en termes de **favorable** o **desfavorable**.

1. **El procés de recurs.** Els informes emesos per la CEC poden ser objecte de recurs d’alçada davant de la Comissió d’Apel·lacions d’AQU Catalunya.

La Comissió d’Apel·lacions resoldrà en el termini màxim de 3 mesos. La resolució que resolgui el recurs d'alçada exhaureix la via administrativa.

Una vegada aquest procés bé perquè la institució no ha presentat al·legació, bé perquè aquesta ha estat resolta, l’avaluació es donarà per finalitzada i a tal efecte es procedirà a difondre els resultats de l’avaluació, tal com es detalla a l’apartat 4 d’aquesta mateixa Guia.

1. **Registre**. AQU Catalunya crearà un registre específic públic i accessible des del seu web que reculli el nom dels centres que hagin obtingut una certificació favorable de la implantació del seu SGIQ.

A continuació es mostra el diagrama del procés d’avaluació per a la certificació de la implementació del SGIQ.



**2.2.3. Descripció del procés de certificació en centres que inclouen processos transversals en el seu SGIQ**

En els casos que la institució d’educació superior tingui implantats processos de caràcter transversal a tots els seus centres docents, AQU proposarà una avaluació prèvia d’aquests aspectes els resultats de la qual es traslladaran posteriorment als processos de certificació dels SGIQ dels centres.

D’aquesta manera, si així s’acorda amb la universitat, abans de la certificació del SGIQ en el primer centre que ho sol·liciti, AQU nomenarà un comitè que avaluarà, tot seguint el procediment descrit en l’apartat 2.2.2, els processos de caràcter transversal a tota la institució. Els resultats d’aquesta avaluació s’incorporaran posteriorment en la certificació del SGIQ de cada centre i s’avaluarà com el centre incorpora els resultats dels processos transversals en els propis de centre i com proposa millora en aquests processos. En cap cas aquesta avaluació transversal donarà lloc a un certificat del sistema del centre concret.

L’avaluació transversal tindrà una validesa màxima de cinc anys.

**2.2.4. Resultats del procés de certificació**

El protocol d’avaluació està fonamentat en les sis dimensions descrites a l’apartat 3 d’aquesta guia. Cadascuna es desplega en un seguit d’estàndards que es consideren aspectes rellevants i sobre la base dels quals els CAE-SGIQ han de dur a terme la seva valoració. Un estàndard podrà formar part d’un o de més processos. Cada estàndard es valorarà segons els tres nivells següents:

* **Satisfactori.** L’estàndard s’aconsegueix completament i, a més, hi ha exemples de bones pràctiques.
* **Suficient.** S’evidencia el compliment de l’estàndard, almenys en els seus aspectes bàsics.
* **Insuficient.** S’evidencia el compliment parcial de l’estàndard i es detecten aspectes que s’han de millorar necessàriament.

Com que sovint un estàndard vinculat a una dimensió estarà present en més d’un procés, la valoració global d’aquest estàndard per part del CAE-SGIQ es farà tenint en compte les valoracions parcials assolides en cada procés, i es ponderarà a continuació segons el pes o la rellevància dels processos. Per exemple, es podrà valorar un estàndard de manera global com a suficient, tot i que per a alguns dels processos en què estigui present es pugui valorar de manera insuficient. Aquests casos, conjuntament amb aquells estàndards valorats com a “insuficient”, passarien a formar part del pla d’accions correctives requerit en l’informe d’avaluació externa.

Un cop avaluats tots els estàndards d’una dimensió, el CAE-SGIQ valorarà de manera global el grau d’implantació de la dimensió en el seu conjunt. Com en el cas anterior, la valoració de cada dimensió és el resultat de la ponderació dels diferents estàndards que la componen. Per tant, és possible obtenir una valoració d’implantació suficient amb algun estàndard avaluat com a insuficient.

L’escala de valoració de les dimensions és la següent:

* **Implantació avançada.** Els processos de la dimensió s’han implantat al centre, són complets i eficients i, a més, hi ha exemples de bones pràctiques. Tots els seus estàndards, o de forma majoritària, han estat valorats com a satisfactoris, i cap estàndard valorat com a “insuficient”.
* **Implantació suficient.** Els processos de la dimensió s’han implantat de manera adequada i són, generalment, complets i eficients. Tots o la majoria dels seus estàndards han estat valorats com a satisfactoris i/o suficients.
* **Implantació parcial.** Els processos de la dimensió s’han implantat de manera poc adequada, i es detecten aspectes que s’han de millorar necessàriament. Un nombre rellevant d’estàndards han estat valorats com a insuficients.

Per a la certificació **favorable** de la implementació del SGIQ és necessari que totes les dimensions avaluades tinguin una implantació avançada o suficient com a mínim. Dimensions amb una implantació parcial, fins i tot després de la revisió del pla d’accions correctives, portarien a una certificació **desfavorable** de la implantació del SGIQ.

# 3. DIMENSIONS I EStÀNDARDS D’AVALUACIÓ

S’estableixen 6 dimensions per a la certificació de la implantació del SGIQ com a resultat de l’experiència assolida durant la fase d’avaluació del disseny dels SGIQ en el marc del programa AUDIT, tenint en compte les millores derivades dels processos de metaavaluació que s’han dut a terme durant aquest temps, i mantenint l’alineació amb els ESG (ENQA, 2015). Les dimensions definides en aquesta Guia estan alineades amb el Protocol per a la certificació del SGIQ del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (veure Annex I).

Per cadascuna de les dimensions s’estableixen diferents estàndards d’avaluació, així com les seves rúbriques.

Cal tenir present que atès que l’avaluació del disseny dels processos que formen el SGIQ va ser duta a terme en el marc del programa AUDIT i que una condició clau per poder optar a la certificació del SGIQ és que els processos estiguin implantats, la certificació de la implantació del SGIQ se centra bàsicament en els processos de recollida d’informació, que tenen un rol transversal en el SGIQ, i en les accions de revisió, elaboració i seguiment dels plans de millora dels processos.

## 3.1. Dimensió 1. Revisió i millora del SGIQ

|  |
| --- |
| **El centre disposa d’un SGIQ amb els seus processos implantats, que inclou processos per a la seva revisió i millora contínua.** |

El disseny del SGIQ, avaluat en una etapa anterior del programa AUDIT, pot haver evolucionat i millorat després de la implantació dels seus processos, la inclusió de les recomanacions de l’informe d’avaluació del seu disseny i la seva revisió periòdica. En el moment de la certificació del SGIQ, aquest sistema ha de ser estable i madur, producte de les revisions i millores periòdiques, amb el conjunt dels seus processos ja implantats i amb un mapa de processos coherent i que descrigui la interrelació entre els processos de manera inequívoca.

Les etapes de revisió i, si escau, de disseny i seguiment dels plans de millora del SGIQ hauran d’haver abordat, entre d’altres, l’actualització de la política i dels objectius de qualitat del centre, l’adequació i la interrelació de processos, la necessitat d’eliminar-ne o de crear-ne de nous, i l’eficiència i la compleció dels mateixos processos per aconseguir els seus objectius (és a dir, no tan sols si fan el que diuen que fan, sinó també si el que fan és suficient).

El SGIQ del centre ha de tenir una persona responsable de la seva implantació i revisió. Addicionalment, cada procés del SGIQ ha de tenir la seva pròpia persona responsable. A més, la presa de decisions dels càrrecs acadèmics i de les comissions participants en els processos ha de ser clara i inequívoca. En conseqüència, la cadena de responsabilitats i la representació dels grups d’interès en les comissions han d’estar clarament definides en cada procés. Els requeriments de responsabilitats i grups d’interès, que són transversals per a totes les dimensions del SGIQ, s’aplicaran a cadascun dels processos que les componen, tot i que no apareguin de manera explícita en el text introductori corresponent.

La recollida d’informació (resultats acadèmics, resultats de satisfacció, reclamacions i suggeriments, inserció laboral, etc.), que és el motor clau per a la revisió de tots els processos i per al disseny de les accions de millora, ha de ser completa i fiable, per tal de poder garantir una presa de decisions fonamentada. Com a referents de la compleció de la recollida d’informació es consideraran les dades i els indicadors requerits als documents *Guia per al seguiment de les titulacions oficials de grau i màster* i *Guia per a l’acreditació de les titulacions oficials de grau i màster*, d’AQU Catalunya.

En el context de la recollida i l’anàlisi de la informació, a més de disposar d’un sistema de gestió documental del SGIQ, es requereix que la implantació del SGIQ es basi en un sistema de gestió d’informació que, de manera àgil i fiable, permeti el seguiment dels indicadors associats amb el sistema i l’anàlisi dels resultats assolits i les seves tendències, i que, en definitiva, permeti no només la millora de les titulacions sota l’abast del SGIQ sinó també la revisió i millora dels processos i del SGIQ.

La dimensió es desglossa en els estàndards següents:

|  |
| --- |
| 1.1. Els processos del SGIQ, que donen resposta a les dimensions del programa AUDIT i a les fases del Marc VSMA, estan implantats.  1.2. El mapa de processos del SGIQ és coherent amb els processos implantats i amb les interrelacions definides entre ells.  1.3. 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 SGIQ.  1.4. Hi ha un sistema de gestió de la documentació del SGIQ que permet accedir fàcilment a la versió actualitzada dels documents que es generin.  1.5. 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 ~~i el seu fàcil accés~~.  1.6. Hi ha evidències clares i contínues que demostren que els processos són eficients per a la presa de decisions i que el SGIQ es revisa i, si escau, es millora de manera periòdica. |

##### Rúbriques

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.1. Els processos del SGIQ, que donen resposta a les dimensions del programa AUDIT i a les fases del Marc VSMA, estan implantats.** | | |
| ***~~Satisfactori~~*** | ~~Es disposa de processos implantats que donen resposta a les dimensions del programa AUDIT i a les fases del Marc VSMA.~~ |  |
| ***Suficient*** | Es disposa de processos implantats que donen resposta a les dimensions del programa AUDIT i a les fases del Marc VSMA. |  |
| ***Insuficient*** | Es disposa de processos parcialment implantats o no implantats que donen resposta parcial a les dimensions del programa AUDIT i a les fases del Marc VSMA. |  |
|  | | |
| **1.2. El mapa de processos del SGIQ és coherent amb els processos implantats i amb les interrelacions definides entre ells.** | | |
| ***Satisfactori*** | Es disposa d’un mapa de processos actualitzat que considera tots els processos del SGIQ. |  |
| Els processos del SGIQ implantats estan vinculats de manera coherent amb allò descrit al mapa. |  |
| ***Suficient*** | Es disposa d’un mapa de processos actualitzat que considera tots els processos del SGIQ. |  |
| Els processos del SGIQ implantats estan generalment vinculats, segons allò descrit al mapa. Tot i així, s’observa alguna incoherència en la relació entre processos. |  |
| ***Insuficient*** | El mapa de processos no és consistent amb els processos del SGIQ implantats. |  |
| Hi ha força incoherències en les relacions entre els processos implantats, segons allò descrit al mapa. |  |
|  | | |
| **1.3. 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 SGIQ.** | | |
| ***Satisfactori*** | La persona responsable ~~i/o l’òrgan responsable~~ de la revisió i la millora del SGIQ és l’adient per assumir aquestes funcions i les lidera. La presa de decisions és adequada i sempre es fa seguint la cadena de responsabilitats establerta en els processos. ~~La persona i/o l’òrgan responsable respon davant dels diferents grups d’interès.~~ |  |
| ***Suficient*** | La persona responsable ~~i/o l’òrgan responsable~~ de la revisió i la millora del SGIQ és l’adient per assumir aquestes funcions i les lidera. La presa de decisions és adequada, però no sempre es fa seguint la cadena de responsabilitats establerta en els processos. ~~La persona i/o l’òrgan responsable respon, en general, davant dels diferents grups d’interès.~~ |  |
| ***Insuficient*** | La persona responsable ~~i/o l’òrgan responsable~~ de la revisió i la millora del SGIQ no és l’adient per assumir aquestes funcions o no les lidera convenientment. En conseqüència, la presa de decisions no sempre és adequada ni es fa seguint la cadena de responsabilitats establerta en els processos. ~~La persona i/o l’òrgan responsable no sempre respon davant dels diferents grups d’interès.~~ |  |
|  | | |
| **1.4. Hi ha un sistema de gestió de la documentació del SGIQ que permet accedir fàcilment a la versió actualitzada dels documents que es generin.** | | |
| ***Satisfactori*** | Es disposa d’un sistema de gestió de la documentació del SGIQ que permet un fàcil accés a la darrera versió del SGIQ i del conjunt de documentació que se’n genera. La documentació està organitzada de manera sistemàtica. |  |
| ***Suficient*** | Es disposa d’un sistema de gestió de la documentació del SGIQ que inclou la darrera versió del SGIQ i la documentació més rellevant que es genera. La major part de la documentació està organitzada de manera sistemàtica. |  |
| ***Insuficient*** | Es disposa d’un sistema de gestió de la documentació del SGIQ que inclou una versió no actualitzada del SGIQ i/o de la documentació generada rellevant. A més, la documentació no s’organitza de manera sistemàtica. |  |
|  | | |
| **1.5. 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 ~~i el seu fàcil accés~~.** | | |
| ***Satisfactori*** | Es disposa d’un sistema de gestió de la informació que recull d’una manera operativitzada dades i indicadors representatius i fiables de tots els processos del SGIQ. El sistema de gestió de la informació permet un fàcil accés a les dades i els indicadors per als diferents grups d’interès. |  |
| ***Suficient*** | Es disposa d’un sistema de gestió de la informació que recull dades i indicadors que són generalment representatius i fiables dels processos del SGIQ. El sistema de gestió de la informació permet un accés relativament fàcil a les dades i els indicadors per als diferents grups d’interès. |  |
| ***Insuficient*** | Es disposa d’un sistema de gestió de la informació que recull parcialment dades i indicadors dels processos del SGIQ. El sistema de gestió de la informació no garanteix la representativitat i la fiabilitat de les dades i els indicadors que es recullen. El sistema de gestió de la informació presenta un accés no adequat a les dades i els indicadors per als diferents grups d’interès. |  |
|  | | |
| **1.6. Hi ha evidències clares i contínues que demostren que els processos són eficients per a la presa de decisions i que el SGIQ es revisa i, si escau, es millora de manera periòdica.** | | |
| ***Satisfactori*** | La informació que es deriva dels processos del SGIQ ~~és completa~~, basada en dades i indicadors, permet una presa de decisions eficient per assegurar la qualitat de les titulacions. |  |
| ~~Els processos són eficients i s’assegura la qualitat dels resultats.~~ La revisió periòdica del SGIQ dóna lloc, si escau, a un pla de millora. Aquest pla és complet i estructurat. |  |
| ***Suficient*** | La informació que es deriva de la majoria de processos del SGIQ ~~és força completa~~, basada en dades i indicadors, generalment permet prendre decisions per assegurar la qualitat de les titulacions. |  |
| ~~Els processos són, en general, eficients i s’assegura la qualitat dels resultats.~~ La revisió periòdica del SGIQ dóna lloc, si escau, a un pla de millora. Aquest pla aborda únicament els aspectes més rellevants, tot i que de manera estructurada. |  |
| ***Insuficient*** | La informació que es deriva dels processos del SGIQ no s’utilitza o no és rellevant per a la presa de decisions per assegurar la qualitat de les titulacions. |  |
| ~~Els processos no són completament eficients i no sempre s’assegura la qualitat dels resultats.~~ El SGIQ no es revisa, o la revisió periòdica del SGIQ dóna lloc, si escau, a un pla de millora parcial, amb absència d’algun aspecte rellevant, i no es troba estructurat. |  |

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

|  |
| --- |
| **El centre té implantats processos per al disseny, la revisió i la millora dels programes formatius i, si escau, l’extinció d’aquests programes, com també per al conjunt de les accions d’avaluació que es realitzin en el Marc VSMA.** |

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 SGIQ implantats.

La dimensió es desglossa en els estàndards següents:

|  |
| --- |
| 2.1. Hi ha evidències clares i contínues del grau d’adequació, nivell i lideratge dels responsables dels processos per al disseny, la revisió i la millora dels programes formatius.  2.2. Les accions d’avaluació realitzades en el context del Marc VSMA es duen a terme segons els processos del SGIQ implantats.  2.3. Es recull informació per a la revisió i la millora dels programes formatius.  2.4. Hi ha evidències clares i contínues que demostren que els programes formatius es revisen i, si escau, es milloren de manera periòdica. |

##### Rúbriques

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.1. Hi ha evidències clares i contínues del grau d’adequació, nivell i lideratge dels responsables dels processos per al disseny, la revisió i la millora dels programes formatius.** | | |
| ***Satisfactori*** | La persona ~~i/o l’òrgan~~ responsable dels processos relacionats amb el disseny, la revisió i la millora dels programes formatius és l’adient per assumir aquestes funcions i les lidera. La presa de decisions és adequada i sempre es fa seguint la cadena de responsabilitats establerta en els processos relacionats. ~~La persona i/o l’òrgan responsable respon davant dels diferents grups d’interès.~~ |  |
| ***Suficient*** | La persona ~~i/o l’òrgan~~ responsable dels processos relacionats amb el disseny, la revisió i la millora dels programes formatius és l’adient per assumir aquestes funcions i les lidera. La presa de decisions adequada, però no sempre es fa seguint la cadena de responsabilitats establerta en els processos relacionats. ~~La persona i/o l’òrgan responsable respon, en general, davant dels diferents grups d’interès.~~ |  |
| ***Insuficient*** | La persona ~~i/o l’òrgan~~ responsable dels processos relacionats amb el disseny, la revisió i la millora dels programes formatius no sempre és l’adient per assumir aquestes funcions o no sempre les lidera. En conseqüència, la presa de decisions no sempre és adequada ni es fa seguint la cadena de responsabilitats establerta en els processos relacionats. ~~La persona i/o l’òrgan responsable no sempre respon davant dels diferents grups d’interès.~~ |  |
|  | | |
| **2.2. Les accions d’avaluació realitzades en el context del Marc VSMA es duen a terme segons els processos del SGIQ implantats.** | | |
| ***Satisfactori*** | 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 els processos relacionats. |  |
| ***Suficient*** | Les actuacions relacionades amb el disseny, el seguiment, la modificació i l’acreditació de programes formatius es realitzen, generalment, segons el que s’estableix en els processos relacionats. |  |
| ***Insuficient*** | La majoria de les actuacions relacionades amb el disseny, el seguiment, la modificació i l’acreditació de programes formatius no es realitzen segons el que s’estableix en els processos relacionats. |  |
|  | | |
| **2.3. Es recull informació per a la revisió i la millora dels programes formatius.** | | |
| ***Satisfactori*** | Es recull informació completa, fiable i d’una manera operativitzada sobre el programa formatiu, tal com la satisfacció dels grups d’interès, els resultats acadèmics, la inserció laboral i d’altres elements necessaris per a la revisió dels programes. |  |
| ***Suficient*** | Es recull informació força completa i generalment fiable sobre el programa formatiu, tal com la satisfacció dels grups d’interès, els resultats acadèmics, la inserció laboral i d’altres elements necessaris per a la revisió dels programes. |  |
| ***Insuficient*** | Es recull informació parcial i poc fiable sobre el programa formatiu, tal com la satisfacció dels grups d’interès, els resultats acadèmics, la inserció laboral i d’altres elements necessaris per a la revisió dels programes. |  |
|  | | |
| **2.4. Hi ha evidències clares i contínues que demostren que els programes formatius es revisen i, si escau, es milloren de manera periòdica.** | | |
| ***Satisfactori*** | La revisió dels programes formatius dóna lloc, si escau, a un pla de millora. Aquest pla és complet i estructurat. Es fa un seguiment sistematitzat del pla de millora. |  |
| ***Suficient*** | 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. |  |
| ***Insuficient*** | Els programes formatius no es revisen o bé la seva revisió dóna lloc, si es cau, a un pla de millora parcial, amb absència d’algun aspecte rellevant, i no es troba estructurat. Es fa un seguiment parcial del pla de millora. |  |

## **3.3. Dimensió 3. Sistemes de suport a l’aprenentatge i d’orientació** als estudiants

|  |
| --- |
| **El centre té implantats processos que afavoreixen l’aprenentatge dels estudiants.** |

Els sistemes de suport a l’aprenentatge i d’orientació 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.
* Orientació acadèmica i professional.
* Treballs finals de grau (TFG) o de màster (TFM).
* Pràctiques externes i mobilitat.

En el moment de la certificació, és fonamental que els sistemes de suport estiguin totalment implantats i adaptats a les especificitats de les titulacions. El SGIQ haurà de tenir implantats els mecanismes de coordinació dels processos d’ensenyament-aprenentatge i avaluació, i de la impartició de la docència i dels plans docents. En aquest sentit, per exemple, caldrà considerar els casos en què es requereixin proves d’accés o en què els mètodes docents s’hagin d’adaptar a necessitats específiques d’aprenentatge dels estudiants.

El SGIQ del centre haurà de tenir implantats mecanismes que abordin l’assignació, la supervisió i l’avaluació dels TFG/TFM, com a execució clau en el pla d’estudis.

D’altra banda, el SGIQ haurà de tenir implantats processos que assegurin que les pràctiques externes es gestionen de manera que garanteixin que els estudiants duen a terme tasques que són pròpies de l’àmbit professional, i que les accions de mobilitat són coherents amb els objectius del pla d’estudis i la seva planificació.

Pel que fa als sistemes d’orientació, caldrà garantir que tant l’orientació acadèmica, amb un pla d’acció tutorial (PAT) rellevant, com la professional estiguin desplegades.

La dimensió es desglossa en els estàndards següents:

|  |
| --- |
| 3.1. Hi ha evidències clares i contínues del grau d’adequació, nivell i lideratge dels responsables dels processos relacionats amb els sistemes de suport a l’aprenentatge i d’orientació als estudiants.  3.2. Les accions de suport a l’aprenentatge i d’orientació als estudiants ~~(per exemple, proves d0accés, criteris d’admissió, TFG/TFM, etc.)~~ es duen a terme segons els processos del SGIQ implantats.  3.3. Es recull informació per a la revisió i la millora dels sistemes de suport a l’aprenentatge i d’orientació als estudiants.  3.4. Hi ha evidències clares i contínues que demostren que els sistemes de suport a l’aprenentatge i d’orientació als estudiants es revisen i, si escau, es milloren de manera periòdica. |

##### Rúbriques

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.1. Hi ha evidències clares i contínues del grau d’adequació, nivell i lideratge dels responsables dels processos relacionats amb els sistemes de suport a l’aprenentatge i d’orientació als estudiants.** | | |
| ***Satisfactori*** | La persona ~~i/o l’òrgan~~ responsable dels processos relacionats amb els sistemes de suport a l’aprenentatge i d’orientació als estudiants és l’adient per assumir aquestes funcions i les lidera. La presa de decisions és adequada i sempre es fa seguint la cadena de responsabilitats establerta en els processos relacionats. ~~La persona i/o l’òrgan responsable respon davant dels diferents grups d’interès.~~ |  |
| ***Suficient*** | La persona ~~i/o l’òrgan~~ responsable dels processos relacionats amb els sistemes de suport a l’aprenentatge i d’orientació als estudiants és l’adient per assumir aquestes funcions i les lidera. La presa de decisions és adequada, però no sempre es fa seguint la cadena de responsabilitats establerta en els processos relacionats. ~~La persona i/o l’òrgan responsable respon, en general, davant dels diferents grups d’interès.~~ |  |
| ***Insuficient*** | La persona ~~i/o l’òrgan~~ responsable dels processos relacionats amb els sistemes de suport a l’aprenentatge i d’orientació als estudiants no sempre és l’adient per assumir aquestes funcions o no sempre les lidera. En conseqüència, la presa de decisions no sempre és adequada ni sempre es fa seguint la cadena de responsabilitats establerta en els processos relacionats. ~~La persona i/o l’òrgan responsable no sempre respon davant dels diferents grups d’interès.~~ |  |
|  | | |
| **3.2. Les accions de suport a l’aprenentatge i d’orientació als estudiants es duen a terme segons els processos del SGIQ implantats.** | | |
| ***Satisfactori*** | Totes les accions de suport a l’aprenentatge i d’orientació als estudiants sempre es realitzen segons el que s’estableix en els processos relacionats. |  |
| ***Suficient*** | Les actuacions relacionades amb les accions de suport a l’aprenentatge i d’orientació als estudiants es realitzen, generalment, segons el que s’estableix en els processos relacionats. |  |
| ***Insuficient*** | La majoria de les actuacions relacionades amb les accions de suport a l’aprenentatge i d’orientació als estudiants no es realitzen segons el que s’estableix en els processos relacionats. |  |
|  | | |
| **3.3. Es recull informació per a la revisió i la millora dels sistemes de suport a l’aprenentatge i d’orientació als estudiants.** | | |
| ***Satisfactori*** | Es recull informació completa, fiable i d’una manera operativitzada sobre, com a mínim, les proves d’accés i els criteris d’admissió, la metodologia d’ensenyament i avaluació dels aprenentatges, els TFG/TFM, les pràctiques externes i la mobilitat i l’orientació acadèmica i professional. |  |
| ***Suficient*** | Es recull informació força completa i generalment fiable sobre, com a mínim, les proves d’accés i els criteris d’admissió, la metodologia d’ensenyament i avaluació dels aprenentatges, l’orientació acadèmica i professional, els TFG/TFM, i les pràctiques externes i la mobilitat. |  |
| ***Insuficient*** | Es recull informació parcial i poc fiable sobre les proves d’accés i els criteris d’admissió, la metodologia d’ensenyament i avaluació dels aprenentatges, l’orientació acadèmica i professional, els TFG/TFM, i les pràctiques externes i la mobilitat. |  |
|  | | |
| **3.4. Hi ha evidències clares i contínues que demostren que els sistemes de suport a l’aprenentatge i d’orientació als estudiants es revisen i, si escau, es milloren de manera periòdica.** | | |
| ***Satisfactori*** | Els sistemes de suport i d’orientació són eficients i la seva revisió dóna lloc, si escau, a un pla de millora. Aquest pla és complet i estructurat. Es fa un seguiment sistematitzat del pla de millora. |  |
| ***Suficient*** | Els sistemes de suport i d’orientació són, en general, eficients i la seva revisió dóna lloc, si escau, a un pla de millora. Aquest pla aborda únicament els aspectes més rellevants, tot i que de manera estructurada. Es fa un seguiment dels elements més rellevants del pla de millora. |  |
| ***Insuficient*** | Els sistemes de suport i d’orientació són poc eficients i, o bé no es revisen, o la seva revisió dóna lloc, si escau, a un pla de millora parcial, amb absència d’algun aspecte rellevant, i no es troba estructurat. Es fa un seguiment parcial del pla de millora. |  |

## 3.4. Dimensió 4. Personal acadèmic

|  |
| --- |
| **El centre té implantats processos que asseguren la competència i la qualificació del personal acadèmic.** |

En l’ordenament actual del sistema universitari, la garantia de la capacitació i competència del professorat i la seva avaluació contínua recauen en les mateixes institucions. En aquest sentit, les institucions d’educació superior disposen del Programa de Suport a l’Avaluació de l’Activitat Docent del Professorat Universitari (DOCENTIA), que ha permès a les institucions dissenyar mecanismes propis per a la gestió de la qualitat de l’activitat docent del professorat i afavorir el seu desenvolupament i reconeixement.

El centre ha de facilitar un entorn que permeti al personal dur a terme la seva feina de manera efectiva. Atès que la política de personal acadèmic sol ser un tema transversal de la universitat, la certificació del SGIQ se centrarà en els processos associats a la gestió dels recursos docents, a més d’examinar la seva relació amb el programa DOCENTIA de la universitat.

Pel que fa a la gestió dels recursos docents, el SGIQ del centre ha de tenir implantats processos que abordin, entre d’altres, la detecció de necessitats de personal acadèmic, tot atenent el perfil requerit per als programes formatius sota l’abast del SGIQ; 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.), distingint entre titulacions de grau i màster; i les accions per promoure la formació, reconeixement i promoció del professorat.

La dimensió es desglossa en els estàndards següents:

|  |
| --- |
| 4.1. Hi ha evidències clares i contínues del grau d’adequació, nivell i lideratge dels responsables dels processos relacionats amb el personal acadèmic.  4.2. Els processos del SGIQ associats amb el personal acadèmic estan interrelacionats amb el programa DOCENTIA de la universitat.  4.3. Es recull informació per a la revisió i la millora de la gestió dels recursos docents.  4.4. Hi ha evidències clares i contínues que demostren que la gestió dels recursos docents es revisa i, si escau, es millora de manera periòdica. |

##### Rúbriques

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.1. Hi ha evidències clares i contínues del grau d’adequació, nivell i lideratge dels responsables dels processos relacionats amb el personal acadèmic.** | | |
| ***Satisfactori*** | La persona ~~i/o l’òrgan~~ responsable dels processos relacionats amb el personal acadèmic és l’adient per assumir aquestes funcions i les lidera. La presa de decisions és adequada i sempre es fa seguint la cadena de responsabilitats establerta en els processos relacionats. ~~La persona i/o l’òrgan responsable respon davant dels diferents grups d’interès.~~ |  |
| ***Suficient*** | La persona ~~i/o l’òrgan~~ responsable dels processos relacionats amb el personal acadèmic és l’adient per assumir aquestes funcions i les lidera. La presa de decisions és adequada, però no sempre es fa seguint la cadena de responsabilitats establerta en els processos relacionats. ~~La persona i/o l’òrgan responsable respon, en general, davant dels diferents grups d’interès.~~ |  |
| ***Insuficient*** | La persona ~~i/o l’òrgan~~ responsable dels processos relacionats amb el personal acadèmic no sempre és l’adient per assumir aquestes funcions o no sempre les lidera. En conseqüència, la presa de decisions no sempre és adequada ni es fa seguint la cadena de responsabilitats establerta en els processos relacionats. ~~La persona i/o l’òrgan responsable no sempre respon davant dels diferents grups d’interès.~~ |  |
|  | | |
| **4.2. Els processos del SGIQ associats amb el personal acadèmic estan interrelacionats amb el programa DOCENTIA de la universitat.** | | |
| ***Satisfactori*** | Els processos associats amb el personal acadèmic són plenament coherents amb les accions del programa DOCENTIA. Els processos són eficients i s’assegura la qualitat del professorat ~~i dels resultats d’aquests processos~~. |  |
| ***Suficient*** | Els processos associats amb el personal acadèmic són, en general, coherents amb les accions del programa DOCENTIA. Els processos són, en general, eficients i s’assegura la qualitat del professorat ~~i dels resultats d’aquests processos~~. |  |
| ***Insuficient*** | La majoria dels processos associats amb el personal acadèmic no són coherents amb les accions del programa DOCENTIA. Els processos no són eficients i no sempre s’assegura la qualitat del professorat ~~i dels resultats d’aquests processos~~. |  |
|  | | |
| **4.3. Es recull informació per a la revisió i la millora de la gestió dels recursos docents.** | | |
| ***Satisfactori*** | Es recull informació completa, fiable i d’una manera operativitzada sobre, com a mínim, la detecció de necessitats i les accions per promoure la formació, el reconeixement, la promoció i l’avaluació. |  |
| ***Suficient*** | Es recull informació força completa i generalment fiable sobre la detecció de necessitats i les accions per promoure la formació, el reconeixement, la promoció i l’avaluació. |  |
| ***Insuficient*** | Es recull informació parcial i poc fiable sobre la detecció de necessitats i les accions per promoure la formació, el reconeixement, la promoció i l’avaluació. |  |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.4. Hi ha evidències clares i contínues que demostren que la gestió dels recursos docents es revisa i, si escau, es millora de manera periòdica.** | | |
| ***Satisfactori*** | La gestió dels recursos docents és eficient i la seva revisió dóna lloc, si escau, a un pla de millora. Aquest pla és complet i estructurat. Es fa un seguiment sistematitzat del pla de millora. |  |
| ***Suficient*** | La gestió dels recursos docents és, en general, eficient i la seva revisió dóna lloc, si escau, a un pla de millora. Aquest pla aborda únicament els aspectes més rellevants, tot i que de manera estructurada. Es fa un seguiment dels elements més rellevants del pla de millora. |  |
| ***Insuficient*** | La gestió dels recursos docents és molt poc eficient i o bé no es revisa o la seva revisió dóna lloc, si escau, a un pla de millora parcial, amb absència d’algun aspecte rellevant, i no es troba estructurat. Es fa un seguiment parcial del pla de millora. |  |

## 3.5. Dimensió 5. Recursos materials i serveis

|  |
| --- |
| **El centre té implantats processos per a la gestió dels recursos materials i dels serveis relacionats amb els programes formatius.** |

Els processos implantats associats a la gestió dels recursos materials i dels serveis del centre (per exemple, equipament cientificotècnic, 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. Si escau, els processos del SGIQ podran fer referència a processos transversals de la universitat.

La dimensió es desglossa en els estàndards següents:

|  |
| --- |
| 5.1. Hi ha evidències clares i contínues del grau d’adequació, nivell i lideratge dels responsables dels processos relacionats amb els recursos materials i els serveis.  5.2. Es recull informació per a la revisió i la millora de la gestió dels recursos materials i dels serveis.  5.3. Hi ha evidències clares i contínues que demostren que la gestió dels recursos materials i dels serveis es revisa i, si escau, es millora de manera periòdica. |

##### Rúbriques

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5.1. Hi ha evidències clares i contínues del grau d’adequació, nivell i lideratge dels responsables dels processos relacionats amb els recursos materials i els serveis.** | | |
| ***Satisfactori*** | La persona ~~i/o l’òrgan~~ responsable dels processos relacionats amb els recursos materials i els serveis és l’adient per assumir aquestes funcions i les lidera. La presa de decisions és adequada i sempre es fa seguint la cadena de responsabilitats establerta en els processos relacionats. ~~La persona i/o l’òrgan responsable respon davant dels diferents grups d’interès.~~ |  |
| ***Suficient*** | La persona ~~i/o l’òrgan~~ responsable dels processos relacionats amb els recursos materials i els serveis és l’adient per assumir aquestes funcions i les lidera. La presa de decisions és adequada, però no sempre es fa seguint la cadena de responsabilitats establerta en els processos relacionats. ~~La persona i/o l’òrgan responsable respon, en general, davant dels diferents grups d’interès.~~ |  |
| ***Insuficient*** | La persona ~~i/o l’òrgan~~ responsable dels processos relacionats amb els recursos materials i els serveis no sempre és l’adient per assumir aquestes funcions o no sempre les lidera. En conseqüència, la presa de decisions no sempre és adequada ni es fa seguint la cadena de responsabilitats establerta en els processos relacionats. ~~La persona i/o l’òrgan responsable no sempre respon davant dels diferents grups d’interès.~~ |  |
|  | | |
| **5.2. Es recull informació per a la revisió i la millora de la gestió dels recursos materials i dels serveis.** | | |
| ***Satisfactori*** | Es recull informació completa, fiable i d’una manera operativitzada sobre, com a mínim, el manteniment i la detecció de necessitats de nous recursos materials i serveis. |  |
| ***Suficient*** | Es recull informació força completa i generalment fiable sobre el manteniment i la detecció de necessitats de nous recursos materials i serveis. |  |
| ***Insuficient*** | Es recull informació parcial i poc fiable sobre el manteniment i la detecció de necessitats de nous recursos materials i serveis. |  |
|  | | |
| **5.3. Hi ha evidències clares i contínues que demostren que la gestió dels recursos materials i dels serveis es revisa i, si escau, es millora de manera periòdica.** | | |
| ***Satisfactori*** | La gestió dels recursos materials i dels serveis és eficient i la seva revisió dóna lloc, si escau, a un pla de millora. Aquest pla és complet i estructurat. Es fa un seguiment sistematitzat del pla de millora. |  |
| ***Suficient*** | La gestió dels recursos materials i dels serveis és, en general, eficient i la seva revisió dóna lloc, si escau, a un pla de millora. Aquest pla aborda únicament els aspectes més rellevants, tot i que de manera estructurada. Es fa un seguiment dels elements més rellevants del pla de millora. |  |
| ***Insuficient*** | La gestió dels recursos materials i dels serveis és poc eficient, i o bé no es revisen o la seva revisió dóna lloc, si escau, a un pla de millora parcial, amb absència d’algun aspecte rellevant, i no es troba estructurat. Es fa un seguiment parcial del pla de millora. |  |

## 3.6. Dimensió 6. Informació pública i retiment de comptes

|  |
| --- |
| **El centre té implantats processos que garanteixen la publicació d’informació completa i actualitzada sobre els programes formatius per al retiment 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 de verificació, seguiment, modificació i acreditació dels seus programes. A més, també ha de publicar tota la documentació relacionada amb el manual de qualitat i els processos del SGIQ, com també amb l’avaluació del seu disseny. Aquesta informació, que permet el retiment de comptes de les seves activitats, ha de ser veraç, actualitzada i de fàcil accés per a tota la societat.

La dimensió es desglossa en els estàndards següents:

|  |
| --- |
| 6.1. Hi ha evidències clares i contínues del grau d’adequació, nivell i lideratge dels responsables dels processos relacionats amb la informació pública i el retiment de comptes.  6.2. Es recull informació per a la revisió i la millora de la informació pública.  6.3. Hi ha evidències clares i contínues que demostren que la informació pública es revisa i, si escau, es millora de manera periòdica. |

##### Rúbriques

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6.1. Hi ha evidències clares i contínues del grau d’adequació, nivell i lideratge dels responsables dels processos relacionats amb la informació pública i el retiment de comptes.** | | |
| ***Satisfactori*** | La persona ~~i/o l’òrgan~~ responsable dels processos relacionats amb la publicació d’informació és l’adient per assumir aquestes funcions i les lidera. La presa de decisions és adequada i sempre es fa seguint la cadena de responsabilitats establerta en els processos relacionats. La persona ~~i/o l’òrgan~~ responsable respon davant dels diferents grups d’interès. |  |
| ***Suficient*** | La persona ~~i/o l’òrgan~~ responsable dels processos relacionats amb la publicació d’informació és l’adient per assumir aquestes funcions i les lidera. La presa de decisions és adequada, però no sempre es fa seguint la cadena de responsabilitats establerta en els processos relacionats. La persona ~~i/o l’òrgan~~ responsable respon, en general, davant dels diferents grups d’interès. |  |
| ***Insuficient*** | La persona ~~i/o l’òrgan~~ responsable dels processos relacionats amb la publicació d’informació no sempre és l’adient per assumir aquestes funcions o no sempre les lidera. En conseqüència, la presa de decisions no sempre és adequada ni es fa seguint la cadena de responsabilitats establerta en els processos relacionats. La persona ~~i/o l’òrgan~~ responsable no sempre respon davant dels diferents grups d’interès. |  |
|  | | |
| **6.2. Es recull informació per a la revisió i la millora de la informació pública.** | | |
| ***Satisfactori*** | Es recull informació completa, fiable i d’una manera operativitzada sobre la informació pública. |  |
| ***Suficient*** | Es recull informació força completa i generalment fiable sobre la informació pública. |  |
| ***Insuficient*** | Es recull informació parcial i poc fiable sobre la informació pública. |  |
|  | |  |
| **6.3. Hi ha evidències clares i contínues que demostren que la informació pública es revisa i, si escau, es millora de manera periòdica.** | | |
| ***Satisfactori*** | La informació pública és eficient i la seva revisió dóna lloc, si escau, a un pla de millora. Aquest pla és complet i estructurat. Es fa un seguiment sistematitzat del pla de millora. |  |
| ***Suficient*** | La informació pública és, en general, eficient i la seva revisió dóna lloc, si escau, a un pla de millora. Aquest pla aborda únicament els aspectes més rellevants, tot i que de manera estructurada. Es fa un seguiment dels elements més rellevants del pla de millora. |  |
| ***Insuficient*** | La informació pública és poc eficient, i o bé no es revisa o la seva revisió dóna lloc, si escau, a un pla de millora parcial, amb absència d’algun aspecte rellevant, i no es troba estructurat. Es fa un seguiment parcial del pla de millora. |  |

# 4. RESULTAT DE L’AVALUACIÓ

## 4.1. Informe final de certificació

L’informe final emès per la CEC sobre la pertinència de certificar la implantació del SGIQ, fonamentat amb l’informe de la visita realitzada pel CAE-SGIQ, podrà ser “favorable” o “desfavorable” i s’hi inclourà com a mínim:

1. Indicacions del centre docent
2. Descripció del procediment utilitzat, incloent-hi els experts implicats
3. Resultats de l’avaluació per a cadascun dels estàndards i dimensions
4. Resultat final de l’avaluació de la implantació del SGIQ
5. Bones pràctiques detectades en la implantació del SGIQ
6. Requeriments d’elements de la implantació dels SGIQ a modificar
7. Propostes de millora (recomanacions per a les accions de seguiment de la implantació del SGIQ)

En el cas d’un informe favorable, la implantació del SGIQ del centre docent quedarà certificada.

En ambdós casos, favorable o desfavorable, AQU Catalunya publicarà al Portal d’informes d’avaluació (http://estudis.aqu.cat/informes):

1. L’informe final de la visita realitzada per a la certificació de la implantació del SGIQ emès pel CAE-SGIQ.
2. L’informe final de certificació de la implantació del SGIQ emès per la CEC.

La publicació dels dos informes es portarà a terme una vegada finalitzat tot el procés per part d’AQU Catalunya, incloent la resolució del recurs, si escau. Això és independent de què aquests informes puguin utilitzar-se com a evidència principal en altres instàncies.

## 4.2. Segells i certificats

En cas d’obtenir un informe de certificació favorable, s’obtindrà un segell de qualitat i un certificat, numerat inequívocament per a cada centre docent en concret. Aquests tindran una validesa de cinc anys, prorrogable per períodes idèntics després de superar un nou procés d’avaluació externa.



Les condicions per al seu ús venen determinades pel document *Segells de qualitat d’AQU Catalunya i condicions per al seu ús* aprovat pel Consell de Direcció d’AQU Catalunya el 8 de juliol de 2014.

Aquests segells seran publicats a través de la plana Estudis Universitaris de Catalunya (EUC), http://estudis.aqu.cat, vinculats a tots els estudis que formin part de l’abast del centre amb el sistema de garantia interna de la qualitat certificat.

## 4.3. Efectes de la avaluació

La certificació del SGIQ evidencia que el centre docent té assegurat el funcionament adequat de certs mecanismes d’actuació que formen part dels processos de verificació, seguiment, modificació i acreditació de títols. És per això que aquesta informació s’ha de considerar quan el centre presenti les seves titulacions als processos esmentats.

Així doncs, i de forma general, els efectes de la certificació d’una implementació favorable són els següents:

1. Els aspectes relacionats amb l’assegurament de la qualitat quedaran automàticament validats per a aquelles titulacions els centres de les quals tinguin el seu SGIQ certificat. D’aquesta manera, una vegada s’ha avaluat i certificat el SGIQ del centre corresponent, els títols oficials inclosos en el seu abast, que durant la vigència del certificat s’hagin de sotmetre als processos avaluatius de verificació, modificació i acreditació, seran eximits de presentar documentació addicional relativa al SGIQ.

Tot i això, AQU Catalunya es reserva el dret de revisar qualsevol dels aspectes (dimensions, criteris, estàndards, etc.) dels processos indicats anteriorment si en el període de vigència del certificat es detectessin incidències, bàsicament a través dels informes de seguiment de centre.

Cal tenir en compte, però, que de la mateixa manera que la certificació del SGIQ d’un centre suposa la validació dels aspectes d’assegurament de la qualitat dels títols sotmesos als processos del Marc VSMA, la no acreditació d’algun dels títols del centre impossibilitarà la certificació del SGIQ o en comportarà la pèrdua.

1. Els previstos en el Reial decret 420/2015 de creació, reconeixement, autorització i acreditació d’institucions d’educació superior i centres universitaris. Segons aquest, es determina que la certificació del SGIQ com a imprescindible per a la posterior obtenció de l’acreditació institucional.

D’altra banda, un informe desfavorable de la certificació del SGIQ comportarà la impossibilitat de sol·licitar novament la certificació del SGIQ fins al cap de dos anys, quan es consideri que el SGIQ pot estar més consolidat.

~~En els casos en què el centre disposi d’un certificat referit a la implantació d’un sistema de gestió de qualitat o d’excel·lència no basat en el programa AUDIT (ISO 9001, Model d’Excel·lència, etc.) no aplicarà aquest apartat. És a dir, aquests efectes es basen exclusivament en la certificació del SGIQ que s’organitza sota les dimensions del programa AUDIT.~~

# 5. SEGUIMENT I MILLORA CONTINUADA

La certificació de la implantació del SGIQ tindrà una validesa de 5 anys. Ara bé, com s’explicita en la directriu corresponent a l’estàndard associat a l’aplicació dels processos d’avaluació (ESG 2.3) (ENQA, 2015):

«L’assegurament extern de la qualitat no acaba amb l’informe dels experts. Aquest informe ofereix una orientació clara per a l’acció institucional. Les agències disposen d’un procés de seguiment sistemàtic per examinar les mesures que aplica la institució. La naturalesa del seguiment dependrà del disseny de l’assegurament extern de la qualitat.»

En coherència amb aquesta assumpció i atenent el resultat de la certificació del SGIQ, l’objectiu d’AQU Catalunya ha de ser el de garantir que la institució s’ocupa d’una manera ràpida dels àmbits susceptibles de millora i que s’afavoreix la capacitat de superació.

Amb aquest enfocament, durant el període de vigència de la certificació, el centre té la responsabilitat de portar a terme el seguiment i millora continua del SGIQ segons estableixin els seus propis processos interns de gestió. A tal efecte, el centre haurà d’informar de l’estat de les millores realitzades a través dels informes de seguiment de centre (ISC) segons s’estableix a la *Guia per al seguiment de les titulacions oficials de grau i màster* d’AQU Catalunya. En aquest també s’hi inclouran els canvis que s’hagin portat a terme arrel del pla d’accions correctives establertes al informe de certificació de la implantació del SGIQ.

En cas que la institució porti a terme qualsevol canvi en la naturalesa del centre docent que pugui afectar l’abast o la validesa del certificat[[1]](#footnote-2), aquest haurà de quedar especificat en el ISC, notificant-ho a AQU Catalunya per tal que avaluï la continuïtat de la validesa d’aquest certificat.

Bé sigui mitjançant la informació recollida a través dels ISC, bé sigui per qualsevol altra via fonamentada en evidències, la CEC es reserva el dret de modificar l’abast de la certificació, suspendre-la o revocar-la quan:

* Es produeixin canvis que alterin de manera adversa i irreversible les condicions en les quals es va certificar el SGIQ.
* Es faci un ús inapropiat del certificat.

# 6. REFERÈNCIES

AQU Catalunya (2014). Segells de qualitat d’AQU Catalunya i condicions per al seu ús.

AQU Catalunya (2014). Guia per al seguiment de les titulacions oficials de grau i màster. <http://www.aqu.cat/doc/doc_16385323_1.pdf>

ENQA (2015). Estàndards i directrius per a l’assegurament de la qualitat en l’espai europeu d’educació superior. <http://www.aqu.cat/doc/doc_24427439_1.pdf>

Marc per a la verificació, el seguiment, la modificació i l’acreditació de titulacions oficials (2010). <http://www.aqu.cat/doc/doc_31479088_1.pdf>

Programa AUDIT (2010). Directrius, definició i documentació de sistemes de garantia interna de la qualitat de la formació universitària. <http://www.aqu.cat/doc/doc_72138575_1.pdf>

RD 1393/2007, de 29 de octubre, pel qual s’estableix l’ordenació dels ensenyaments universitaris oficials.

RD 420/2015, de 29 de maig, de creació, reconeixement, autorització i acreditació d’institucions d’educació superior i centres universitaris.

Resolució EMC/1310/2016, de 12 de maig, per la qual es dóna publicitat al procediment per a la certificació de la implantació del Sistema de Garantia Interna de la Qualitat dels centres docents de les institucions d’educació superior i dels centres d’educació superior (DOGC, núm. 7128, 16-05-2016).

Sol·licitud per a la certificació de la implantació del Sistema de Garantia Interna de la Qualitat (SGIQ) dels centres docents de les institucions d’educació superior i dels centres d’educació superior. [http://www.aqu.cat/institucions d’educació superior/certificaciosgiq/index.html#.V5iH4vmLRpg](http://www.aqu.cat/universitats/certificaciosgiq/index.html#.V5iH4vmLRpg).

# ANNEX I. relació entre les dimensions establertes en la guia PER A LA CERTIFICACIÓ DE LA IMPLANTACIÓ DE SISTEMES DE GARANTIA INTERNA DE LA QUALITAT (SGIQ) d’aqu catalunya i les incloses en el protocol per a la certificació de SGiq del ministerio de educación, cultura y deporte (mec)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DIMENSIONS GUIA CERITIFICACIÓ IMPLANTACIÓ SGIQ D’AQU CATALUNYA** | | | | | |
| **DIMENSIONS PROTOCOL MEC** | **Revisió i millora SGIQ** | **Disseny, revisió i millora dels programes formatius** | **Sistemes de suport a l’aprenentatge i d’orientació als estudiants** | **Personal acadèmic** | **Recursos materials i serveis** | **Informació pública i retiment de comptes** |
| **1** | X |  |  |  |  |  |
| **2** |  | X |  |  |  |  |
| **3.1** |  |  | X |  |  |  |
| **3.2** |  |  |  | X |  |  |
| **3.3** |  |  |  |  | X |  |
| **4** | X | X | X | X | X | X |
| **5.1** | X |  |  |  |  | X |
| **5.2** |  |  |  |  |  | X |

1. Política i objectius de qualitat
2. Gestió del disseny dels programes
3. Impartició dels programes formatius
   1. Orientació dels seus ensenyaments als estudiants
   2. Garantia i millora del seu persona acadèmic i de recolzament a la docència
   3. Garantia i millora dels recursos materials i serveis
4. Resultats
5. Gestió de la informació
   1. Anàlisi i ús de la informació generada
   2. Publicació de la informació sobre les seves activitats i programes

Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya

Novembre de 2015 · AQU-4-2015



**www.aqu.cat**

1. L’extinció o la incorporació de nous títols en un centre de la institució no afectaria l’abast o la validesa del certificat, si es compleix el que preveu el SGIQ. [↑](#footnote-ref-2)