

MANUAL DE PROCESSOS DEL SISTEMA DE GARANTIA INTERNA DE QUALITAT (SGIQ)

Procés PE01. Definició de la política i objectius de qualitat

1. Objectiu
2. Àmbit d'aplicació
3. Propietat del procés
4. Documentació associada (inputs)
5. Documentació generada (outputs)
6. Revisió i millora
7. Indicadors
8. Desenvolupament del procés
9. Diagrama de flux

RESUM DE REVISIONS		
Versió	Data	Motiu de modificació
1.0	Juliol 2010	Creació en el marc del SGIQ_UAB
2.0	Novembre 2015	Revisió del procés general UAB. Implantació a la Facultat
3.0	Juny 2018	Revisió a la Facultat
4.0	Desembre 2025	Revisió del SGIQ

Responsable de l'elaboració	Responsable de l'aprovació	Data d'aprovació
Degà o persona en qui delegui	Junta Permanent	Febrer 2016
Degà o persona en qui delegui	Junta Permanent	Juny 2018
Degà	Consell de Centre*	Desembre 2025

**En la propera revisió del SGIQ i un cop s'aprovi la nova denominació Consell de Centre per la de Junta de Facultat al Reglament de Facultat, s'actualitzarà aquesta denominació allà on correspongui.*

1. Objectiu

L'objectiu del procés és establir la sistemàtica que s'ha d'aplicar en l'elaboració, la revisió dels objectius i la política de qualitat de la Facultat de Medicina en el marc del Pla Estratègic 2018-2030 de la Universitat Autònoma de Barcelona.

2. Àmbit d'aplicació

Aquest procés afecta al conjunt d'activitats de la Facultat de Medicina i especialment a aquelles relacionades amb els seus programes formatius.

3. Propietat del procés

La propietat d'aquest procés recau en el degà de la Facultat de Medicina, que a través de l'Equip de Deganat, vetllarà pel desplegament, la supervisió, el seguiment i la millora contínua del Sistema de Garantia Interna de Qualitat de la Facultat de Medicina.

La responsabilitat de la gestió correspon a la Gestió de Qualitat, amb la supervisió de l'Administració de Centre, que s'encarrega de la gestió del procés, de la documentació, del manteniment dels indicadors, de col·laborar en la detecció dels punts febles, del seguiment de les propostes de millora i de fer la revisió periòdica del procés.

Les propostes de millora que afectin al *procés marc* es comuniquen al Vicerectorat d'Estudis i Qualitat.

4. Documentació associada (inputs)

Documentació
Estatuts de la UAB
Plans i programes estratègics de la UAB (inclou el Pla Estratègic 2018-2030)
Política i objectius de qualitat de la UAB
V Pla d'Igualtat de la UAB
II Pla d'Acció discapacitat i inclusió
Definició de la política i objectius de qualitat de la UAB (procés PE01 SGIQ transversal UAB)
Reglament de la Facultat de Medicina
Reglament de la Comissió de Qualitat (CQ)
Missió, visió i valors de la Facultat de Medicina
Informe d'acreditació d'AQU
Informe de Seguiment de Centre (ISC)
Autoinformes d'acreditació de les titulacions
Programa electoral

5. Documentació generada (outputs)

Documentació	Ubicació	Gestió
Acords de la Junta Permanent o Junta de Facultat	Espai <i>OneDrive</i> Deganat	Secretaria del Deganat

Actes de la Junta Permanent o Junta de Facultat		
Acords de la Comissió de Qualitat del Centre	Espai <i>OneDrive</i> Qualitat	Gestió de Qualitat
Actes de la Comissió de Qualitat del Centre		
Informe de Seguiment de Centre		
Informe de revisió i seguiment dels processos del SGIQ		
Pla de millores dels processos dels SGIQ		

6. Revisió i millora

La revisió i millora del procés recau en el degà i el seu Equip de Deganat. El procés es revisa periòdicament d'acord amb la valoració que es fa del funcionament del Centre cada curs acadèmic.

7. Indicadors

Codi	Indicador de seguiment	Fita	Ubicació	Gestió
PE01-Ind01	Percentatge d'assoliment dels objectius associats als indicadors del quadre de comandament	≥ 75%	Espai <i>OneDrive</i> Qualitat	Gestió de Qualitat

8. Desenvolupament del procés

8.1. Definició i seguiment de la política i objectius de qualitat

El Sistema de Garantia Interna de la Qualitat de la UAB (SGIQ marc) es defineix com un model transversal per a tota la Universitat amb implicacions de responsabilitat i de seguiment en cada centre.

La definició de la política i objectius de qualitat de la Facultat de Medicina es descriu al programa electoral que la candidatura de l'Equip de Deganat presenta, per tal de ser elegit a través del sistema acord amb la legislació vigent. L'Equip de Deganat ret comptes del grau d'acompliment dels objectius de qualitat mitjançant l'Informe de Gestió de Centre (IGC) que es presentarà a la Comissió de Qualitat del centre i s'aprovarà a la Junta de Facultat o Junta Permanent. El responsable de l'elaboració d'aquest informe serà el degà, que ho delegarà al Vicedeganat de Qualitat i Acreditació Acadèmica, amb el suport de la Gestió de Qualitat i amb la col·laboració de la resta de membres de l'Equip de Deganat.

En el cas de propostes que, per la seva naturalesa així ho requereixin, s'estableixen acords amb l'Equip de Govern de la UAB per facilitar-ne el seu desenvolupament i/o implementació. Els mecanismes de coordinació s'establiran en funció de la condició de l'objectiu a assolir.

Correspon a la Comissió de Qualitat de la Facultat de Medicina:

- Fer el seguiment de la política i objectius de qualitat del centre.
- Vetllar per l'acompliment del SGIQ del Centre.
- Vetllar per la difusió i implantació de la política i objectius de qualitat del Centre i del SGIQ.
- Vetllar per l'actualització i el manteniment del quadre d'indicadors estratègics del centre
- Fer el seguiment de les propostes de millora.
- Participar activament en el procés de certificació del SGIQ del Centre.

El degà presenta a la Junta de Facultat i/o Junta Permanent la política i objectius de qualitat docent del Centre.

8.2. Revisió de la política i objectius de qualitat

La política i objectius de qualitat de la Facultat de Medicina es revisarà d'acord amb les modificacions del Pla Estratègic de la UAB sobre la política de qualitat dels seus programes formatius, i d'acord amb el Pla Estratègic que l'Equip de Deganat presenta amb cada renovació del mateix.

8.3. Implantació de les millores

L'equip de Deganat de la Facultat de Medicina és el responsable de l'execució de les millores sorgides del procés de seguiment especificat en els apartats anteriors. En el procés de revisió i millora hi participen els vicedegans, les coordinacions de titulació, i les persones responsables d'altres aspectes concrets relacionats amb el control i millora de la qualitat del Centre com poden ser les direccions de departament adscrits, i altres persones amb responsabilitat de gestió.

8.4. Grups d'interès

Grups d'interès	Forma de participació
Equip de Deganat, coordinacions de titulació, direccions de departament	Reunions periòdiques de l'Equip de Deganat amb les coordinacions de titulacions de graus i màsters, i amb les direccions dels departaments adscrits
Alumnat, professorat i PTGAS	Debats a la Junta Permanent i a la Junta de Facultat i a les Comissions delegades
Comitès o Agències d'Acreditació i d'Avaluació	Informes periòdics

8.5. Informació pública

Els objectius estratègics de qualitat docent i el seu seguiment es fan públics a tota la comunitat universitària a través de la pàgina web del Centre.

8.6. Rendició de comptes

La rendició de comptes als diferents col·lectius i grups d'interès s'assegura pel fet que els esmentats grups estan representats en els òrgans de Govern i les comissions de debat següents:

- Junta de Facultat
- Junta Permanent

- Comissió de Grau
- Comissió de Qualitat
- Comissió d'Igualtat

9. Diagrama de flux (*pendent*)