



ÍNDEX

1. FINALITAT
2. ABAST DEL PROCÉS
3. REFERÈNCIES / NORMATIVES
4. DEFINICIONS
5. DESENVOLUPAMENT DEL PROCÉS
6. SEGUIMENT I MESURA
7. EVIDÈNCIES
8. RESPONSABILITATS
9. FITXA RESUM
10. FLUXGRAMA

ANNEX

1. REFERÈNCIES / NORMATIVES
2. INDICADORS
3. RESPONSABILITATS

Dimarts, 12/juny/2012
SGIQ-FOOT Versió 1

	370.3.7 GESTIÓ D'INCIDÈNCIES, RECLAMACIONS I SUGGERIMENTS	
---	---	---

1. FINALITAT

La finalitat del present procés és la de definir com la Facultat d'Òptica i Optometria de Terrassa (en endavant FOOT) garanteix i millora el procés de gestió d'incidències, reclamacions i suggeriments com a elements generadors de millora contínua.

2. ABAST DEL PROCÉS

Aquest procés serà d'aplicació a les titulacions oficials que imparteix la FOOT.

3. REFERÈNCIES / NORMATIVES

- Marc normatiu extern

Quant al marc normatiu extern al Centre, vegeu l'annex II del document Presentació dels Sistemes de Garantia Interna de la Qualitat de la UPC (SGIQ).

- Marc normatiu intern FOOT

El marc normatiu intern del Centre figura a l'Annex, apartat 1 d'aquest procés.

Junt amb cadascuna de les normatives externes i internes figura l'adreça web corresponent per tal de poder accedir-hi directament.

4. DEFINICIONS


Incidència: Esdeveniment que sobrevé en el curs d'un assumpte o negoci i té amb ell algun tipus de connexió, influència o repercussió.

Queixa: Acció de manifestar disconformitat amb algú o alguna cosa. Aquesta manifestació de malcontentament no implica l'existència d'una decisió prèvia.

Reclamació: Acció de demanar i exigir amb dret o amb instància alguna cosa. Aquesta manifestació implica la revisió d'una decisió prèvia, d'acord amb els procediments legals definits.

Suggeriment: Insinuació, inspiració, idea que suggereix. Aquest tipus de manifestació cal entendre-la com una opció que no requereix una resposta específica, però que com a mínim ha de considerar-se l'existència del justificant de recepció com a fórmula de resposta estàndard.

Felicitació: Expressió de satisfacció pel funcionament d'un procés o servei.

	370.3.7 GESTIÓ D'INCIDÈNCIES, RECLAMACIONS I SUGGERIMENTS	
---	---	---

5. DESENVOLUPAMENT DEL PROCÉS

5.1 Gestió de S-Q-R-F

L'Equip Directiu de la FOOT ha de definir i tenir actualitzat i suficientment difós a tots els grups d'interès interns i externs del centre, un únic canal d'atenció d'incidències que serà presentat a la Comissió Permanent per a la seva aprovació i que acomplirà els principis d'eficàcia i eficiència.

No obstant, mentre no es disposi de l'esmentat canal, les incidències (S-Q-R-F) es podran cursar a través de "[contacte](#)" de la pàgina web de la FOOT.

Els/les responsables dels serveis tècnics, de gestió i d'atenció, s'encarreguen de fer la recepció de les incidències, de lliurar els justificants de recepció als usuaris i de trametre-les a l'òrgan responsable corresponent, d'acord amb el canal prèviament establert. Aquest òrgan analitza i resol (queixa/reclamació) o decideix la viabilitat del suggeriment.

En cas de tractar-se d'una felicitació, el degà/ana és el/la responsable de fer-la arribar al destinatari/ria i de trametre l'agraïment a la persona que l'ha enviat.

L'òrgan responsable, en el moment de resoldre les queixes/reclamacions i la viabilitat dels suggeriments, determina si aquestes incidències representen una millora que s'hagi de tenir present en el futur. En cas afirmatiu, l'esmentada millora es comunica al vicedegà/ana de Qualitat/cap dels Serveis de Gestió i Suport perquè sigui tractada d'acord amb el procés *370.6.1- Anàlisi dels resultats*.


En qualsevol cas, la resolució de les queixes/reclamacions, així com l'acceptació de la viabilitat dels suggeriments, són comunicades a l'interessat/da, en un termini màxim de set dies hàbils, per l'òrgan responsable. Aquesta comunicació, per qui ha fet suggeriments, serà també d'agraïment.

Pel que fa a la queixa o reclamació s'ha de comunicar la decisió establerta de forma motivada tant si és positiva com negativa, indicant a la persona interessada, si s'escau, els procediments ulteriors de recurs (queixa) i legals de recurs (reclamació).

En cas que el reclamant no estigui d'acord amb la resolució de la seva queixa/reclamació emesa en primera instància per un òrgan del Centre, pot dirigir-se a a l'òrgan superior que la Universitat estableixi a tal efecte o al Síndic de Greuges.

Els serveis tècnics, de gestió i d'atenció, mentre no es disposi d'un aplicatiu que la FOOT té previst desenvolupar, obrirà un espai per a cadascuna de les incidències rebudes, on es recollirà la incidència (S-Q-R-F) i el comunicat amb la seva resolució.

La FOOT, per tal d'evitar les dificultats de gestió i de homogeneïtat de les SQRF, elaborarà un marc normatiu d'us.

	370.3.7 GESTIÓ D'INCIDÈNCIES, RECLAMACIONS I SUGGERIMENTS	
---	--	---

5.2 Control de Qualitat

El vicedegà/ana de Qualitat/cap dels Serveis de Gestió i Suport analitza la resolució de les incidències que s'han produït, detecta si ha hagut alguna inconsistència en el procés i determina les propostes de millora que s'hagin d'incorporar. Tot això, d'acord amb l'esmentat procés 370.6.1- *Anàlisi dels resultats*.

Així mateix, l'Equip Directiu ret comptes del desenvolupament de les incidències que hi hagin hagut, segons el procés 370.7.1 - *Publicació d'informació sobre titulacions*.

6. SEGUIMENT I MESURA

El/la responsable del procés, que és el òrgan que s'indica a la Taula resum de processos i responsabilitats que figura a l'Annex, apartat 2 del manual de qualitat (MQSGIQ), elabora un informe preliminar amb el seguiment i avaluació anual del sistema de recollida d'incidències i de les accions portades a terme. Per a això, es tindran en compte el temps de demora de l'enviament del justificant de recepció, els circuits que han recorregut els S-Q-R, així com l'anàlisi de les resolucions, amb especial atenció al temps que ha transcorregut des de l'inici i als efectes que la resolució pugui suposar per al Centre i per a la Universitat.

Per fer aquest seguiment utilitza els indicadors que figuren a l'Annex, apartat 2 d'aquest procés que han de permetre conciliar el grau de satisfacció dels grups d'interès i proposar les accions preventives i/o correctives per l'any següent, si s'escauen.

Aquest informe preliminar serveix com a base al vicedegà/ana de Qualitat per elaborar l'informe sobre els resultats del procés que es presenta a l'Equip Directiu per al seu debat i aprovació.

7. EVIDÈNCIES

Identificació de l'evidència	Suport de l'arxiu	Responsable custòdia
Acta/Document relatiu al canal d'atenció d'incidències	Paper i/o informàtic	Punt de qualitat
Imprès formalitzat	Paper i/o informàtic	Punt de qualitat
S-Q-R-F web	Paper i/o informàtic	Punt de qualitat
Comunicat a l'implicat/la implicada o reclamant	Paper i/o informàtic	Punt de qualitat

Els documents actius que siguin necessaris pel desenvolupament dels programes formatius es conserven a l'arxiu SAIQ fins a nova proposta. Els informes, les actes i les memòries estaran accessibles a l'arxiu del SAIQ durant 6 anys, després dels quals es procedirà segons marqui la llei sobre gestió documental.

	370.3.7 GESTIÓ D'INCIDÈNCIES, RECLAMACIONS I SUGGERIMENTS	
---	---	---

8. RESPONSABILITATS

A l'Annex, apartat 3 d'aquest procés figuren els òrgans responsables i el detall de les activitats que tenen assignades.

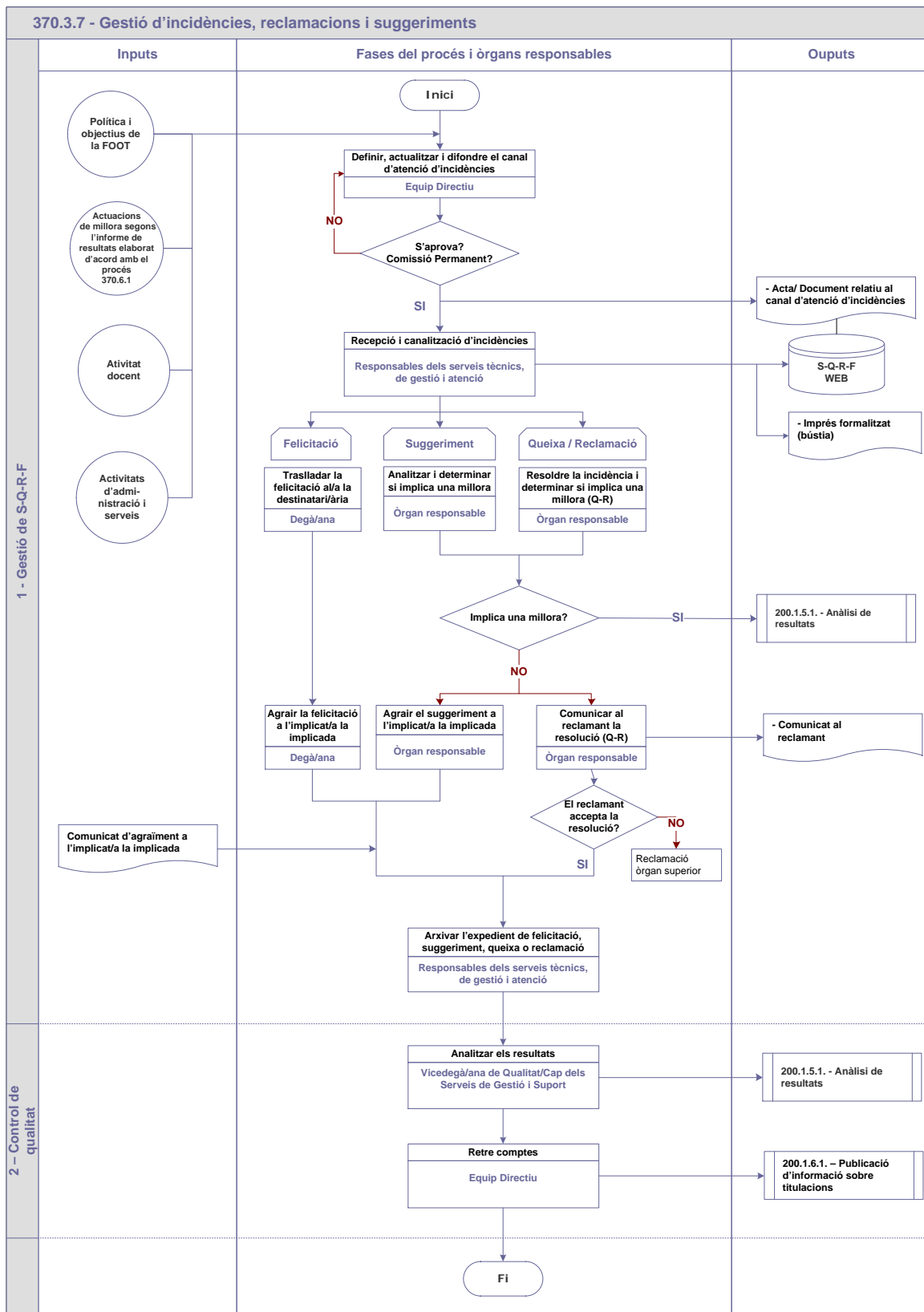
9. FITXA RESUM


RESPONSABLE DE PROCÈS		Vicedegà/ana de Qualitat
ÒRGAN RESPONSABLE		Equip directiu – Comissió Permanent
GRUPS D'INTERÈS	IMPLICATS I MECANISMES DE PARTICIPACIÓ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Professorat, estudiantat i PAS Poden exercir el seu dret a participar realitzant queixes, reclamacions i suggeriments a través dels canals i procediments establerts. ▪ Equip directiu Mitjançant l'exercici de les responsabilitats descrites en el procés, així com amb les seves reunions i documents derivats de l'exercici de les seves responsabilitats de direcció. ▪ Egressats, ocupadors, institucions públiques, serveis contractats Participant en las seves valoracions.
	RENDICIÓ DE COMPTES	Una vegada la Comissió Permanent ha aprovat la definició i actualització dels canals d'atenció per recollir les incidències, l'equip directiu, fa la rendició de comptes, d'acord amb el procés 200.1.6.1. - <i>Publicació d'informació sobre titulacions.</i>
MECANISMES DE PRESA DE DECISIONS		Vegeu els apartats 5 de desenvolupament del procés i 6 de seguiment i mesura.
RECOLLIDA I ANÀLISI D'INFORMACIÓ		Els serveis tècnics, de gestió i atenció fan la recepció i la canalització de les incidències rebudes i els òrgans responsables analitzen aquestes determinant si les S-Q-R-F poden implicar una millora.
SEGUIMENT, REVISIÓ I MILLORA		El/la responsable del procés, que és el òrgan que s'indica a la Taula resum de processos i responsabilitats que figura a l'Annex, apartat 2 del manual de qualitat (MQSGIQ), elabora un informe preliminar amb el seguiment i avaluació anual del sistema de recollida d'incidències i de les accions portades a terme. Per a això, es tindran en compte el temps de demora de l'enviament del justificant de recepció, els circuits que han recorregut els S-Q-R, així com l'anàlisi de las resolucions, amb especial atenció al temps que ha transcorregut des de l'inici i als efectes que la resolució pugui suposar per al Centre i per a la Universitat.

	370.3.7 GESTIÓ D'INCIDÈNCIES, RECLAMACIONS I SUGGERIMENTS	
---	--	---

	<p>Per fer aquest seguiment utilitza els indicadors que figuren a l'Annex, apartat 2 d'aquest procés que han de permetre conciliar el grau de satisfacció dels grups d'interès i proposar les accions preventives i/o correctives per l'any següent, si s'escauen.</p> <p>Aquest informe preliminar serveix com a base al vicedegà/ana de Qualitat per elaborar l'informe sobre els resultats del procés que es presenta a l'Equip Directiu per al seu debat i aprovació.</p>
--	---

10. FLUXGRAMA



	370.3.7 GESTIÓ D'INCIDÈNCIES, RECLAMACIONS I SUGGERIMENTS	
---	---	---

ANNEX

1. REFERÈNCIES/NORMATIVES

En aquest apartat es detallen les referències i les normatives vinculades al procés.

Internes

- Normativa de permanència. Aprovada per la Comissió d'Avaluació Acadèmica (CAA) el 14/12/2009.
<http://foot.upc.edu/els-estudis/goo/normativa-academica/normativa-de-permanencia>
- Normativa acadèmica d'avaluació curricular. Aprovada a la Comissió d'Avaluació Acadèmica (CAA) el 16/06/2010.
<http://foot.upc.edu/els-estudis/goo/normativa-academica/avaluacio-curricular>
- Normativa acadèmica sobre canvi de modalitat d'estudis (de presencial a semipresencial). Aprovada per la Comissió d'Avaluació Acadèmica (CAA) el 21 d'abril de 2010.
<http://foot.upc.edu/els-estudis/goo/normativa-academica/canvi-de-modalitat-de-presencial-a-semipresencial-i-a-linreves>
- Normativa acadèmica sobre convalidació de crèdits entre cicles formatius de grau superior amb estudis universitaris de grau. Aprovada per la Comissió d'Avaluació Acadèmica (CAA) el 20 d'abril de 2009.
<http://foot.upc.edu/els-estudis/fixers/grau/convalidacio-cfgs-a-grau>
http://www.upc.edu/aprendre/estudis/acces/estudis-de-grau#acces_cfgs
- Normativa acadèmica sobre el Treball de Fi de Màster (TFM). Aprovada per la Comissió d'Avaluació Acadèmica el juny de 2010.
<http://foot.upc.edu/els-estudis/muocv/treball-final-de-master>


Externes

Quant al marc normatiu extern al Centre, vegeu l'Annex II del document "Presentació dels Sistemes de Garantia Interna de la Qualitat de la UPC (SGIQ).

2. INDICADORS

- Nombre d'incidències.
- Temps mitjà de resolució.

L'Equip Directiu té la facultat de definir nous indicadors o modificar els existents, en funció de les necessitats que requereixi el seguiment d'aquest procés.

	370.3.7 GESTIÓ D'INCIDÈNCIES, RECLAMACIONS I SUGGERIMENTS	
---	---	---

3. RESPONSABILITATS

Degà/Degana:

- Traslladar la felicitació al/a la destinatari/destinatària de la mateixa i agrair al implicat.

Equip Directiu:

- Definir, actualitzar i difondre el canal d'atenció d'incidències i presentar-lo a la Comissió
- Permanent per a la seva aprovació.
- Retre comptes als grups d'interès.

Comissió Permanent:

- Aprovar els informes presentats per l'equip directiu sobre la política, objectius i programació de les accions d'orientació de l'any acadèmic així com el de resultats i propostes de millora.

Òrgans responsables:

- Analitzar els suggeriments, resoldre les queixes/reclamacions i determinar si impliquen millores.

Vicedegà/ana de Qualitat/Cap dels serveis de gestió i suport:

- Elaborar l'informe de resultats, indicadors i propostes de millora d'acord amb el procés 370.6.1 - *Anàlisi dels resultats*.

Responsables dels serveis (Serveis tècnics, de gestió i d'atenció):

- Rebre, canalitzar, resoldre, si escau, i arxivar les incidències.