

FSGC-P02-02: Informe de Gestión

FACULTAD DE MEDICINA CURSO 21-22

Elaborado:	Aprobado:
Comisión Garantía Calidad	Junta de Facultad
Fecha: xxx	Fecha: xxx

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO

Denominación del Centro	Facultad de Medicina
Código RUCT	11006589
Universidad	Universidad de Cádiz
Enlace al SGC	https://medicina.uca.es/conocenos/sistema-de-garantia-de-calidad/
Títulos incluidos en el SGC	Graduado o graduada en Medicina Máster Universitario en Biomedicina
Títulos no incluidos en el SGC	Máster Interuniversitario en Iniciación a la Investigación en Salud Mental

I) PRESENTACIÓN DEL CENTRO

La Facultad de Medicina de la UCA está [ubicada en el Campus de Cádiz](#), campus urbano situado en el centro de la ciudad. Actualmente está integrada por un total de unos 1110 estudiantes, 159 profesores e investigadores, 1217 Facultativos especialistas del Servicio Público de Salud de Andalucía que desempeñan la labor de tutores de prácticas clínicas en los [Hospitales Universitarios Puerta del Mar, Puerto Real y Jerez, así como los distritos de Atención Primaria](#) de la Provincia de Cádiz y 12 profesionales de administración y servicios. En nuestro centro imparte tres títulos de Grado [en Medicina](#), [Máster en Biomedicina](#) y [Máster Interuniversitario en Iniciación a la investigación en Salud Mental](#) y participa en la [Escuela de Doctorado de la Universidad](#).

El centro dispone de unas [excelentes infraestructuras](#) renovadas en el año 2019 y adaptadas a las particularidades de nuestra docencia y a las necesidades del Espacio Europeo de Educación Superior (sala de disección, sala de microscopía óptica, taller de habilidades clínicas, laboratorio de fisiología, bioquímica, microbiología, medicina legal, neurociencias y animalario). La [ubicación y aforo](#) de las dependencias en el centro está disponible para el alumnado en nuestra web. A esto se une la Biblioteca de Ciencias de la Salud, las Aulas Magnas y el Salón de Grados.

Nuestra labor docente se compagina con una actividad investigadora reconocida que se vehiculiza principalmente a través del [Instituto Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz](#).

La [historia de nuestro centro](#) se inició al comienzo del siglo XVIII (1718) en lo que era el Hospital Real de Cádiz, actual sede de dependencias de la UCA junto a la actual Facultad, de la mano del Cirujano Mayor de la Armada, de origen francés, Jean La Combe (castellanizado Juan Lacomba), José Patiño o Zenón de Somodevilla y Pedro Virgili, cirujano Mayor del Ejército Pedro que creó el "Real Colegio de Cirugía de la Armada" (1748). En 1791, va a conseguir lo que desde el primer momento se pretende sin decirlo, la unión en una sola carrera, de las dos profesiones hasta el momento separadas: la Medicina y la Cirugía. Esto posteriormente se extiende primeramente a Montpellier y luego a toda Europa.

En la actualidad, la Facultad cuenta con un [Equipo decanal](#) elegido en enero de 2020 con una clara delimitación de funciones disponibles de manera pública, así como con el resto de los [órganos de gobierno estatutarios](#): Junta de Facultad, Comisión de Garantía de Calidad y la Junta Electoral de centro.

Para la implementación en su seno del [Plan Estratégico de la Universidad PEUCA3](#), desarrollando la Misión, Visión y Valores de la UCA, la Facultad cuenta con un [Plan Director](#) del centro, alineado de manera clara con dicho plan estratégico; así

como una [Política](#) y [Objetivos Estratégicos de Calidad](#) del centro alineados con la [Política de calidad](#) y [Objetivos estratégicos de la UCA](#) . Para el correcto seguimiento de su implementación con los adecuados estándares de calidad propios de una institución pública como la nuestra, y para dar respuesta y rendir cuentas a sus grupos de interés a la sociedad en general que además la financia, la Facultad cuenta con su [Sistema de Garantía de Calidad](#).

II) REVISIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DEL CENTRO

El [Sistema de Garantía de Calidad de la Facultad de Medicina](#), para dar respuesta al [Plan Director](#) de la Facultad, en virtud de su [Política](#) y [Objetivos Estratégicos de Calidad](#), despliega en su totalidad el Sistema de Garantía de Calidad de los centros de la UCA e incorpora procedimientos y en su caso indicadores específicos en función de su realidad y de sus necesidades de mejora. Nuestro sistema ha presentado modificaciones en el ciclo de mejora que este informe de gestión cierra, tanto a nivel de los Procesos del Sistema de Garantía marco para los centros de la UCA, como en lo referente a la incorporación dentro del sistema de Procedimientos específicos del centro que concretan aspectos específicos de los procesos del sistema de garantía marco de la UCA asumidos por el centro. Hasta el momento, sólo en dos ocasiones del todo necesarias se han creado y documentados dos nuevos indicadores; el resto de los procedimientos eran claramente medibles con los indicadores de sus procesos ya definidos.

El [Sistema de Garantía de Calidad de la Facultad](#) vigente es fruto de un proceso de revisión y mejora continua desde el primer diseño del **SGC en la UCA** en 2008 hasta la última revisión realizada en febrero de 2023. El primer SGC de la UCA, certificado dentro de la convocatoria AUDIT de la ANECA, fue realizado en el marco de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de Cádiz y la Facultad de Enfermería de Algeciras y recibió su evaluación positiva en noviembre del 2008. En el Consejo de Gobierno de 15 de diciembre de 2008 se aprueba la versión 01 del SGC de los títulos de la UCA. En noviembre de 2010 todos los Centros de la UCA habían aprobado y evaluado positivamente el diseño del SGC de la Universidad.

Este sistema de la UCA ha sido **revisado y actualizado en varias ocasiones** (historial en <https://ucalidad.uca.es/> > Pestaña “Sistema de Garantía de Calidad”) fruto de su constante despliegue, adaptándolo a las circunstancias de cada momento y en aplicación de la mejora continua. En diciembre de 2017 se contempló por primera vez en una revisión del sistema, la adecuación del mismo al programa IMPLANTA con el objetivo de solicitar la Acreditación Institucional para los Centros de la Universidad.

Ante la experiencia de los últimos años, con la total renovación de la acreditación de los títulos de grado y una casi totalidad de los de máster, las experiencias de dos Centros de la UCA en el Programa IMPLANTA de la ACCUA, y de cara al nuevo escenario de la Acreditación institucional, se planteó una revisión del SGC de la UCA (títulos de Grado y Máster) en 2021.

En principio, se detectan 3 puntos débiles fundamentales:

1. Excesivo número de indicadores
2. Organización de los procedimientos que no se corresponden con los requisitos para la certificación de la implantación del Sistema
3. Organización de la información necesaria de los resultados de los títulos y del Centro insuficiente y dispersa.

A medida que se avanzaba en la revisión y, tras la última experiencia de participación en el programa IMPLANTA, se añade un punto débil “de especial seguimiento”: el enfoque debe estar en el Centro, no en los títulos, aunque sin perderlos de vista. Esto supone un CAMBIO DE PARADIGMA. Este análisis dió lugar una nueva revisión del Sistema, la versión 3.0,

convirtiéndolo en el **Sistema de Garantía de Calidad de los Centros de la UCA**, adaptándose a ese nuevo paradigma dirigido al reconocimiento de la Acreditación Institucional para todos los Centros de la Universidad, siendo aprobada por Consejo de Gobierno el 28/06/2021 (BOUCA 334).

Tras un año de implantación de esta versión enfocada a los Centros, se han detectado debilidades o falta de elementos en el Sistema necesarios para la mejora de la gestión de la calidad de los Centros lo cual generó una sensible revisión de la versión 3.0, la segunda, realizada al inicio del 2023 y que ha entrado en vigor el 1 de febrero de 2023.

La última modificación del SGC de los Centros de la UCA y la decisión aprobada por la CGC y la Junta de Facultad de solicitar la evaluación de nuestro Sistema a través del programa IMPLANTA de la ACCUA en su convocatoria de 2023, ha supuesto una profunda revisión de nuestros procedimientos de gestión y **su inclusión en nuestro SGC** de procedimientos específicos del Centro asociados a los procesos del sistema que les corresponda, al objeto de desarrollar aspectos concretos de nuestra gestión sujetos a análisis y mejora; todo ello respetando el SGC de los Centros de la UCA marco. Junto a ello, sabiendo que es necesario reducir el número de indicadores, se han incluido aquellos indispensables para un adecuado seguimiento del procedimiento del centro relacionado, siempre como la documentación reglada necesaria. La **motivación que genera la necesidad de la inclusión** de estos procedimientos [queda recogida de manera clara en el "Objeto" de cada uno de ellos](#).

Los cambios introducidos en esta última y reciente revisión del SGC de enero'23 de los centros de la UCA y los procedimientos específico incorporados asociados a los procesos durante las semanas previas a la elaboración de este informe de gestión, se resumen en el siguiente cuadro:

Documento	Modificación	Página/s
Manual de Calidad	Inclusión P08- Proceso de auditoría interna	19 y 20
P01: Proceso difusión de la información	1. Inclusión referencia a la rendición de cuentas 2. Eliminación auditoría de IPD (traslado al nuevo P08) 3. Inclusión del Procedimiento: <ul style="list-style-type: none"> ● P01-PFM01 Plan de Comunicación 1.0 del centro (En proceso de modificación de la versión 1.0 para desagregar por Grupos de interés e incorporar la nueva Planificación de Rendición de cuentas) 	1
P02: Proceso para la revisión del Sistema de Gestión de Calidad del Centro	1. Redefinición objeto del proceso: inclusión de la planificación y mejora del sistema 2. Inclusión análisis interno y externo; riesgos y oportunidades 3. Referencia a la revisión de los procesos por parte de los Centros así como la inclusión de procedimientos 4. Inclusión rendición de cuentas 5. Cambio formato Informe de Gestión	1, 2, 6
P03: Proceso de diseño, seguimiento y mejora de los programas formativos	Actualización por Reglamento títulos	1

<p>P04: Proceso para la gestión de los procesos de Enseñanza-aprendizaje</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inclusión Perfil de ingreso (antes en el P06) 2. Nuevo formato encuesta practicum 3. Inclusión de los Procedimientos del SGC (específicos del centro): <ul style="list-style-type: none"> ● P04 - PFM01 Procedimiento de Revisión de los Planes y Programaciones Docentes conforme a las Memorias de Títulos ● P04 - PFM02 Procedimiento de Planificación Anual de Actividades Docentes ● P04 - PFM03 Procedimiento de Distribución del Alumnado entre los Hospitales y de los Grupos de Prácticas ● P04 - PFM04 Procedimiento de Organización de las Prácticas Clínicas(En aprobación) ● P04 - PFM05 Procedimiento de Gestión de Tutores clínicos ● P04 - PFM06 Procedimiento de Planificación Anual de Exámenes ● P04 - PFM07 Procedimiento de Llamamientos Especiales de Exámenes y de Evaluación Global ● P04 - PFM08 Procedimiento de Trabajos Fin de Grado y Máster (TFGM) del Grado ● P04 - PFM09 Procedimiento de Trabajos Fin de Máster (TFM) ● P04 - PFM10 Procedimiento de Traslados y Reconocimiento de Créditos ● P04- PFM11 Procedimiento de Movilidad de Estudiantes de Medicina (En aprobación) ● P04 - PFM12 Plan de Contingencia ante Eventualidades en el Desarrollo de la Docencia 	<p>1, 4, 5, 6, 31 a 36</p> <p>13</p>
<p>P05: Proceso de gestión del personal académico</p>	<p>Nuevo modelo encuesta docencia</p>	
<p>P06: Proceso de gestión de recursos para el aprendizaje y apoyo al estudiante</p>	<p>Eliminación referencia Perfil de ingreso (trasladado al P04)</p> <p>Inclusión de los procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● P06 - PFM01 Procedimiento de Gestión de la Oficina de Ayuda al Estudiante de Medicina (OAEm) ● P06 - PFM02 Procedimiento de Acogida de Estudiantes de Medicina (En aprobación) ● P06 - PFM03 Procedimiento de Orientación Profesional de Estudiantes (En aprobación) 	

P07: Proceso de Medición de Resultados	Inclusión de los procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> ● P07 - PFM01 Procedimiento de Participación de los Grupos de Interés alumnado, profesorado y PAS ● P07 - PFM02 Procedimiento de Análisis de la Satisfacción de los Empleadores ● P07 - PFM03 Procedimiento de Análisis y Actuaciones ante BAUs e Incidencias Docentes 	
P08: Proceso de auditoría interna	Nuevo proceso	

III) EVIDENCIAS DE LA REVISIÓN DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD INTERNA DEL CENTRO

La Gestión de la Calidad Interna del centro se sustenta en la implementación del Sistema de Garantía Interno de Calidad (SGC) del Centro a través de un Ciclo de mejora anual, que adaptado a nuestra realidad se desarrolla como un mapa de procesos descrito en el [Manual del Sistema de Garantía de Calidad](#) en la página 9. Las fases cronológicamente hablando de nuestro ciclo son PLANIFICACIÓN > EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAS > MEDICIÓN, ANÁLISIS Y REVISIÓN. En el momento de la elaboración del presente Informe de gestión nos encontramos cerrando la fase de **Medición, análisis y revisión** del ciclo de mejora del curso 21-22 - Abril'23, y por lo tanto del [Plan de mejoras 22-23](#) aprobado hace ahora un año; así como y elaborando y aprobando la **Planificación del nuevo ciclo** de mejoras que se revisará en abril de 2024. Junto a ello se aprueba la [Planificación de Actuaciones del SCG](#) y la FSGC P02-03: [Planificación rendición de cuentas](#). El histórico del Plan de mejoras del centro se encuentra en el Colabora El histórico de estas planificaciones está disponible en el Colabora > [02 REVISIÓN SGC > 06 y 07 respectivamente](#).

La Medición, análisis y revisión que se desarrolla a continuación muestra el grado de cumplimiento de los objetivos estratégicos de calidad, analizando los resultados de los indicadores y las acciones de mejora desarrolladas relacionados con ellos, teniendo en cuenta el logro de las metas o estándares definidos de todos los indicadores para el ciclo de mejora que ahora cerramos. Éstos están disponibles en los [Resultados de los indicadores de mejora](#) del [Cuadro de mando de Centro](#). En estos resultados se muestra también la evolución de los resultados.

Desde una visión integradora del sistema en el ámbito del centro, aunque los objetivos estratégicos de calidad se establecen para su logro a nivel del centro y por lo tanto para todas sus titulaciones, las acciones de mejora y los indicadores deben ser considerado en función de nivel su agregación a nivel de centro o desagregación por títulos. Esto va a depender de cada uno de los criterios de este informe y dentro de ellos, inclusive en función del ámbito de mejora a desarrollar según se indican en la siguiente tabla:

	Agregar a nivel Centro	Desagregar a nivel Título
Criterio 1. Información Pública	X	
Criterio 2. Política de calidad	X	X (Diseño, verificación, Seguimiento, etc.)
Criterio 3. Personal docente e investigador		X
Criterio 4. Gestión de Recursos materiales y servicios	X	X
Criterio 5. Gestión y Resultados de los procesos de enseñanza y aprendizaje		X

Al objeto de lograr esa visión integradora en este Informe de gestión, se ha analizado a fondo los [Autoinformes y los Informes de la ACCUA](#) en los que constan sus recomendaciones activas, partiendo inicialmente de una visión integradora o agregada, pero discerniendo los aspectos que deben ser desagregados por títulos, debido a sus connotaciones diferenciadoras que generan acciones de mejoras específicas por título. En relación con ello, indicar que el título de Medicina presenta su [autoinforme 20-21 para el seguimiento por la ACCUA](#) en esta convocatoria, mientras que el [Autoinforme 20-21 del Máster](#) este año no está sujeto a seguimiento por la ACCUA, habida cuenta que [renovó su acreditación en el curso 19-20](#).

El análisis de los resultados de los indicadores constituye el elemento esencial del seguimiento del SGC como ya se ha indicado. No obstante, se considera muy importante el análisis de las actuaciones llevadas a cabo (Fase de Ejecución del Plan de Mejoras) que debe ser realizado en varias ocasiones durante el ciclo de mejora ([Seguimiento y cumplimiento del Plan de Mejoras](#) - Del [Cuadro de mando](#)) y no se circunscribire exclusivamente el momento puntual de la elaboración de este Informe. La Comisión de Garantía de Calidad las revisa periódicamente y aprueba informes relacionados con ella. En el [Cuadro de mando](#) se muestra el último informe de seguimiento de las acciones de mejora y en el [portal de transparencia](#) los informes previos de la CGC.

Del análisis de los resultados se evidencian en los autoinformes unas debilidades y se trasladan una recomendaciones de la ACCUA. Para cada una de ellas se establecen unos Planes de mejora de los títulos. Del análisis integrador de las debilidades y acciones de mejora de los títulos se genera el presente Informe de Gestión del centro y el Plan de Mejora del centro. En el primero se relacionan todas ellas con los objetivos del centro del ciclo que se cierra y se identifican posibles nuevos objetivos para el ciclo de mejora siguiente, todo a la luz del Plan Director del Centro. Las acciones del Plan de Mejora se establecen para desarrollar al nivel del centro o a nivel de títulos según su naturaleza y ámbito de aplicación. De esta forma, las debilidades, recomendaciones y acciones de mejora generan la necesidad de revisar y actualizar los Objetivos Estratégicos de Calidad al final de cada ciclo de mejora alineándose con el [Plan Director del centro](#), el cual está alineado con el Plan Estratégico De la Universidad versión 3 (PEUCA3). Esta alineación puede objetivarse en los [Objetivos Estratégicos de Calidad](#) donde se establece la correlación de cada Objetivo Estratégico de Calidad del Centro con los Objetivos Estratégicos de la UCA y cómo a cada uno de ellos están asociados sus correspondientes indicadores del SGC así como Indicadores estratégicos del PEUCA3.

Esta constatación nos lleva a realizar un primer análisis relacionado con el objetivo **OC 13 (4.8) Alinear el Centro con Plan Estratégico UCA**. Durante la CGC de 21.12.2022 se llegó a la conclusión de que se habían realizado todas las tareas necesarias para el logro de este objetivo tales como mostrar unos objetivos del Plan Director que corresponden con los Objetivos Estratégicos de Calidad alineados de manera clara con los Objetivos del PEUCA3 (Se indica entre paréntesis la numeración de los Objetivos en el PEUCA3), Además, las acciones de Mejora de los Planes de Mejora y las del Plan Director está relacionadas con las Acciones del PEUCA3. En el marco de la elaboración de este Informe podemos considerar que

dicho objetivo se ha logrado a la luz de los [indicadores estratégicos relacionados](#) del Plan director que están relacionados con los objetivos estratégicos de calidad. En el [Plan de mejoras hasta abril'23](#) concluido del ciclo que se cierra y en el nuevo [Plan de mejoras desde mayo'23](#) quedan ocultas y pueden mostrarse las columnas que muestran de manera clara este alineamiento.

Criterio 1. Información Pública

En relación con la información pública nuestro sistema contaba con dos objetivos. El primero de ellos es el **OC 19 Mejorar las estrategias de comunicación interna y externa de la Facultad**. En relación con estos objetivos las Acciones de mejora planteadas a desarrollar a nivel de Centro habida cuenta de la **agregación a nivel de centro** de este criterio con su seguimiento fueron:

- AM 01 Elaboración y aprobación del **Plan de Comunicación 2.0** de la Facultad de Medicina, al objeto adaptar mejor la información a cada grupo de interés y que pueda dar respuesta a una acreditación institucional del sistema. Esta tarea se dejó pendiente de afrontar para su inclusión como uno de los nuevos Procedimientos del Sistema en el proceso P01 Difusión de la información. Debido a la necesidad de alinear este plan con la primera Planificación de la rendición de cuentas aprobada recientemente, aún no se ha completado dicha acción de mejora. En el momento de la redacción, la CGC está trabajando en él, desde la visión que debe dar respuesta adaptadas a los diferentes grupos de interés.
- AM 02 **Reorganización de los contenidos de la web** en función de lo acordado en el plan de comunicación mostrando los documentos y resultados a los grupos de interés y la sociedad en respuesta a nuestra misión y visión con el sustento de nuestros valores, integrando los contenidos del grado y los másteres de manera equilibrada en el seno del centro. Durante el curso el trabajo realizado en este campo ha sido duro y provechoso. La Inspección General de Servicios realizó la Auditoría Interna sobre la Información pública disponible entre mayo y septiembre de 2022, previo al inicio del curso académico 22-23, siguiendo lo establecido en el Anexo II de la Guía para el Seguimiento de los Títulos Universitarios Oficiales de Grado y Máster (versión 05, de junio de 2021). El resultado de dicha Auditoría interna de la IPD fue altamente satisfactorio con un grado de cumplimiento del 100% a fecha de 30.09.2022. La evidencia se encuentra disponible en el Colabora "Implanta-Certificación SGC - Facultad de Medicina" (usuario: ; clave:) en la Biblioteca de documentos / IMPLANTA SGC v3.0 - GESTIÓN POR PROCESOS – MEDICINA / [carpeta "01 DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN"](#) > RSGC P01_01 Informe de Auditoría Interna. Con todo la CGC consideró en sus revisiones periódicas del plan de mejora concluida la AM2 del Plan de Mejoras del Autoinforme 20-21. En esta reorganización de los contenidos se ha tenido en cuenta e implementado la Recomendación Nº1 de Informe de renovación de la acreditación ACCUA (30/06/2020) del Máster: "Se recomienda completar el proceso de vinculación de la página web del máster a la de la Facultad de Medicina". Dicho proceso de vinculación se ha completado satisfactoriamente.

A pesar de lo acordado, los trabajos de actualización de contenidos en la Web han tenido que continuar y seguirán continuado dentro habida cuenta de nuestra solicitud del IMPLANTA en la convocatoria 2023. Durante las fechas de elaboración y aprobación de este Informe de gestión, se han actualizado muchos de los contenidos disponibles con el objetivo de mostrar las evidencias requeridas por la ACCUA en el marco de este programa de acreditación y se está procediendo la auditoría interna previa de estas evidencias. En la última reunión con el grupo de interés del alumnado disponible en el COLABORA > [07 RESULTADOS - PARTICIPACIÓN G.I. - BAUs - EMPLEADORES > 1 PARTICIPACIÓN GRUPOS DE INTERÉS EN REUNIONES](#), no se manifestó incidencia o sugerencia alguna relacionada con la difusión de la información a través de la Web.

El segundo de los objetivos es **OC 14 (5.1) Reforzar la Transparencia externa e interna, explorando y poniendo en marcha proceso de rendición de cuentas mediante la publicación de nuestros resultados de calidad**

En relación con el mismo, se han realizado la aprobación de la Planificación o cronograma de **rendición de cuentas** y la elaboración y aprobación del P07-PFM01 Procedimiento de Gestión de la [Participación de los grupos de interés alumnado, profesorado y PAS](#) , la elaboración y publicación del procedimiento P07-PFM03 Procedimiento de [Análisis y Actuación ante BAUs e Incidencias docentes del Centro](#) y la difusión pública de los informes de los BAUs

Del **análisis de los resultados de los indicadores** (ISGC-P01-01, ISGC-P01-02 y ISGC-P01-03), a pesar de haber colocado en la web toda la información pública considerada como necesaria según las orientaciones ACCUA y de un resultado del 100% favorable de la Auditoría de la información pública disponible por parte de la Inspección Gral de Servicios, se observa un leve descenso en el nivel de satisfacción del alumnado 3.82 (- 0.18), un valor similar en la satisfacción del PDI 3.89 (-0.04) y una mejora leve del PAS 3.9 (+0.14) con la información publicada por la Facultad. La no correlación del resultado de dicha auditoría interna y el aumento del nivel de satisfacción del alumnado puede deberse a que el momento de realización de la encuesta fue anterior a la conclusión de los trabajos de mejora de la información pública disponible que fue evaluada favorablemente al 100% posteriormente; aunque también podría serlo como consecuencia de ser necesario una mejora en el plan de comunicación al objeto de diferenciar de manera más clara los flujos de información en función de cada grupo de interés.

Ante la realidad de que los indicadores de satisfacción se encuentra por encima de los valores medios de UCA en cuanto a la satisfacción del alumnado (+0.39) y que los valores de los tres grupos de interés se aproximan mucho al valor meta o estándar (4.0) del centro y al objeto de no caer en redundancia entre objetivos, **la CGC ha tomado la decisión** de no incluir para el siguiente ciclo de mejora el objetivo OC 19 Mejorar las estrategias de comunicación interna y externa de la Facultad y mantener el **OC 14 (5.1) Reforzar la Transparencia externa e interna, explorando y poniendo en marcha proceso de rendición de cuentas mediante la publicación de nuestros resultados de calidad**, incluyendo en él todas las intenciones de mejora relacionadas con este criterio. Se consideró de esta forma debido a que para reforzar la transparencia es necesario mejorar las estrategias, y resultaría redundante establecer ambos objetivos. A dicho objetivo queda asociada la Acción de mejora del Plan Director **AC 19 Actualización del Plan de Comunicación 2.0** de la Facultad de Medicina, que pueda dar respuesta a una acreditación institucional del SGC de la Facultad., incluyendo en ella además la revisión del grado de implementación del mismo en cada grupo de interés (Alumnado, Profesorado y PAS) y el seguimiento de Cronograma de la rendición de cuentas.

Criterio 2. Política de calidad

La revisión de la Política de calidad se realiza anualmente al inicio de cada ciclo de mejora, analizando de manera integral la revisión de los Objetivos Estratégicos de Calidad realizada. Ésta se ha ejecutado incluyendo objetivos necesarios en función de debilidades o recomendaciones y analizando el logro de los Objetivos Estratégicos de calidad planteado en el ciclo que se cierra. Los objetivos estratégicos de calidad, forman parte del Plano director y se espera que se vayan logrando a través de los años de vigencia de dicho plan. A lo largo de los diversos criterios de este informe de gestión se realiza este análisis y la CGC acuerda o no mantener los objetivos o quizás plantear otros aún por desarrollar del Plan Director.

De igual manera, se establece de manera clara la correlación existente entre los objetivos de calidad y sus acciones de mejora, verificando su logro en función de los resultados de sus indicadores asociados en comparación con las metas o estándares previamente acordados. Puede inferirse de manera clara como en un número adecuado de casos se traduce la acción de mejora en resultados de mejora sobre las metas de sus indicadores, lo cual indica en unos casos el logro del

objetivo y por lo tanto su no inclusión en el ciclo siguiente. En otros casos sólo cierto grado del logro de los objetivos. También es cierto que en muy pocos casos la CGC ha visto la necesidad de reducir el valor de la Meta o Estándar habida cuenta del que se encontraba muy por encima del valor medio de la UCA y no era muy realista aspirar a tanto.

Desde una visión general del desarrollo del SGC del centro, la CGC, a la luz el elevado **número de objetivos y de sus acciones de mejora relacionadas**, ciertamente debido al elevado número de recomendaciones de la ACCUA (15 para el Grado y 8 en el Máster de Biomedicina que datan desde hace varios años), ha considerado necesario y prioritario que el centro se centre fundamentalmente en resolver esas recomendaciones y en afrontar las debilidades que con mayor urgencia sean necesario minimizar.

En cada uno de los objetivos se indican las decisiones que se toman en relación con el mantenimiento, modificación o supresión de la acción de mejora porque ha levantado el indicador o porque no se muestra como efectiva, este en muy pocos casos.

Es de destacar que nuestros primeros objetivos estratégicos de calidad datan de principios de mayo de 2022 y ha sido nuestro primer año. Antes no contábamos con objetivos y si con debilidades y recomendaciones ACCA en función resultados de indicadores, así como su acciones de mejora. Aunque la mejora es objetivable, la CGC considera que ciertamente podría haber sido mejor si el ciclo de mejora hubiera comenzado antes. Confiamos en que los resultados del presente curso 22-23 sean mejores; aunque el cambio de sistema de realización de las encuestas al que hay que adaptarse pueda introducir algún sesgo. Se considera que el sistema ha cogido madurez y se espera que los resultados sean mejores el próximo ciclo.

Los objetivos que ya no aparecen entre los objetivos del próximo ciclo de mejora son los que se indican a continuación. Ninguno de ellos cuenta con resultados de indicadores del SGC por debajo de la metas establecidas. Unos ya no aparecen porque han sido logrados, habida cuenta de que no cuenta ya con indicador de calidad por debajo de la meta; otro porque eran objetivos en respuesta de oportunidades de mejora que se han trasladado al tercer y último año del Plan Director. Se indican entre paréntesis de la numeración del objetivo en el Plan Director:

- OC 02 Actualizar y flexibilizar la oferta formativa adecuándose a las demandas sociales, teniendo en cuenta la importancia de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (1.2. PD) y OC 10 Consolidar la Facultad UCA como un Centro socialmente Responsable y comprometido con los ODS (Objetivos del Desarrollo Sostenible) (4.3. PD). Se aplaza el logro de estos objetivos para el siguiente ciclo, el tercer año del plan Director, debido a la necesidad de priorizar otras debilidades. Para dicho ciclo será una importante oportunidad de mejora y estará vinculado a la implementación de la nueva memoria donde esto se desarrolla. Ciertamente algo hemos avanzado en relación a estos objetivos, ya que los resultados de aprendizaje de la UCA relacionados con los ODS han sido incorporados ya las materias y asignaturas de la nueva modificación memoria que les corresponde y solo quedaría bajar más hacia los contenidos, didáctica y evaluación de esos resultados.
- OC 07 (2.3) Favorecer la mejora de tasas de graduación, tasas de abandono y rendimiento de nuestros títulos. La CGC considera que no deben incluirse en la actualización debido a que todas estas tasas tienen unos resultados de indicadores claramente por encima de las metas.
- OC 11 Consolidar y avanzar en la administración electrónica de los procesos de gestión de la Facultad apostando decididamente por “Cero papel” (4.4. PD). La CGC ha considerado que este objetivo se ha logrado habida cuenta que ninguna gestión administrativa del centro requiere el uso del papel, lo cual se considera un gran logro. Este objetivo no tenía indicadores del sistema relacionados.
- OC 12 Reducir impactos medioambientales promoviendo las “Reutilización “ y el “Reciclaje” en la medida de

nuestras posibilidades (Dos de las “3R”) (4.5. PD). La CGC ha considerado que el objetivo se ha logrado habida cuenta que todo lo planteado relacionado con la separación, uso de plantas, disminución del consumo eléctrico, etc. se la logrado como estaba previsto. Este objetivo no tenía asociado indicador del SGC relacionado.

- OC 13 Alinear el Centro con Plan Estratégico UCA (4.8. PD). Las evidencias y argumentos presentados al inicio del criterio III demuestra de manera clara esta alineación con la confianza de que esta no tiene marcha atrás, lo justifica la supresión de dicho objetivo del listado anual.
- OC 15 Divulgar buenas prácticas relacionadas con la transparencia del centro (5.4 DP). La política y calendario de rendición de cuentas, el procedimiento de participación de los grupos de interés, el completo cuadro de mando, el espacio específico como portal de transparencia, nos indica que se ha logrado este objetivo de calidad. Cabe destacar que se mantiene el objetivo OC 14 (5.1) Reforzar la Transparencia externa e interna, explorando y poniendo en marcha proceso de rendición de cuentas mediante la publicación de nuestros resultados de calidad, habida cuenta debemos reformar nuestro procedimiento de rendición de cuentas y de participación de los grupos de interés ya que nos queda aún margen para la mejora.
- OC 17 Revisar las responsabilidades de gestión del PAS adscrito al centro, aplicando en la medida de nuestras posibilidades políticas de retención de talento (5.4. DP). Los resultados de los indicadores, los incidentes no detectados y el buen funcionamiento del PAS del centro, llevan a la CGC a considerar que después de un año no existe debilidad en este campo y por lo tanto el objetivo se ha logrado.
- OC 19 Mejorar las estrategias de comunicación interna y externa de la Facultad, por resultar redundante con el OC 14 sobre reforzar la Transparencia interna y externa que se mantiene.

Por otra parte indicar que el plan de mejoras se indican **las acciones de mejora relacionadas con las recomendaciones de la ACCUA** que tras la realización de las acciones y con las evidencias informadas, solo estamos a la espera de que sean consideradas resueltas por la ACCUA en su informe del título correspondiente. Igualmente se mantienen los objetivos relacionados con las mismas. Tras la recepción de los informes de seguimiento de los títulos correspondientes de la ACCUA, la CGC actualizará el Plan de Mejoras y los Objetivos Estratégicos de Calidad en su caso en función de las recomendaciones definitivamente resueltas, de nuevas recomendaciones y de las acciones de mejora necesarias para su subsanación.

Es importante indicar que los objetivos que ya no aparecen en el Plan de mejora no desaparecen del Plan Director, ya que éste tiene una vigencia de 3 años.

Junto a ello la CGC en el marco de la aprobación de este informe acordó en el marco de la elaboración de este informe, a la luz de la evolución de los resultados y la apuesta constante por la mejora, modificar las metas de los siguientes indicadores

- ISGC-P06-09: Grado de satisfacción del alumnado con los recursos materiales e infraestructuras del título: Subir para ambos títulos y fijarlo con meta del indicador de centro de 3.3 a 3.8
- ISGC-P06-08: Grado de satisfacción del alumnado con los programas y actividades de orientación profesional. Habida cuenta que el valor medio de este indicador de la UCA es 2.83, subir la meta del indicador del grado de medicina de 2.5 a 3 y bajar la meta del indicador del máster de 4.00 a 3.00 igualándolo en una única meta para el centro. Los resultados actuales de ambos títulos se encuentran por debajo de la meta establecida 2.54 grado y 2.3 máster y se plantea una acción de mejora en este campo para el centro a desarrollar por ambos títulos.
- ISGC-P04-15: Grado de satisfacción del alumnado que participa en redes de movilidad (Nacional e Internacional/Entrantes y Salientes). Se baja de 4 a 3.5 habida cuenta que la media de la UCA es 3.19.

En la CGC 19 de abril de 2023, tras la aprobación definitiva del presente Informe de gestión elaborado en dos sesiones de trabajo de la Comisión se aprobó por asentimiento la modificación de los Objetivos Estratégicos de Calidad en consonancia a lo aquí informado.

Del análisis de la adecuación de [Política de calidad](#) aprobada en 20 mayo'22 y revisada el 22 febrero'23 con los Objetivos estratégicos de calidad ahora revisados **se deduce una clara correlación** para el nuevo ciclo de mejora que ahora se inicia por lo cual al final del análisis la CGC acordó proponer a la Junta de Facultad de final de abril mantener la vigencia de dicha política, habida cuenta que dicha política establece unos objetivos generales que en todo momento de una manera directa o indirecta debe desarrollar el Centro para su mejora continua y que concreta las Misión, visión y valores de nuestro Plan director, el cual solo tiene un año de vigencia.

En otro orden de cosas relacionadas con este criterio debemos informar que las **recomendaciones relacionadas con el Sistema de Garantía de Calidad** en el marco del seguimiento de los títulos por la ACCUA son las siguiente y están encuadradas dentro del siguiente objetivo:

OC 18 Potenciar la imagen y reputación corporativa de la Facultad entre los diferentes grupos de interés (7.2. PD)

Se vinculan a este objetivo las siguiente recomendaciones de la ACCUA:

- **Recomendación 1 del Grado de Medicina** Se recomienda obtener **indicadores significativos de todos los agentes implicados** en el Título (estudiantes, profesorado, PAS, egresados/as, empleadores/as y tutores/as en prácticas), incluyendo el tamaño de la muestra y el número de encuestas respondidas, los valores medios y la desviación típica. En relación con ella debemos informar que en el Sistema de Información de la Universidad de Cádiz (<https://sistemadeinformacion.uca.es>) de la Universidad de Cádiz y públicamente en el [Cuadro de mando](#) de nuestra web, están disponibles los resultados de los indicadores requeridos por la ACCUA. En relación con esta recomendación ya solo queda pendiente la recogida de la satisfacción de los empleadores por lo cual la CGC acuerda **mantener las acciones** de mejora del Plan Director **AC 06.04b y AC 18.1** Realizar reuniones y grupos de discusión con empleadores (el personal de SAS, etc.) y encuestas de satisfacción a egresados. Completar y mejorar los procedimientos destinados a recoger la satisfacción de empleadores, elaborando e implementando el P07 - PFM02 - Procedimiento de participación y análisis de la satisfacción de los empleadores.
- **Recomendación nº 02 de Máster de Biomedicina** del Informe de renovación de la acreditación ACCUA* 30/06/2020: Se recomienda completar y mejorar los procedimientos destinados a recoger la **satisfacción de egresados y empleadores**. Los indicadores de satisfacción de egresados están actualizados, los valores de ambos títulos es de 3, coincidente con el valor meta o estándar que también es de 3 (Datos hasta el curso 2019-20). Para recabar el grado de satisfacción de los empleadores con las competencias adquiridas por los egresados durante sus estudios, la CGC en el marco de este informe acuerda elaborar e implementar la acción de mejora del Plan Director **AC 06.09** "Completar y mejorar los procedimientos destinados a **recoger la satisfacción de empleadores**, elaborando e implementando el el **P07 - PFM02** - Procedimiento de participación y análisis de la satisfacción de los empleadores". La información obtenida se utilizará para realizar los correspondientes análisis y valoraciones necesarios para el seguimiento de los títulos y de las estrategias de mejora del Centro.
- **Recomendación nº 8 del Máster de Biomedicina** del Informe de renovación de la acreditación ACCUA* 30/06/2020: Se recomienda incorporar la satisfacción de egresados y empleadores a los procesos de análisis y mejora de la titulación. Acción de mejora no. 1: La satisfacción de los egresados del curso de egreso 2019/20 se ha

analizado en el autoinforme del máster. Acción de mejora no. 2: Para recabar información sobre la satisfacción de los empleadores con las competencias adquiridas por los egresados durante sus estudios, el Centro facilitará la participación de este grupo de interés en las Comisiones que estime conveniente, siendo aconsejable que se produzca ese encuentro una vez al año, dejando constancia del mismo. La información obtenida se utilizará para realizar los correspondientes análisis y valoraciones necesarios para el seguimiento de los títulos y de las estrategias de mejora del Centro.

En relación con éstas dos últimas recomendaciones, la CGC acordó en el proceso de elaboración de este informe de gestión, la elaboración, aprobación e implementación del procedimiento específico del centro **P07 - PFM02 Procedimiento de participación y análisis de la satisfacción de los empleadores**, que en momento de la elaboración de este informe está su borrador en fase de elaboración

- **Recomendación nº 03 del Máster de Biomedicina** del informe de renovación de la acreditación ACCUA* 30/06/2020: Se recomienda mejorar la **implementación del plan de mejora** de la titulación. En relación con ello se informa que se han puesto en marcha todas las acciones de mejora destinadas a dar respuesta a las recomendaciones recibidas.

Para finalizar este criterio indicar que los aspectos relacionados con los aspectos de mejora en el diseño y modificación del título de medicina ha sido incluido dentro del Criterio 5.

Criterio 3. Personal docente e investigador

La gestión de seguimiento de la calidad relacionada con el Personal docente e investigador presenta una clara desagregación por títulos. A la luz de los autoinforme de los títulos 20-21 y 21-22 en análisis de este criterio es distinto entre el Grado y el Máster. Éste segundo informo significativas fortalezas el ejercicio anterior a diferencia del grado de medicina, que además se mantienen para el ejercicio 21-22. Los objetivos relacionados con este criterio y las acciones implementadas relacionadas han sido:

OC 16 (6.1) Analizar, identificar y transmitir a los departamentos las necesidades de plantilla del profesorado de las asignaturas de los títulos del centro va dirigido fundamentalmente al grado de medicina.

Las acciones de mejora para su logro han sido:

- Ante la **Recomendación 7 de la ACCUA** consistente en **mejorar el análisis** sobre la situación del profesorado del Grado en cuanto a experiencia docente e investigadora". La acción de mejora desarrollada ha sido "AM 14 **Explicitar de manera más clara** en los autoinformes e informes de gestión la situación del profesorado en relación con la experiencia docente e investigadora - Currículums normalizados el Profesorado en la WEB de la Facultad" En relación con ella del análisis realizado en el autoinforme del título a partir de los datos recogidos en el ANEXO II del autoinforme del título y el resultado del indicador ISGC-P05-02:Distribución y características del personal académico del título., debemos informar que:
 - ◆ El 65,6% de todo el profesorado, incluido los profesores asociados de ciencias de la salud y profesores sustitutos interinos, presentan el grado de Doctor, el resto presenta un nivel de Máster en su formación, lo cual consideramos un porcentaje bastante aceptable.

- ◆ Los méritos docentes e investigadores (quinquenios y sexenios) adquiridos por el profesorado estructural que imparte docencia en el título ha aumentado en el curso 21/22 y son garantía del nivel de la calidad y experiencia necesarias para llevar a cabo correctamente la docencia asignada.
 - ◆ Del análisis de los resultados del [21-22 Informe Participación Profesorado formación, innovación y evaluación \(Docencia\)](#) disponible en el Colabora > 05 Personal Académico se deduce la necesidad de aumentar la participación del profesorado en programas de formación e innovación.
 - ◆ En el profesorado no estructural dispone de acreditación suficiente según los criterios de ANECA para la obtención de dichos méritos.
 - ◆ El número de profesorado asociado de ciencias de la salud y tutores clínicos y su perfil corresponden a las necesidades de la titulación del grado de medicina, donde el estudiante debe adquirir habilidades y competencias clínicas.
 - ◆ En virtud de estos datos, las reuniones con las direcciones de los Departamentos y Comisión de Contratación de la Universidad se evidencia que aun existiendo un número adecuado de profesorado asociado de ciencias de la salud, es necesario seguir aumentando el número de profesorado estructural principalmente el vinculado a centros asistenciales y, especial importancia en el Departamento de Cirugía
 - ◆ Se ha colocado en espacio específico para el Profesorado y PAS en la web con acceso al Portal del Investigador y a los Anexos del Autoinforme del título con los datos de todo el profesorado.
 - ◆ En el momento de la aprobación del presente informe estamos a la espera del informe de la ACCUA a seguimiento del título. Mientras que las recomendaciones de la ACCUA no sean suprimidas debemos mantener activa las acciones de mejora relacionadas. Esto es de aplicación a las demás recomendaciones al título de la ACCUA.
- Junto a ello, de la mano del responsable del equipo decanal de todo lo relacionado con personal académico y PAS que en concreto es el Decano, se ha colaborado con los departamento en las siguientes tareas y plazas:
- ❖ CURSO 21-22:
 - Asistencia con voz y voto a todas las Comisiones de Contratación de Profesorado de la Universidad de Cádiz de la Universidad de Cádiz en las que exista una plaza de profesorado adscrito a la Facultad de Medicina. (Periodicidad aproximada cada 15 días)
 - Profesorado de Ciencias de la Salud (Forense) Colaboración media del decanato
 - Profesorado de Ciencias de la Salud (Medicina Interna) Colaboración alta del decanato
 - Profesorado de Ciencias de la Salud (Anatomía Patológica) Participación en comisión de contratación profesorado
 - Profesorado de Ciencias de la Salud (Cirugía) Participación en comisión de contratación profesorado
 - Profesorado de Ciencias de la Salud (Pediatria) Participación en comisión de contratación profesorado
 - Profesorado de Ciencias de la Salud (Microbiología) Participación en comisión de contratación profesorado
 - Profesorado de Ciencias de la Salud (Urología) Participación en comisión de contratación profesorado
 - Profesorado de Ciencias de la Salud (Traumatología) Participación en comisión de contratación profesorado
 - Profesorado de Ciencias de la Salud (Radiología) Participación en comisión de contratación profesorado
 - Profesorado de Ciencias de la Salud (Obstetricia y Ginecología) Participación en comisión de contratación profesorado
 - Profesorado de Ciencias de la Salud (Psiquiatria) Participación en comisión de contratación profesorado
 - Profesor Ayudante Doctor (Bioquímica) Participación en comisión de contratación profesorado

- Cambio de área de Histología a Biología Celular Colaboración alta del decanato
- Incorporación de Ramón y Cajal al área de Biología Celular Colaboración alta del decanato

- ❖ CURSO 22-23:
 - Asistencia con voz y voto a todas las Comisiones de Contratación de Profesorado de la Universidad de Cádiz de la Universidad de Cádiz en las que exista una plaza de profesorado adscrito a la Facultad de Medicina. (Periodicidad aproximada cada 15 días)
 - Profesorado de Ciencias de la Salud (Medicina Interna) Colaboración alta del decanato
 - Profesorado de Ciencias de la Salud (Cirugía) Participación en comisión de contratación profesorado
 - Profesorado de Ciencias de la Salud (Psiquiatría) Participación en comisión de contratación profesorado
 - Ampliación de duración de Contratado anual de Profesorado de Ciencias de la Salud (Rehabilitación) Colaboración alta del decanato
 - Ampliación de duración anual de Contratado de Profesorado de Ciencias de la Salud (Medicina Preventiva y Salud Pública) Colaboración alta del decanato
 - Profesorado de Ciencias de la Salud (Urgencias) Colaboración alta del decanato
 - Incorporación de Emergía al área de Bioquímica Colaboración alta del decanato
 - Profesor Ayudante Doctor (Fisiología) Colaboración media del decanato
 - Profesor Ayudante Doctor (Anatomía y Embriología Humana) Colaboración alta del decanato
 - Profesor Contratado Doctor Vinculado HUI (Obstetricia y Ginecología) Colaboración alta del decanato
 - Profesor Contratado Doctor Vinculado HUPM (Endocrino) Colaboración alta del decanato
 - Profesor Sustituto Interino (Histología) Colaboración media del decanato
 - Profesor Contratado Doctor Interino (Inmunología) Colaboración alta del decanato
 - Profesor Contratado Doctor Interino (Anatomía y Embriología Humana) Colaboración alta del decanato
 - Profesor Contratado Doctor Interino (Farmacología) Colaboración alta del decanato
 - Cambio de adscripción de Centro a la Facultad de Medicina de dos profesores CUE y CU (Farmacología) Colaboración alta del decanato
 - Profesor Ayudante Doctor (Toxicología) Participación en comisión de contratación profesorado
 - Profesor Sustituto Interino (Fisiología) Participación en comisión de contratación profesorado
 - Convocatoria de Profesor Contratado Doctor (Fisiología) Participación en comisión de contratación profesorado
 - Convocatoria de Profesor Ayudante Doctor (Medicina) Colaboración alta del decanato
 - Convocatoria de Profesor Ayudante Doctor (Anatomía y Embriología Humana) Colaboración media del decanato
 - Convocatoria de Profesor Ayudante Doctor (Fisiología) Colaboración media del decanato
 - Convocatoria Plaza Profesor Asociado (Forense) Colaboración alta del decanato
 - Aprobación de Convocatoria de Profesor Contratado Doctor Vinculado (Medicina) Colaboración alta del decanato
 - Aprobación de Convocatoria de Profesor Contratado Doctor Vinculado (Dermatología) Colaboración alta del decanato
 - Aprobación de Convocatoria de Profesor Contratado Doctor Vinculado (Preventiva y Salud Pública) Colaboración alta del decanato
 - Aprobación de Convocatoria de Profesor Contratado Doctor Vinculado (Obstetricia y Ginecología) Colaboración alta del decanato

OC 06 (2.2) Fortalecer la calidad de la oferta académica de los títulos, tanto propios como oficiales, consiguiendo la acreditación institucional de nuestro centro.

Las acciones de mejora para su logro han sido:

- Ante la **Recomendación 8**: Se recomienda mejorar la **oferta de cursos y programas de innovación** docente dirigidos al profesorado del Grado, se ha desarrollado la acción de mejora **AC 06.07**: Difundir las correspondientes **convocatorias. Solicitar a las instancias de la Universidad** convocantes que se adecuen la oferta y los tiempos a las necesidades reales del profesorado clínico. En relación con ello, se ha participado activamente en el servicio de Innovación de la Universidad en los diferentes comités y se ha aportado necesidades. En relación con ella, se considera que la oferta de curso y programa de innovación en la actualidad es la adecuada, existiendo incluso convocatorias de propuestas de acciones formativas de formación del profesorado por parte de la UCA. Sin embargo, del análisis de la situación actual se deduce que es necesario promover que el profesorado, con especial hincapié en el clínico, pueda y decida afrontar esta formación y/o esa labor de innovación.
- **Ante la Recomendación 14**: Se recomienda analizar los motivos de la baja satisfacción del profesorado con la organización y el desarrollo de las enseñanzas, la acción de mejora planteada fue **AM 12** Analizar los motivos de la **menor satisfacción del profesorado** con el título mediante encuestas y reuniones, incluyendo el análisis de la satisfacción con la organización y desarrollo de las enseñanzas.

Del **análisis de los indicadores relacionados** con este criterio podemos sacar las siguientes conclusiones:

- ISGC-P05-02: **Distribución y características del personal académico** del título. Se ha descrito de manera clara en la indicada recomendación 7 de la ACCUA.
- ISGC-P05-02: Participación del **profesorado en acciones formativas**. El valor de este indicador se ha reducido con respecto al curso pasado un 4 % hasta un 15.29% cuando el valor Meta o Estándar es del 20%.
- ISGC-P05-03: Participación del profesorado en **Proyectos de innovación y mejora docente**. El valor de este indicador ha aumentado con respecto al curso pasado un 4 % hasta un 13.12%. Teniendo también en cuenta lo indicado anteriormente y que la meta o estándar se fija en el 10% se considera una mejoría suficiente.
- ISGC-P05-04: Grado de **satisfacción global de los estudiantes con la docencia**. El resultado del indicador ha sido 4,6 estando fijada la meta o estándar en 4.6. Se considera este resultado muy satisfactorio. Se considera este **RESULTADO CLAVE** para el análisis de este criterio.
- ISGC-P05-05: Porcentaje de profesores del título que han participado en las convocatorias del programa de evaluación de la actividad docente (Modelo **DOCENTIA**), ISGC-P05-06: Porcentaje calificaciones "EXCELENTES" obtenidas por los profesores participantes en la evaluación de la actividad docente y ISGC-P05-07: Porcentaje calificaciones "FAVORABLE" obtenidas por los profesores participantes en la evaluación de la actividad docente. En lo referente a estos indicadores de participación del profesorado convocatorias del **programa de evaluación de la actividad docente** (Modelo **DOCENTIA**) se identifica una leve mejoría, más significativa en el porcentaje calificaciones "EXCELENTES" que por razones obvias se correlaciona con el porcentaje de "FAVORABLES". La especial naturaleza del elevado número de profesionales clínicos con mucha carga asistencial en general poco ávidos a cumplimentar solicitudes en convocatorias podría explicar el bajo porcentaje de participación con respecto a los valores medios de la UCA (un 12.5% menor).

Acuerdos adoptados por la CGC en relación con este criterio:

A la luz de los resultados anteriores **la CGC** en el marco de la aprobación y con fecha de este informe **ha tomado la decisión** de mantener en proceso los dos objetivos relacionados:

- En relación con el primero **OC 16 (6.1)** Analizar, identificar y transmitir a los departamentos las **necesidades de plantilla del profesorado** de las asignaturas de los títulos del centro va dirigido fundamentalmente al grado de medicina, se considera que las acciones de seguimiento e incluso gestión directa de plazas junto con los departamentos han sido adecuadas y han redundado en un número y perfil de profesorado indicado en el análisis favorable en el Anexo II del autoinforme del título, salvo la situación concreta del profesorado estructural del Área de cirugía. No obstante, aun sabiendo que la competencia del profesorado recae en los departamentos y que los indicadores del P05 son suficientes, se considera necesario generar una Acción de mejora nueva consistente en elaborar un Procedimiento del centro específico de gestión relacionado con dicho objetivo debido a que es una función permanente y constante a desarrollar desde el centro y a que es un asunto que consume un elevado número de hora de conversaciones por parte del responsable del equipo decanal, que en este caso es directamente el decano, manteniéndose pues el objetivo. Los departamentos solicitan colaboración directa del decanato ante la falta de personal y en alguna que otra ocasión transmiten falta de personal cuando es necesario aclarar asuntos relacionado con su capacidad docente (Asociados de Ciencias de la Salud) antes incidencias docentes con los departamentos, gestión con la Comisión de Contratación, conversaciones y gestiones con vicerrectorado de profesorado y ciencias de la salud (plazas vinculadas y asociados clínicos).
- En relación con ISGC-P05-02: Participación del **profesorado en acciones formativas** la comisión acuerda mantener la acción de mejora del Plan Director **AC 06.07 sobre convocatorias de innovación docente** y aumentar el esfuerzo de difusión en el marco del nuevo plan de comunicación y del procedimiento de participación de los grupos de interés.
- En relación con el segundo **OC 06 (2.2)** Fortalecer la **calidad de la oferta académica de los títulos** , habida cuenta de su intención relacionada con varios criterios por razones obvias se mantiene, dándose traslado al plan de mejora las acciones de mejora relacionadas con las recomendaciones de ACCUA aún no cerradas.

Criterio 4. Gestión de Recursos materiales y servicios

La gestión de seguimiento de la calidad relacionada con la gestión de los recursos materiales y servicios se encuentra agregada o desagregada en función los objetivo planteados a a lograr, habida cuenta que las infraestructuras físicas y el PAS son comunes a los títulos del centro mientras que los servicios de apoyo al estudiante son de clara desagregación por títulos. Los objetivos relacionados con este criterio, las acciones implementadas y su grado de **desagregación** por títulos han sido:

OC 05. Mejorar las infraestructuras físicas para la impartición de la docencia.

Es un objetivo que tienes un desarrollo agregado a nivel del centro. Tras las actuaciones realizadas en cursos anteriores en los autoinformes de los títulos se concluye que la facultad de Medicina dispone de [aulas y laboratorios adecuados y convenientemente equipados](#) (Directriz 1). En el [autoinforme 20-21](#) en su página 28 se dejó constancia de la importante inversión de equipamiento realizada en la facultad, tras las obras de remodelación (infraestructura) realizada hace ahora 3 años. En la [web indicada](#) puede consultarse el número, la ocupación y la ubicación en el centro de **todas las dependencias docentes de la Facultad**, así como una galería de imágenes de los diferentes tipos de dependencias (Aulas, seminarios,

talleres específicos, sala de estudios, sala de descanso, sala del profesorado, cafetería, patio central al aire libre, salón de grados, sala de justa, decanato, áreas, departamentos, etc.) Las acción de mejora que aún quedaba correspondía a la siguiente recomendación de la ACCUA:

- Ante la **Recomendación 11 de la ACCUA** “Se recomienda potenciar la utilización del laboratorio de habilidades” planteó la acción de mejora AM17 Reorganización del **taller de habilidades**, revisión del equipamiento docente, traslado al taller de equipamiento disperso en hospitales, difusión del equipamiento entre los profesores, asignación de actividades al taller y análisis de la diferencia de ocupación antes y después de la medida”. En relación con ello ha revisado y ordenado del equipamiento docente, traslado al taller de equipamiento disperso en hospitales, difundido el uso equipamiento entre los profesores y asignado actividades al taller. Se puede objetivar un aumento significativo del uso del taller en la aplicación de gestión de espacios de la UCA [SIRE](#) .

Los **resultados de los indicadores** relacionados con este objetivo fueron para ISGC-P06-09: Grado de satisfacción del alumnado con los recursos materiales e infraestructuras del título de 3.86 aumentando significativamente el valor del curso pasado y superando con creces la meta o estándar fijado en 3.3; y para ISGC-P06-10: Grado de satisfacción del profesorado aumenta el valor de la meta o estándar del indicador relacionado con los recursos materiales e infraestructuras del título de 3.98 superando el valor de 3.8 de la meta o estándar.

Aunque estos resultados evidencian de manera clara la resolución de esta recomendación 11 sobre el taller de habilidades , como se ha indicado en el criterio 2, CGC toma la decisión de mantener el objetivo a la espera del informe de la ACCUA sobre la misma. Además toma el acuerdo de satisfacción del alumnado (ISGC-P06-09) de 3.3 a 3.8, mismo valor que el indicador de satisfacción del profesorado (ISGC-P06-10).

OC 08 Consolidar y mejorar nuestras prácticas de difusión de oferta formativa, así como la orientación académica y profesional de nuestros estudiantes.

Es un objetivo que debe considerarse desagregado por títulos:

- En lo referente a **Orientación académica del Grado de Medicina:**

El título cuenta con la **Recomendación de la ACCUA 15:** “Se recomienda analizar los motivos de la baja satisfacción del alumnado con los **programas de orientación académica**”. El título aunque no cuenta con un plan integrado denominado como tal para la orientación académica dirigida a su estudiantado, sí que realiza un conjunto de actividades dan respuestas igual que un plan integrado a estas necesidades del alumnado. Entre ellas se incluyen las [Jornadas de acogida](#); el [Proyecto “Compañeros”](#) consistente en la tutorización que los alumnos de cursos superiores llevan a cabo de los alumnos de nuevo ingreso; la orientación específica en movilidad de la mano de las coordinadoras de movilidad (Pestaña [“Movilidad”](#) de la web del centro) y la orientación académica general, de movilidad, de prácticas externas, de TFGM o de cualquier otro aspecto que resulte relevante para facilitar el desarrollo del programa formativo de la mano de [Oficina de Apoyo al Estudiante de Medicina](#) .

ISGC-P06-07: Grado de satisfacción del alumnado con los programas y actividades de **apoyo y orientación académica**. Siendo la meta 2.5, el resultado de este curso (2.88) se ha mantenido prácticamente en relación con el curso anterior (- 0.13) y en valores cercanos a la media de la UCA (3.04). Ciertamente los resultados de este indicador nos resulta un tanto desconcertante ya que cualitativamente identificamos en las reuniones y debates con el alumnado que el apoyo y la orientación académica de la mano del vicedecano de Estudiante a través de la [Oficina de Apoyo al Estudiantes de Medicina](#) es muy rápida y eficaz, algo que puede objetivarse en los resultados

del indicador [ISGC-P06-PM01: Grado de satisfacción del alumnado con la Oficina de Ayuda al Estudiante de medicina](#) relacionado con la [Encuesta de satisfacción interna con este servicio](#) documentada en el procedimiento relacionado de gestión de esta oficina (P06-PFM01) incluida en el SGC del centro. Es posible que el alumnado esté respondiendo a este indicador pensando exclusivamente en actividades puntuales tipo jornadas o encuentros. Nuestro centro, no deja de dar valor a las actividades de nuestro programa de orientación, pero considera que también es necesario para el alumnado un servicio de apoyo y orientación académica permanente, como representa nuestra **Oficina de Ayuda al Estudiante de Medicina**, que da respuesta constante e individualizada a las necesidades de orientación académica y profesional del alumnado.

En el proceso de adecuación de nuestro SGC al Implanta, el equipo decanal inicialmente y la CGC con su aprobación del procedimiento ha dejado sin efecto la acción de mejora AM 25 del plan de mejoras del ciclo pasado “Realización de encuesta específica sobre las necesidades de orientación académica resueltas y no resueltas” habida cuenta que nuestro centro ha vinculado además del indicador anterior el análisis de esta satisfacción al procedimiento P06-PFM01 [Procedimiento de Gestión de la Oficina de Ayuda al Estudiante de Medicina \(OAE\)](#). El resultado junto con su informe del indicador [ISGC-P06-PM01: Grado de satisfacción del alumnado con la Oficina de Ayuda al Estudiante de medicina](#) (OAE) en el momento de la aprobación de este informe que se aplica por vez primera es de 4.8. La CGC toma el acuerdo de fijar la meta de este indicador en 4.3. Además acuerda incluir dentro del SGC el procedimiento específico del centro P06-PFM02 Procedimiento de Acogida de Estudiantes de Medicina.

- En lo referente a **Orientación académica del Máster de Biomedicina:**

No se ha realizado ninguna acción específica nueva con respecto a otros cursos. En el curso académico 2021/22, el grado de satisfacción del alumnado con los programas y actividades de apoyo y orientación académica (ISGC-P06-07) se ha incrementado 0,25 puntos más, con respecto al curso 2020/21, alcanzando un valor de 4 que es el valor Meta o estándar.

- En lo referente a **Orientación Profesional del Grado de Medicina:**

→ El título **Recomendación 12:** Se recomienda organizar de forma estable las acciones de orientación profesional que lleva a cabo el Centro y con el desarrollo para ello como plan de orientación profesional la AM18 del ciclo de mejoras que se cierra “Mejorar la programación de las actividades de **orientación profesional**. Publicar a comienzo de curso la programación de las actividades que tendrán carácter anual, tanto las organizadas desde el Centro como desde la Unidad de Prácticas de Empresa y Empleo. Mantener anualmente la organización de las Jornadas de Orientación Profesional y organizar conjuntamente con los estudiantes jornadas de investigación. En relación con ello, durante el curso 21-22 se programó las Jornada de Orientación que se celebraron en noviembre de 2023, no viéndose reflejada esta actividad en el grado de satisfacción del alumnado que ahora medimos. El informe está disponible en el Colabora del centro en la ruta 06 Recursos para el aprendizaje y apoyo al estudiante > [RSGC P06_04 Informe de ejecución de actividades de orientación profesional del Centro](#) aprobado por la CGC del centro recientemente.

En relación con el resultado del indicador ISGC-P06-08: Grado de satisfacción del alumnado con los programas y actividades de orientación profesional de 2.54 cuya meta es de 2.5, la CGC toma el acuerdo de elevar para el próximo ejercicio de meta a 3.0 habida cuenta que el valor medio de la UCA es 2.83 y desarrollar la acción de mejora del Plan director **AC 03.1** Organizar de manera periódica **Jornadas de investigación**, conjuntamente con los estudiantes plantada para el ciclo de mejora que se cierra y que no ha sido desarrollada.

- En lo referente a **Orientación Profesional del Máster de BioMedicina:**

→ Debido a **Recomendación 7 del Informe de renovación de la acreditación de la ACCUA 30/06/2020**, "Elaborar un calendario en el que se recojan las diferentes acciones de orientación académica y profesional del estudiantado que se llevarán a cabo cada curso". Durante el curso 2020/21, desde la Coordinación del Máster en Biomedicina, con el apoyo del decanato, se puso en marcha un Proyecto de mejora de la docencia enfocado a la orientación profesional. El proyecto, titulado "Implantación de una metodología de aprendizaje enfocada a la orientación profesional en el Máster en Biomedicina de la Universidad de Cádiz" recibió la aprobación de la Unidad de Formación e Innovación docente de la UCA en la [Convocatoria de Actuaciones Avaladas para la Mejora Docente del curso 2021/22](#). De esta manera, fue posible desarrollar el proyecto con éxito. El proyecto consiste en un campus virtual al que tienen acceso los estudiantes del Máster en Biomedicina y titulaciones afines de la UCA. En este campus se publica un [Cronograma de actividades de Orientación profesional del Máster](#), el cual también se encuentra publicado en la página web del mismo, siguiendo las indicaciones de la ACCUA. El campus del proyecto se divide en dos apartados, uno es un Espacio para la publicación de ofertas de empleo o plazas de doctorado en áreas biomédicas y en el otro apartado se suben periódicamente entrevistas realizadas a profesores del máster, investigadores biomédicos, doctorandos, investigadores trabajando en el exterior, investigadores de empresas biomédicas, las cuales están enfocadas a optimizar la orientación profesional del máster. Debido a que el proyecto finaliza a final del Curso académico 2021/22 y los estudiantes sólo pudieron tener acceso cuando ya se había realizado la encuesta de satisfacción del título, esperamos que las acciones de mejora mencionadas, mejoren la orientación profesional del máster e incrementen el grado de satisfacción de los estudiantes en los cursos venideros. Como consecuencia de ello el grado de satisfacción del alumnado con los programas y actividades de orientación profesional (ISGC-P06-08) ha mostrado una disminución 0,47 puntos con respecto al curso 2020/21, alcanzando un valor de 2,33, por lo que la orientación profesional continua siendo una debilidad de nuestro máster habida cuenta que no se llega a la meta para el título fijada en 4. La CGC acuerda bajar esta meta a 3.0 habida cuenta del valor medio de la UCA es 2,83 fijándose en 3.00 el valor meta del indicador del centro.

A la luz de lo anterior en relación con este objetivo puede resumirse que la CGC tomó los siguientes acuerdos:

1. Mantener el objetivo con el grado de desagregación antes indicado.
2. Incluir los procedimientos de gestión específicos del centro antes citados.
3. Fijar las metas indicadas de los indicadores antes citados.
4. Mantener la acción de mejora del Plan director AC 08.3 sobre Orientación profesional que estaba asociada al Máster pero vinculandola al centro mediante la implementación del nuevo **P06 - PMF03 - Procedimiento de Orientación Profesional de Estudiantes**, desarrollando un programa atractivo y accesible al alumnado con actividades presenciales y punto de encuentro e información.

OC 17 Revisar las responsabilidades de gestión del PAS adscrito al centro, aplicando en la medida de nuestras posibilidades políticas de retención de talento

El logro de este objetivo se plantea desde una visión agregada a nivel de centro. La única acción de mejora planteada en relación con este objetivo fue la AM16 Analizar y llevar el seguimiento de los BAUs presentados en relación con la consejería. Debemos informar que la debilidad que motivó esta acción de mejora fue debida a las incidencias identificadas por el equipo decanal el pasado informe de gestión que rápidamente desaparecieron al generarse un cambio de personal y una mejor organización del personal lo cual condujo a una mejora sustancial del servicio. Muestra de ello es que no

existieron BAUs ni incidencias desde entonces. El procedimiento específico del centro aprobado recientemente P07 - PFM03 - [Procedimiento de análisis y actuaciones ante BAUs e incidencias docentes](#) deja obsoletas acciones de mejora relacionadas con seguimientos específicos de BAUs. Ante ello la CGC acuerda dar por concluida la acción de mejora y eliminar el objetivo.

Criterio 5. Gestión y Resultados de los procesos de enseñanza y aprendizaje

En relación con la Gestión y los Resultados de los procesos de enseñanza y aprendizaje el centro posee los siguientes objetivos que analizaremos a continuación y se **desarrollan de una manera desagregada por títulos**. No obstante, cuando existen acciones de mejora a desarrollar se han planteado desde una visión de centro para favorecer las sinergias pero siendo responsables las personas que ejercen las funciones de coordinación de cada título. Los objetivos planteados en relación con este criterios se indican a continuación, puede objetivarse el elevado número de ellos.

- OC 01 Mejorar el perfil formativo y competencial del egresado, diseñando e implementando unas nuevas memorias de los títulos con resultados de aprendizaje profesionales y digitales, y aquellos de carácter emprendedor y solidario.
- OC 06 Fortalecer la calidad de la oferta académica de los títulos, tanto propios como oficiales, consiguiendo la acreditación institucional del centro.
- OC 03 Incrementar la formación no reglada, dada la necesidad creciente de actualización y especialización de conocimientos y competencias por parte de los profesionales y egresados.
- OC 04 Potenciar la internacionalización y movilidad nacional de nuestra oferta formativa (grado y máster)
- OC 09 (4.1) Aplicar códigos de buen gobierno y ética (satisfacciones globales y BAUS)
- OC 18 Potenciar la imagen y reputación corporativa de la Facultad entre los diferentes grupos de interés
- OC 07 Favorecer la mejora de tasas de graduación, tasas de abandono y rendimiento de nuestros títulos.
- OC 11 (4.4) Consolidar y avanzar en la administración electrónica de los procesos de gestión de la Facultad apostando decididamente por “Cero papel”
- OC 12 (4.5) Reducir impactos medioambientales promoviendo las “Reutilización “ y el “Reciclaje” en la medida de nuestras posibilidades (Dos de las “3R”)

OC 01 Mejorar el perfil formativo y competencial del egresado, diseñando e implementando unas nuevas memorias de los títulos con resultados de aprendizaje profesionales y digitales, y aquellos de carácter emprendedor y solidario.

I) Grado de Medicina:

Aunque la inclusión de este objetivo estratégico de calidad parece casi de obligado cumplimiento, habida cuenta de la necesidad permanente de analizar la necesidad de actualizar nuestra oferta formación, la aprobación del RD 822/2021 de Enseñanza Universitaria de septiembre de ese año, la existencia de las dos siguientes recomendaciones de la ACCUA y la

comprobación que nuestra memoria hasta vigente al inicio del curso estaba totalmente obsoleta en muchos aspectos, nos hizo informar de una importante debilidad: nuestra memoria de título no responde a los requisitos del citado RD y es el momento de modificarla, aun sabiendo que seríamos el primer título de la UCA y de los primeros del resto del estado en afrontar el cambio. Las recomendaciones de la ACCUA era:

- **Recomendación 6 de Especial Seguimiento:** “Se deben corregir las desviaciones detectadas en cuanto a contenidos, competencias y sistemas de evaluación en relación con lo establecido en la Memoria Verificada. Cuya acción de mejora específica era “Transformación de las asignaturas clínicas en anuales y mejora en la distribución de contenido/competencias en cada materia”. Algo que ya se estaba implementando pero que requería adaptación al nuevo RD.
- **Recomendación 13 de Especial Seguimiento:** Se deben poner en marcha los mecanismos necesarios para garantizar que los sistemas de evaluación empleados en las diferentes asignaturas cumplen con lo establecido en las guías docentes, incluyendo pruebas dirigidas a valorar no solo conocimientos sino también la adquisición de competencia

Todo ello, nos llevó a generar la gran acción de mejora del Plan Director **AC 02.1 Modificación de memoria del título** con el Vicerrectorado de planificación e Implementar la corrección del desajuste con el vicerrectorado de estudiante la manera de solventar estas incompatibilidades realizando una modificación de la memoria de grado en su caso. En esta modificación se incluyó entre otras modificaciones:

Actualizar la Memoria al RD 822/2021, a sus importantes novedades incorporando resultados de aprendizaje relacionados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, etc.

1. Corregir las desviaciones detectadas en cuanto a contenidos, competencias y sistemas de evaluación
2. Adaptar a carga horaria de actividades docentes a la realidad, sin olvidar actividades tipo talleres en TFGM (alineamiento con la normativa) y Rotatorio clínico
3. Actualizar los sistemas y pruebas de evaluación para evaluar todos resultados de aprendizaje que deben estar redactados de forma evaluable: Conocimientos (Saber), Habilidades o destrezas (Saber hacer) y Competencias (Ser capaz)
4. Eliminar los requisitos previos a superar (no para matricularse) en determinadas asignaturas.
5. Actualización de los datos del profesorado con especial interés por el profesorado clínico
6. Actualización de oferta de asignaturas optativas
7. Eliminación de datos innecesarios conforme al RD 822/2021 y actualización de datos obsoletos

Tras los intensos trabajos de redacción de la nueva memoria con elementos claramente distintos a la vigente durante el curso 21-22, en septiembre de 2022 se elevó una [nueva propuesta de la Modificación de la Memoria](#), la cual según las instancias universitarias se implementará a partir del curso 23-24 (código 0105). Consideramos esto es así, habida cuenta de que [Informe provisional de la ACCUA a la modificación](#), sólo incluía dos subsanaciones de escaso calado (completar datos de PAS y error en la cifra de ECTS en prácticas externas), y una recomendación menor de texto en web de mejora no vinculante. Las [alegaciones remitidas de la ACCUA](#) disponible el [Colabora de nuestro SGC](#) en la carpeta > Biblioteca de documentos / IMPLANTA SGC v3.0 - GESTIÓN POR PROCESOS – MEDICINA / 03 Modificación > Grado de Medicina > 03. Gestión de subsanaciones y Alegaciones > 02. Informe provisional de la ACCUA. En el momento de la elaboración de este informe estamos a la espera de la recepción del informe definitivo, el cual desde todas las instancias se espera

favorable.

Y junto a ello y de manera paralela, en virtud de las recomendaciones de la ACCUA, se plantearon también como acción de mejora:

- Completar la **integración médico-quirúrgica de las asignaturas clínicas**. Lo cual estaba en la memoria anterior y se ha programado para el curso 23-24 (4º curso) y podemos dar por concluida dicha acción.
- Reforzar los **procedimientos y revisión sistemática de las actividades y sistemas de evaluación** indicados en las fichas de las asignaturas (programaciones) para asegurar que se corresponden con la memoria del título. Este seguimiento del cumplimiento de los sistemas de evaluación y de paso de los demás aspectos programáticos de la memoria vigente, se ha realizado en el proceso de planificación docente anual por el decanato y las direcciones de departamento, en concreto en el momento de la revisión por parte del decanato y los departamentos de los sistemas de evaluación de las programaciones de las asignaturas. En este marco, se realizó una reunión previa del decanato con los directores de departamento, al objeto de aclarar todo lo necesario para que los directores revisen que las actividades planteadas en las [programaciones de las asignaturas](#) respondan a la adquisición de las competencias y contenidos de evaluación (competencia de los dpto. y no de los centros en la UCA), y además se consensuó y aprobó por la [CGC del 23 de Junio de 2020](#), unos [criterios para la revisión de las programaciones](#) por el decanato y por los departamento, para verificar que cumplieran c la [normativa de evaluación](#) y que estaban alineadas con los recogidos para cada una de las materias en la [memoria del título](#). Dicho documento fue aprobado por la CGC del 23.06.2020. En el momento de validar las programaciones desde el decanato se revisó las competencias, contenidos, actividades y sistema de evaluación. Las actividades docentes fueron validadas por los directores de departamento. Tomando como punto de partida lo anterior, la CGC en su sesión de 11.04.23 aprobó el procedimiento del centro **P04-PFM01 Procedimiento de Revisión de los Planes y las Programaciones docentes** conforme a las Memorias de títulos.
- En este procedimiento se incluye además no solo la revisión de que se programe conforme a la memoria, también el Seguimiento del cumplimiento de los sistemas de evaluación para asegurar que se corresponden con la Memoria.

Relacionado con este objetivo como indicadores tenemos además de las tasas de rendimiento, éxito, evaluación etc. con valores claramente por encima de la media que supera las metas establecida, el ISGC-P07-02: Grado de satisfacción global del alumnado con el título cuya meta es 3.5 y el valor del indicador es 3.48.

En virtud de este análisis la CGC acordó en el marco de este informe continuar desarrollando la acción de mejora del Plan Director **AC 02.1** con la **Implantación en medicina de la memoria plan (104) en 5º y 6º e implantación nueva modificación** de memoria (105) desde 1º a 4º, implementando el **P04-PFM01** Procedimiento de Revisión de los Planes y las Programaciones docentes conforme a las Memorias de títulos, procedimiento a nivel de centro ya que también será desarrollado por el Máster. Junto a ello CGC acordó mantener asociada a la anterior la acción de mejora del Plan Director aún no concluida **AC 06.09** Promover la mejora en la **metodología de la enseñanza-aprendizaje teniendo presente la preparación para el examen MIR**, que tendrá como finalidad la elaboración de un repositorio de buenas prácticas en las actividades docentes, su incorporación a las guías docentes y la evaluación del resultado de su puesta en práctica.

II) Máster de Biomedicina:

El Máster por su parte cuenta con las siguientes recomendaciones y acciones de mejora relacionadas con este objetivo sobre las cuales se informa lo siguiente:

- **Recomendación nº 05 del Informe de renovación de la acreditación ACCUA* 30/06/2020:** Se recomienda revisar el contenido de las guías docentes de forma que coincida con la memoria verificada. Acción de mejora nº 1: Debido a las acciones de mejora planteadas e implementadas previamente, actualmente el contenido de las guías docentes coincide con la memoria verificada.
- **Recomendación nº 6 de especial seguimiento, del Informe de renovación de la acreditación ACCUA* 30/06/2020:** Se deben revisar los sistemas de evaluación para garantizar que permitan una certificación fiable sobre la adquisición de competencias. Acción de mejora 1: Se han revisado durante el pasado y actual curso académico los sistemas de evaluación de las asignaturas del máster para asegurarnos que se adecúan a los establecidos en la memoria. Las modificaciones se han adicionado a las Programaciones docentes de los cursos 2021/22 y 2022/23.

En relación con ello los resultados de las tasas son análogos a los del grado de medicina. El resultado del indicador ISGC-P07-02: Grado de satisfacción global del alumnado con el título 3,5 cuando la Meta es 4.5. La CGC acordó que el procedimiento P04-PFM01 Procedimiento de Revisión de las Programaciones docentes tuviera carácter agregado para todos los títulos del centro.

OC 06 Fortalecer la calidad de la oferta académica de los títulos, tanto propios como oficiales, consiguiendo la acreditación institucional del centro.

I) Grado de Medicina:

A.- La coordinación docente es de los aspectos que fortalecen la calidad de la oferta académica de los títulos. En nuestro grado de medicina, en virtud de las reuniones y comunicación informal con el grupo de interés del alumnado, se entiende que la coordinación docente posee dos niveles, la que se realiza entre las diferentes asignaturas entre sí para todas las actividades incluidas las prácticas clínicas gestionada por el decanato y las que se realizan en el seno de las asignaturas de la mano del profesorado responsable de las asignaturas.

En relación con ello, teniendo en cuenta ambos ámbitos, la satisfacción con la coordinación se mide mediante el **ISGC-P04-10: Grado de satisfacción del alumnado con la coordinación docente** cuyo valor del curso 21-22 se ha mantenido igual que el curso anterior 2.71, valores que consideramos una debilidad ya que nuestra meta queda establecida en 3.3, aunque el valor medio de la UCA de este indicador es de 3.01. La responsabilidad de la coordinación del profesorado entre asignaturas es del centro y dentro de las asignaturas es de los departamentos, mientras que la responsabilidad de que el título se imparta con calidad es del centro. Ante ello, la CGC toma el acuerdo de generar una nueva acción de mejora para solventar esta debilidad en la que entre en juego los departamentos del título consistente en de un documento de **“Buenas prácticas en la coordinación docente de profesorado de las asignaturas”**, así como la acción de mejora Implementar todos y cada uno de los nuevos **procedimientos de gestión del título relacionados con el P04** Proceso para la gestión de los procesos de enseñanza-aprendizaje de aprobados entre marzo y abril de 2023

- Relacionada con esta coordinación, el grado cuenta con la **Recomendación 2 de la ACCUA “Mejorar los procedimientos de coordinación con los tutores de prácticas clínicas** para garantizar que conocen las competencias que deben alcanzar los alumnos durante dichas prácticas y que la evaluación refleje el grado de adquisición de dichas competencias”. En relación con ello la CGC previa a la aprobación a este informe aprobó el procedimiento específico **P04-PFM05 Procedimiento de Gestión de los Tutores/as clínicos** del Grado que

desarrolla con todo detalle lo recomendado por la ACUA y lo que hasta ahora se ha realizado: La coordinación, los flujos de información, una mejora de la información de los tutores sobre las competencias a adquirir, etc. Además se ha puesto en marcha el programa R0 Medicina para el seguimiento y evaluación del rotativo que incluye los resultados de aprendizaje que los tutores clínicos tienen que evaluar mediante rúbrica. Para el curso próximo esperamos una mejoría en relación con este procedimiento

B.- En relación con el grado de satisfacción del alumnado con las prácticas clínicas de título, relacionada con este objetivo estaba planteada la acción de mejora AM06 “Verificación de la causa de disminución del grado de satisfacción del alumnado en lo referente a las **prácticas clínicas** mediante una encuesta específica para el alumnado y medidas específicas acordadas para subsanar causas”. Debe aclararse que en nuestro título no es de aplicación los indicadores ISGC-P04-12, ISGC-P04-13 y ISGC-P04-14 relativos a las prácticas externas, ya que las prácticas clínicas no se consideran como tales y no están incluidas dentro de la aplicación GADES de la UCA que gestiona este tipo de prácticas. En el nuevo procedimiento del sistema P04-PFM04 Procedimiento de Organización de las Prácticas clínicas del Grado queda asociado como indicador propio del centro el resultado del Informe de Satisfacción del alumnado con las prácticas clínicas de todas las asignaturas incluidas el rotatorio. Para el curso 21-22 que empleó como nivel de satisfacción el valor medio de satisfacción del alumnado en esta encuesta de prácticas clínicas que fue de 3.65 cuando la meta se acuerda en el marco de este autoinforme en 3.8, lo cual demuestra cierta debilidad a subsanar. Los ítems que se han encontrado por debajo de 3.8 y se consideran como causas este sensible bajo nivel de satisfacción colocadas por orden de significación de mayor a menor son los siguientes:

- Valoraciones de 3.5:
 - ¿Cuál es su grado de satisfacción global con la actuación docente durante las prácticas?
 - ¿Han sido o son comunicados por los profesores responsables los objetivos y tareas a realizar durante las prácticas?
 - ¿Al comenzar las prácticas: ¿recibe una adecuada atención por parte del personal del Servicio/Unidad?
 - ¿Se ha sentido integrado en el Servicio/Unidad?

- Valoraciones de 3.6:
 - ¿Cómo calificaría el grado de puntualidad y cumplimiento de los profesores de prácticas (profesores asociados)?
 - ¿Cree que se han cumplido los objetivos del Programa Docente Práctico?
 - ¿Cree que la actividad asistencial del Profesor/es Asociado/s es la adecuada para el desarrollo de estas prácticas?

- Valoraciones de 3.7:
 - ¿Cómo puede calificar el trato recibido en el desarrollo de las prácticas por los profesores asociados?
 - Puntúe de forma global la capacidad docente del/de los Profesor/es Asociado/s

Ante ello se sacan las siguientes conclusiones:

1. Se debe aumentar el nivel de comunicación de los profesores responsables de las Asignaturas y del responsable del rotatorio con los tutores clínicos
2. Se deben establecer unas instrucciones muy claras a los tutores clínicos sobre sus funciones docentes y como desarrollarlas.
3. Se debe emplear la rúbrica de evaluación desde el primer momento para asegurar que se pueden adquirir todos los resultados de aprendizaje programados.
4. Se debe analizar con los servicios clínicos los problemas que pudieran existir para la integración del alumnado en los servicios.

5. Se debe medir el grado de satisfacción de los tutores clínicos para recabar información sobre aspectos a mejorar en el desarrollo de las prácticas clínicas.

Durante el curso 21-22 se elaboró una nueva encuesta de satisfacción con los practicums sustituye a la antes citada y cuyo resultado será el indicador de satisfacción específico para el grado de Medicina (también para los otros grados Sanitarios y Magisterio). Este indicador se incluye en el Procedimiento del Centro P04-PFM04. Ante ello se plantea la acción de mejora del Plan Director **AC 06.10 sobre la Gestión de las Prácticas Clínicas** implementando los procedimientos: P04-PFM04 Procedimiento de **Organización de las Prácticas clínicas** del Grado, P04-PFM05 Procedimiento de **Gestión de los Tutores/as clínicos** del Grado y 04-PFM03 Procedimiento de Distribución del alumnado del Grado entre los Hospitales y los **Grupos de prácticas**, elaborando y difundiendo un catálogo de buenas prácticas en el desarrollo de la docencia clínica práctica en virtud del análisis de las causas detectadas en el presente Informe de gestión” .

C.- El [número de estudiantes de nuevo ingreso](#) está relacionado de manera clara con la calidad de la oferta y por lo tanto con este objetivo 06. En relación con ello en la actualidad tenemos aún vigente la **Recomendación 5 de Especial Seguimiento de la ACCUA** de su informe de 12.11.20 y por lo tanto atendida con su correspondiente acción de mejora (AM11 autoinforme 20-21).

Nuestra memoria de título recoge 140 estudiantes y todos los años la Junta de Facultad aprueba elevar al Consejo de Gobierno de la UCA este número. Todos los años la Junta de Gobierno aprueba un número mayor a pesar de nuestra opinión contraria a ello y a favor de respetar la memoria. Para el curso académico 19-20, el Distrito Único Andaluz por error dio orden de matricular a 180 alumnos.

Durante el curso 19-20 se llegó a un acuerdo entre el Decanato y Vicerrectorado de estudiantes de reducción de 5 estudiantes cada uno de los siguientes cursos académico hasta llegar al número de 140 en el curso 23-24. Esto se ha implementado hasta la fecha, en la que Gobierno Estatal, habida cuenta de la necesidad de aumento de médicos, está promoviendo el número de plazas de estudiantes, inclusive habilitando dotación presupuestaria para ello en los presupuestos generales 2023, así como ser autorizado en el Consejo General de Política Universitaria posibilitar un incremento del número de estudiantes de nuevo ingreso de hasta el 15% del número de plazas que aparecen en la memoria verificada. Para favorecer esta política desde las instituciones públicas se ha prometido aumentar el número de plazas MIR, dotar de más recursos humanos y materiales, incentivar el reconocimiento de la labor docente del profesorado vincular y tutores clínicos, etc. La Junta de Andalucía en el momento de la aprobación de este autoinforme está gestionando desde la Consejería de Universidades el aumento del número de alumnos de las Facultades Andaluzas. La Junta de Facultad de nuestro centro aprobó en su sesión del 26 de enero de 2023 no superar el número de 155 plazas y realizar las gestiones necesarias para recibir la compensación desde el Estado y la Comunidad Autónoma. Recientemente hemos sido informado de la dotación presupuestaria adjudicada para afrontar este aumento de número que supera el millón de euros.

D.- **Disponibilidad de criterios de selección y asignación de TFGM, así como su gestión** también debe incluirse dentro de este objetivo. Hasta la reunión previa a este informe el título disponía de una [Normativa de TFGM](#) y de un [Procedimiento para la Asignación, Desarrollo y Evaluación de los TFGM](#) disponibles también en el portal del TFGM de título y son de aplicación para el curso 22-23:

1. Establece el procedimiento para asegurar la idoneidad del profesorado que supervisa (tutores/as) y evalúa (tribunales) los trabajos .
2. Establece el procedimiento para la oferta de trabajo por parte de alumnado y profesorado.
3. Garantiza la igualdad de oportunidades y el trato homogéneo y justo a la totalidad del estudiantado .

No obstante, aunque el Procedimiento desarrolla y concreta la Normativa el Equipo Decanal identifica que existen muchas reiteraciones entre ambos documentos y matices que pueden generar confusión. La CGC en su sesión previa a la aprobación de este informe ha aprobado fusionar ambos documentos en un único procedimiento del SGC del centro que lo desarrolle todo es el **P04 - PFM08 Procedimiento de Trabajos fin de Grado y Máster (TFGM)** del grado y para el Máster el P04 - PFM09 Procedimiento de Trabajos Fin de Máster (TFM).

En relación con los TFGM, título tenía pendiente la **Recomendación 4 de la ACCUA** que recomienda implementar un mecanismo que facilite el acceso de los Estudiantes a los datos clínicos necesarios para la realización de los TFGM. Tras las consultas realizadas al SAS y al Comité de Ética e Investigación de la Provincia el alumnado tiene un procedimiento específico en el Campus virtual del TFGM para poder acceder a los datos clínicos de los pacientes conforme a las indicaciones dada por el Comité de Ética en la que los datos clínicos les deben llegar desde los tutores y los datos personales deben ser pseudo anonimizados si no existe consentimiento expreso para el tratamiento de los datos por parte de los pacientes. Aunque hasta el momento se analizaron las incidencias de los TFGM mediante el correo del Campus virtual correspondiente, se ha puesto en marcha un [formulario on line](#) para el [registro de todas las incidencias](#) detectadas y el rendimiento de cuentas de las mismas.

Cabe destacar que no existen criterios de selección de los TFGM, habida cuenta que el alumnado durante el 5º curso en la asignatura de Metodología de Investigación en Biomedicina, el alumnado puede plantar los temas libremente eligiendo los tutores relacionados con los temas de su elección, no existiendo hasta el momento alumnado que refiera que no ha encontrado tutor o tema. En el caso de que esto ocurriera la [normativa de TFGM](#) recoge la necesidad de establecer una asignación de número de alumnos por área, medida que hasta el momento no se ha tomado.

No obstante a todo lo anterior, el análisis del resultado del indicador **ISGC-P04-11 relativo Grado de satisfacción del alumnado con el proceso para la elección y realización** del TFGM, vuelve a situarse en 2.62, valores de hace tres cursos; bajando en 0.67 puntos el valor del curso pasado y situándonos por debajo de la media de la UCA que es 3.06 y por debajo de la META establecida en 3.2, lo que consideramos una debilidad a afrontar distinta a las recomendaciones de la ACCUA relacionadas y que genera su **acción de mejora específica** consistente en la implementación del nuevo procedimiento de TFGM aprobado.

En cuanto al **perfil del profesorado que supervisa el TFGM** (tutores), cualquier docente incluido en las tablas del [ANEXO II](#) y III del autoinforme del título pueden ser tutor o tutora de TFGM. Para la adecuada supervisión, los tutores de los TFGM en virtud de la citada normativa son remitidos a los departamentos entre diciembre y enero de cada curso y solo con la conformidad de los mismos es posible proceder a la elaboración, presentación y defensa del trabajo. El campus virtual es la plataforma de gestión de todo el proceso de los TFGM.

El título también cuenta en relación con el TFGM la **Recomendación de la ACCUA 9** “Revisar la normativa sobre TFGM y su guía docente para garantizar que ambas se ajustan a lo establecido en la Memoria Verificada” y **Recomendación 10** “Regular el proceso de asignación de tutores de TFGM para garantizar una mejor distribución de las tareas de dirección entre el profesorado del Grado:

- La [Normativa](#) sobre TFGM y su [guía docente](#) se ajustan a lo establecido en la Memoria verificada.
- La [Normativa de TFGM](#) y el [Procedimiento para la Asignación, Desarrollo y Evaluación de los TFGM](#) garantiza una mejor asignación de tutores entre el profesorado del Grado, existiendo en la [Oficina de Ayuda al Estudiante](#) escasas incidencias relacionadas con el TFGM y ninguna relacionadas con dicha asignación, lo cual puede comprobarse el portal de la web de dicha oficina. El nuevo procedimiento de TFGM aprobado además mejora esta distribución determinando el criterio del encargado docente del área a las asignaturas del título, lo cual es proporcional al número de profesores de la misma. Junto a ello la CGC, acuerda emplear las reuniones con el

grupo de interés las causas de la disminución del grado de satisfacción con elección y realización del TFGM e implementar las acciones específicas relacionadas con el resultado del análisis.

A la luz de este análisis la CGC toma el acuerdo de mantener estas acciones en el marco de la nueva acción de mejora **ACM 07.2b** Implementar el Procedimiento **P04 - PFM08 Procedimiento de Trabajos Fin de Grado y Máster** (TFGM) del Grado

Atendiendo a las evidencias requeridas en el marco de la solicitud del Implanta, la CGC elaboró y aprobó el procedimiento **P04-PFM12 Plan de Contingencia ante eventualidades** en el desarrollo de la docencia.

II) Máster de Biomedicina:

El Máster por su parte cuenta con las siguientes recomendaciones, debilidades y acciones de mejora relacionadas con este objetivo sobre las cuales se informa lo siguiente:

- **Recomendación nº 04 del Informe de renovación de la acreditación ACCUA* 30/06/2020:** Se recomienda revisar los **TFM que se realizan en relación con las prácticas clínicas** para garantizar que permiten alcanzar las competencias establecidas en la memoria. En relación con ello la Normativa de TFM del curso 2022_23 se ha modificado siguiendo las indicaciones de la ACCUA, con el fin de garantizar que las prácticas en Servicios hospitalarios permitan alcanzar las competencias establecidas en la memoria.
- Como Punto débil nº 04: Se evidencia una **disminución en el Grado de satisfacción del alumnado con el proceso para la elección y realización** de TFG/TFM (ISGC-P04-11), de 1,14 puntos en el Curso 2021/22, con respecto al Curso 2020/21.

A la luz de este análisis la CGC acuerda la necesidad de, como se ha realizado para el grado elaborar y aprobar el procedimiento del centro **P04-PFM09 Procedimiento de Trabajos Fin de Máster** (TFM) y establecer como acción de menos implementar este nuevo procedimiento

OC 03 Incrementar la formación no reglada, dada la necesidad creciente de actualización y especialización de conocimientos y competencias por parte de los profesionales y egresados.

I) Grado de Medicina:

En relación con este objetivo el grado de medicina tiene aún activa la Recomendación 12 relacionada con la Orientación profesional para el ciclo que se cierra, y relacionada con ella el grado tenía planificada organizar, conjuntamente con los **estudiantes de las siguiente jornadas de investigación**. Durante el ejercicio que ahora se informa no ha sido posible afrontar esta acción de mejora. Los resultados de los indicadores de calidad relacionado son ISGC-P06-06: Grado de satisfacción del alumnado con los programas y actividades de orientación profesional (2.54) con un valor meta de 3.5 y ISGC-P05-04: Grado de satisfacción global de los estudiantes con la docencia (3.48) con un valor meta igualmente de 3.5. En la actualidad solo contamos con una responsable que ya está trabajando en ello. Ante ello la CGC acuerdo mantener la a AM 03.1

OC 04 Potenciar la internacionalización y movilidad nacional de nuestra oferta formativa (grado y máster)

I) Grado de Medicina:

En relación con la Movilidad del Grado de Medicina nuevamente se cuenta con una nueva Recomendación la 3: “**Mejorar el análisis de la situación de la movilidad en el Grado**” En relación con ello, en función de lo recogido en el autoinforme del título se realiza el siguiente análisis:

Toda la información sobre la oferta de destinos, los convenios de movilidad, información al alumnado y asignación de destinos, procedimiento de acogida y gestión de apoyo está disponible en la pestaña “[Movilidad](#)” de la web de la facultad que es específica para ello y se accede desde la página sección de movilidad de la web de la facultad. Los procedimientos sobre movilidad son gestionados desde el [Vicerrectorado de Internacionalización](#) (Directrices 1 a 6). Las coordinadoras de movilidad que se publicitan en dicha web del centro son nombradas por el decanato (Directriz 5).

La movilidad entrante en nuestro título, como consecuencia de la pandemia fue suprimida durante los cursos 20-21 y 21-22 debido a que no debíamos aumentar el número de plazas para las prácticas clínicas, en servicios clínicos saturados por la pandemia. Por contra, durante el curso 21-22 no suprimimos la movilidad, aún no pareciendo moralmente coherente suprimir la entrante y mantener la saliente. Debimos hacerlo ya que no podíamos poner en riesgo las prácticas clínicas con servicios clínicos saturados por la pandemia, pero por contra teníamos pendiente la **Recomendación 3 de la ACCUA**: “Se recomienda mejorar el análisis de la situación de la movilidad en el Grado”, en el marco de la cual se incluyó en la acción de mejora 9 relacionada profundizar el presente análisis y el promover entre nuestro alumnado la movilidad. El resultado de esta promoción ha sido muy satisfactorio, habida cuenta que valor el indicador ISGC-P04-09: Porcentaje de alumnado que participa en programas de movilidad saliente (Directriz 7) es el mayor de nuestra historia, tanto a nivel internacional (14.34 %) como nacional (4.66%).

A nivel internacional (14.34%) nuestro máximo histórico era de 4.05% en el 18.19 y el valor pre pandémico del curso 19-20 fue de 3.69 %, aunque como se recordará hubo que suspender. Estos datos correlacionan con la movilidad nacional ha llegado hasta el 4.66 % cuando el máximo histórico fue de 1.55% y el pre pandémico 0.95%. Tras la superación de la pandemia podemos concluir que la movilidad saliente no solo se ha recuperado, sino que ha supuesto una importante mejora que supera notablemente los valores medios de la UCA, tanto internacional (3.03%) como nacional (0.9%), lo cual consideramos una fortaleza.

En cuanto al nivel de satisfacción del alumnado con la movilidad, debemos que entender este curso 21-22 qué saliente y por la tanto bajo la responsabilidad de las Universidades de destino medido por el indicador ISGC-P04-15 2.89 frente a una media de la UCA de 3.19, observamos una bajada de 0.47 con respecto al curso pre pandémico anterior que tenemos datos (18-19). Habida cuenta que el grado de satisfacción depende de las universidades de destino, no considerado y de la poca distancia al valor medio de la UCA, no consideramos esta bajada como una debilidad. No obstante, consideramos necesario que las coordinadoras de movilidad profundicen de manera cualitativa con el alumnado en las incidencias detectadas en las universidades de destino al objeto de replantear inclusive los convenios correspondientes.

Por último indicar que el grado de satisfacción de las responsables de calidad se analiza mediante informes periódicos de evaluación del servicio remitidos por las mismas al decanato cuyas evidencias están en el Colabora (usuario: ; clave:) Biblioteca de documentos / IMPLANTA SGC v3.0 - GESTIÓN POR PROCESOS - MEDICINA > 06 RECURSOS PARA EL APRENDIZAJE Y APOYO AL ESTUDIANTE> RSGC P06 05 Informes de Coordinaciones de Movilidad

En cuanto a los indicadores de calidad relacionados con la movilidad los resultados de los indicadores y metas son los siguientes:

- ISGC-P04-09: Porcentaje de alumnado que participa en programas de movilidad 15% (Meta 10%)
- ISGC-P04-15: Grado de satisfacción del alumnado que ha participado en redes de movilidad nacional e internacional, tanto entrantes como salientes 2,89 (Meta 4)

Junto a ello, la CGC acordó recientemente la elaboración y aprobación del procedimiento de gestión específico del título **P04-PFM11 Procedimiento de Movilidad** de Estudiantes de Medicina que en momento de la elaboración de este informe su borrador inicial está en proceso de elaboración y reducir por el momento la meta a 3.5, algo que se debería haber realizado hace unos años. A la luz de los resultados la CGC acuerda mantener la acción de mejora del Plan Director AC 04 Promoción de los programas de movilidad del alumnado

OC 09 (4.1) Aplicar códigos de buen gobierno y ética (satisfacciones globales y BAUS)

En relación con ello el Equipo Decenal pone encima de la mesa de la CGC que la función de revisión, seguimiento y líneas de actuación en relación con los BAUs y las Incidencias docentes detectadas por el centro no se está llevando de manera adecuada por la comisión. Hasta hace pocas fechas en el seno de la comisión no se habían presentado informes de BAUS, aunque ciertamente no era algo obligado en el sistema. El alumnado en la reuniones de grupos de interés y en conversaciones informales habían manifestado la sensación de que presentar un BAU tenía poco recorrido habida cuenta que muchos de no se enfrentan con decisiones ejecutivas. Fruto de ello fue incluir dentro del Sistema en el Proceso 07 el procedimiento **PFM03 - Procedimiento de análisis y actuaciones ante BAUs e incidencias docentes** Fruto del cual recientemente la CGC ha analizado el primer informe de BAUs y se están tomando decisiones como la que constituir subcomisiones de la CGC para analizar las quejas que no son asuntos circunstanciales y sí que se repite incluso de año en año.

Aunque el número de quejas en función de los indicadores ISGC-P07-11: Número de quejas o reclamaciones recibidas respecto al número de usuarios (0.26 %) y ISGC-P07-12: Número de incidencias docentes recibidas respecto al número de usuarios (0.7%) no llegan a los valores meta 2% y 1% respectivamente, con lo que no se hace necesaria generar una acción de mejora específica; si consideramos que la implementación del nuevo procedimiento tendrá calado en la mejora de ISGC-P07-02: Grado de satisfacción global del alumnado con el título que, como se ha indicado en diferentes partes de este informe, está un poco por debajo de nuestra meta y debemos levantar. Para finalizar indicar que la CGC acuerda mantener este objetivo OC 09 sobre el buen gobierno aunque no esté relacionado con él acción de mejora específica habida cuenta se considera transversal a todo el plan de mejoras del centro.

En relación con este objetivo y en concreto con el Máster de Biomedicina se encuentra Debilidad por la cual,

1. La coordinadora del máster organizará reuniones anuales con los docentes del máster para conocer su satisfacción, sus inquietudes y necesidades, y así poder implementar otras acciones de mejora.
2. La coordinadora del máster organizará una reunión anual con los tutores del máster para conocer su satisfacción, sus inquietudes y necesidades, y así poder implementar otras acciones de mejora

La CGC acuerda mantener este objetivo y la acción de mejora del Plan Director previamente indicada (**AC 06.16**), aunque en el autoinforme se indica que se ha avanzado en este aspecto, al objetivo de implementar en todos los títulos de centro el P07-PFM01 Procedimiento de Gestión de la [Participación de los grupos de interés alumnado, profesorado y PAS](#).

IV) SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAS DEL CENTRO

Durante el ciclo de mejora que con este Informe de gestión se cierra, la CGC ha evaluado el **seguimiento del plan de mejora en tres ocasiones**, como queda recogido en las actas de [20.05.22](#), [22.12.22](#) y en el marco de la elaboración del presente informe el día 19.04.23. Este último seguimiento del plan de mejoras, ha sido descrito con detalle a lo largo de este Informe de Gestión y se amplía el análisis al [seguimiento de todas las Acciones de mejora del Plan Director](#) al acabar el primer año de vigencia, que como sabemos, coincide con el primer ciclo de mejora del SGC del Centro. En él se muestra el estado en el que se encuentran las acciones a la finalización del ciclo de mejora que ahora se cierra (identificadas, definidas y realizadas, conseguidas, en proceso, etc.) Estos informes de seguimiento están disponibles en la web del centro

Fruto del análisis de los resultados, ha quedado elaborado el [nuevo Plan de mejoras del centro](#) para el ciclo de mejora que en mayo'23 se inicia. La CGC acordó no mostrar en él las acciones de mejora relacionadas con recomendaciones de la ACCUA que, a la luz de los resultados de los indicadores o de las evidencias informadas, sólo quedaría para su cierre la confirmación de su resolución por parte de la ACCUA. Así quedan marcadas en el informe de seguimiento de 19.04.23. En el caso de que algunas de estas recomendaciones fueran informadas por la ACCUA aún como pendiente de resolver, la CGC procederá a actualizar el Plan de mejoras, incorporando las nuevas acciones de mejora necesarias para su resolución.

El nuevo Plan de mejoras está basado en el análisis de datos, indicadores y resultados y toma de decisiones adoptadas fruto de la aplicación del SGC que quedan recogidos en este Informe de Gestión. El [estado de las acciones de mejora de este nuevo plan que se han trasladado del ciclo anterior](#).

En el [Plan de mejora](#) se indica:

- En la columna "ORIGEN" se indican marcadas con una "R" inicial, seguida de "Med" o "Bio" las Recomendaciones de la ACCUA que fueron detectadas por esta agencia en los diferentes programas de verificación, modificación, seguimiento y renovación de la acreditación de las titulaciones del Centro.
- En la columna "NIVEL" si la acción de mejora será desarrollada por ambos títulos de centro o si solo será desarrollada por uno de los dos títulos.
- En las columnas correspondientes a "INDICADORES DE SEGUIMIENTO" y "CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR" se incluyen los indicadores estratégicos del plan director y del SGC, sus valores actuales y valores meta, así como aquellos indicadores estratégicos o evidencias relacionadas con cada acción de mejora.
- Como se ha indicado, existe un [informe específico para el seguimiento periódico de la marcha de las acciones de mejora](#), en las columnas de "SEGUIMIENTO" puede observarse los datos de este informe, al objeto de poder analizar globalmente dicho Plan.

V) INFORME SOBRE CÓMO SE HAN ATENDIDO Y RESUELTO LOS DIFERENTES ASPECTOS DETECTADOS EN EL INFORME DE CERTIFICACIÓN

No procede, ya que en el momento de elaborar y aprobar el presente informe de gestión 21-22 aún no se ha recibido informe de certificación, habida cuenta que el Centro se presenta al Programa IMPLANTA en la convocatoria de 2023 por vez primera habiendo completado al menos un ciclo anual de mejora como puede evidenciarse mediante el presente [informe de gestión 21-22 y el anterior 20-21](#)