

D^a. Casimiro Mantell
Rector de la Universidad de Cádiz

Fecha: la de la firma

REF: ACA

Asunto: Informe provisional de visita. Programa IMPLANTA

Adjunto, se remite Informe Provisional de visita para la Certificación del SGCC, correspondiente a la **Facultad de Medicina**, con ID ministerio: **11006589**.

De acuerdo con el procedimiento establecido en la "GUÍA PARA LA CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GARANTÍA DE LA CALIDAD IMPLANTADOS EN LOS CENTROS DE LAS UNIVERSIDADES ANDALUZAS", la Universidad dispone de 20 días hábiles para presentar alegaciones al Informe provisional, a contar desde la notificación. Estas alegaciones serán valoradas por la comisión de evaluación y elevadas a la Comisión de Certificación emitirá un Informe final.

No obstante, le informamos que, de forma excepcional, y considerando que las Universidades tienen declarado el mes de agosto inhábil, se determina la fecha de finalización del plazo de presentación de alegaciones hasta el 25 de septiembre (inclusive).

El informe provisional de visita contiene una valoración justificada para cada uno de los criterios, estos pueden ser: no implantado, implantación suficiente o implantación satisfactoria.

Se debe dar respuesta obligada a los aspectos incluidos en el informe, de forma que se pueda resolver esta valoración para obtener, como mínimo, una implantación suficiente del criterio. La respuesta al informe, consistirá en justificar y motivar adecuadamente, con las evidencias que ya se han aportado del SGCC, los aspectos identificados. La pretensión perseguida no es crear evidencias nuevas para aquellas cuestiones que han sido evaluadas, sino demostrar, con las que ya genera el propio SGC, cómo se resuelven las objeciones para obtener el informe favorable.

La respuesta se debe presentar en un documento desglosado en el mismo orden y formato del informe recibido, a través del registro electrónico de la administración de la Junta de Andalucía. Asimismo, esta respuesta, se debe incluir en la plataforma de la Universidad que da acceso a la información del Sistema de Garantía de Calidad del Centro, junto con las evidencias que siendo del SGC no aparezcan y hayan podido solicitarse en el informe.

EL DIRECTOR

Código Seguro de Verificación:R2U2TCUJWS5CVXRH32LF97N8AS8MD3. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	26/07/2024
ID. FIRMA	R2U2TCUJWS5CVXRH32LF97N8AS8MD3	PÁGINA	1/1
			

Informe provisional de visita. Programa IMPLANTA Convocatoria abril 2023

1. DATOS DEL CENTRO

11006589 - Facultad de Medicina
Universidad de Cádiz

2. ÁMBITO NORMATIVO

Este proceso se realiza, en el marco de la **acreditación institucional**, regulado por el **Real Decreto 640/2021, de 27 de julio, de creación, reconocimiento y autorización de universidades y centros universitarios, y acreditación institucional de centros universitarios**, donde establece como uno de los requisitos para su obtención, en el art. 14 apartado 3.b, *que los centros universitarios tendrán que contar con la certificación de la implantación de su sistema de garantía interno de calidad, que podrá ser expedido las agencias de Calidad españolas inscritas en el Registro Europeo de Agencias de Calidad (European Quality Assurance Register, EQAR).*

La ACCUA, como órgano competente, efectúa esta evaluación a través de las comisiones de expertos, externos al sistema universitario andaluz, designadas al efecto, aplicando los criterios establecidos en la **"Guía para la certificación y seguimiento de sistemas de garantía de la calidad implantados en los centros de las universidades andaluzas. Programa IMPLANTA-SGCC"**, aprobada por el Comité Técnico de Evaluación y Acreditación (CTEyA) el 08/02/2023 – V4.0.

3. CONTENIDO DE LA EVALUACIÓN

Revisada y analizada la documentación aportada, las evidencias presentadas y la información recogida en la visita al centro, en este informe provisional la Comisión expone las siguientes valoraciones, sobre las que se pueden contemplar aspectos que deben ser subsanados para la obtención de la certificación del SGCC implantado y otros aspectos que mejorarán la propuesta de la implantación del SGC del Centro.

Código Seguro de Verificación:R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma>

FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	26/07/2024
ID. FIRMA	R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX	PÁGINA	1/19
			

INTRODUCCIÓN:

Tanto la Universidad de Cádiz (en adelante, UCA) como su Facultad de Medicina (en adelante, FM), evidencian un alto compromiso institucional con la integración de la cultura de calidad dentro de sus procesos, evidenciado durante el recorrido ya iniciado desde hace años. En particular, la FM, presenta una satisfactoria trayectoria desde su creación, habiendo madurado de manera general y en el contexto del aseguramiento de la calidad desde su primer Manual de Calidad, con certificación positiva de su diseño en noviembre de 2010, hasta el última versión aprobada en enero de 2023, así como la integración del marco de garantía de calidad del Plan Estratégico de la UCA (PEUCA) y sus objetivos estratégicos con los propios del Centro a través de Plan Director desde 2022.

Durante el periodo analizado en esta evaluación, que incluye los cursos 2020/21 a 2022/23, no se evidencian cambios sustanciales en la estructura de gobierno de la FM y en febrero de 2024 toma posesión el nuevo equipo decanal.

El centro muestra un alto nivel de esfuerzo para tratar de avanzar hacia la Acreditación Institucional y hacia la integración de la calidad en la vida del Centro.

Dentro del ciclo de mejora continua del SGC del Centro, se evidencia la tercera versión del Manual del Sistema de Garantía de Calidad de los Centros de la UCA en enero de 2023 para la inclusión del Proceso de Auditorías Internas en el Sistema y la Actualización del Manual de Procesos. La Comisión de Garantía de Calidad de Centro cuenta desde mayo de 2024 con un Cronograma anual de tareas periódicas a desarrollar en las diferentes sesiones de trabajo de la misma así como para la adecuada rendición de cuentas con un resumen de tareas realizadas y acuerdos adoptados en cada una de sus sesiones de trabajo desde el curso 2020-2021.

Esta certificación de implantación tiene un alcance sobre un título de Grado y un título de Máster, y se imparte también un título conjunto cuya universidad coordinadora es la Universidad de Cantabria por lo que no entra dentro del alcance del Centro, alcance que no se ha modificado en los últimos 3 años. En este tiempo se ha realizado la quinta modificación del Grado de Medicina así como la primera modificación no sustancial del Máster Universitario en Biomedicina.

Código Seguro de Verificación:R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	26/07/2024
ID. FIRMA	R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX	PÁGINA	2/19
			

CRITERIO 1. INFORMACIÓN PÚBLICA

El Centro tiene implantados procesos que garantizan la publicación de información actualizada de sus actividades y resultados de los programas formativos. Implantación Suficiente

Justificación:

Dentro del Sistema de Garantía de Calidad de los Centros de la Universidad de Cádiz (SGCC) alineado con el Plan Director de 2022 así como con el Plan Estratégico vigente de la UCA (PEUCA3), la Facultad de Medicina cuenta con el procedimiento P01. Difusión de la información (con fecha de última actualización de enero de 2023), que tiene como objetivo de establecer mecanismos para publicar la información sobre el plan de estudios, su desarrollo y sus resultados. Del mismo modo, el Centro evidencia un plan de comunicación (P01-PFM01), actualizado a fecha de 28 de abril de 2022, donde aparecen diferentes formas de contacto (números de teléfono, WhatsApp, correos electrónicos y WEBs de contacto). Cabe destacar que en el Plan de comunicación se evidencia el uso del Sistema Oficial de Comunicación de la Universidad de Cádiz (TAVIRA).

La información se recoge en una única página web, la cual está permanentemente en actualización, lo que puede evidenciarse en las fechas de actualización de cada página. Es remarcable que dentro de la web se recoge información pública sobre Estrategia y Calidad.

La información se controla mediante los indicadores ISGC-P01-01: Grado de satisfacción del alumnado con la información publicada del Título-Centro, ISGC-P01-02: Grado de satisfacción del PDI con la información publicada del Título-Centro y ISGC-P01-03: Grado de satisfacción del PAS con la información publicada sobre las titulaciones y el Centro, si bien no se evidencian indicadores ni registros de accesibilidad y seguimiento. En el Cuadro de Mando Integral se evidencian resultados de estos tres indicadores no llegando a la meta en ninguno de los tres en el curso 21/22, evidenciando únicamente su alcance en los estudiantes en el 22/23.

La revisión de los indicadores deriva en la mejora continua del procedimiento a partir de evidencias (RSGC P02-02: Informe de Gestión, registros documentales que evidencian las peticiones de los grupos de interés sobre difusión de información (CAUs, correos electrónicos, actas de órganos colegiados, etc.) y web del centro.

Dentro de las evidencias aportadas, así como acorde con la sistemática propuesta, se muestra como la información pública se revisa y actualiza anualmente (junio/julio) por el equipo de dirección y la Comisión de Garantía de Calidad del Centro.

Código Seguro de Verificación:R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	26/07/2024
ID. FIRMA	R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX	PÁGINA	3/19
			

Dentro del procedimiento P01 - Difusión de la información, se establece al Equipo de Dirección del Centro como responsable encargado de la actualización de la información anualmente (junio/julio); igualmente se asigna al Servicio de Gestión de la Calidad para la elaboración y publicación del informe de indicadores así como la Comisión de Garantía de Calidad (CGC) para la toma de decisiones sobre la información pública, si bien no se evidencia la descripción de los medios y canales para obtener información de cada uno de los grupos de interés sobre los enfoques de la comunicación del Centro.

Con respecto a la difusión de la información existen 3 indicadores con trazabilidad sobre los últimos 5 años desde el curso 2018-2019 hasta el curso 2022-2023 que son el Grado de satisfacción del alumnado con la información publicada del Título-Centro, el Grado de satisfacción del PDI con la información publicada del Título-Centro y el Grado de satisfacción del PTGAS con la información publicada de el/los Centro/s vinculados los 3 con un único objetivo de calidad del Centro, el OC19 que es Mejorar las estrategias de comunicación interna y externa de la Facultad que está vinculado a su vez a la acción AC19 Elaboración, aprobación y actualización si fuera necesario del Plan de Comunicación 1.0 de la Facultad de Medicina, que pueda dar respuesta a una acreditación institucional del SGC de la Facultad, y a la acción relacionada 7.4.1. Promover la elaboración y puesta en marcha de plan de comunicación interna de la UCA. Se utilizan como indicadores los registros documentales que evidencien las decisiones adoptadas por los órganos responsables sobre la publicación, revisión y propuesta de mejora, en su caso, de la información pública (actas de la Comisión de Garantía de Calidad).

A la vista de las evidencias aportadas, se recomienda ampliar el alcance de las herramientas de medición para la realización de una adecuada toma de decisiones sobre la información pública, de manera que se amplíen los grupos de interés para recoger su percepción (incluyendo empleadores y demás agentes externos) así como otras herramientas de medición cuantitativas de usabilidad y accesibilidad que permitan evaluar y analizar las necesidades y cumplimiento de expectativas de todos los grupos de interés.

Dentro del P01 sobre la difusión de la información, no se evidencia con claridad la sistemática de revisión y análisis de la información publicada: si bien se evidencian indicadores y documentos asociadas al proceso, no queda bien documentada la sistemática de revisión, análisis, mejora y seguimiento de la mejora, así como se recomienda potenciar lo relativo a los puntos de revisión y toma de decisiones, ampliando los resultados del Observatorio de Resultados.

Si bien no se evidencia documentalmente en su totalidad la sistemática para el seguimiento de acciones, se muestran acciones de mejora relativas a la información publicada a través de los planes de mejora de las titulaciones de la Facultad de Medicina; también durante la visita el panel evaluador ha podido comprobar que se realiza la actualización periódica de la información relevante, fundamentalmente en lo que afecta al colectivo de estudiantes (guías docentes especialmente).

Se recomienda integrar la visión de la edición y seguimiento de acciones de mejora a nivel de títulos con una visión que encuadre dentro de la visión a nivel Centro, ampliando el alcance más allá de las

Código Seguro de Verificación:R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	26/07/2024
ID. FIRMA	R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX	PÁGINA	4/19
			

titulaciones, de manera que se muestren planes de mejora con seguimiento de acciones que han llevado o pretenden llevar a cabo, resultado de revisión del análisis de la información publicada y la revisión periódica del proceso de información pública.

El procedimiento P01 recoge 3 indicadores donde se muestra el grado de satisfacción del alumnado, del PDI y del PAS con la información publicada, si bien se sugiere ampliar los grupos de interés a analizar (haciendo especial hincapié en los tutores clínicos externos y empleadores) así como ampliar el alcance de los indicadores a valorar, de manera que se permita apuntar más concretamente tanto a las fortalezas como a las debilidades. Sobre este aspecto, dentro del análisis de los resultados recogidos de los distintos grupos de interés, se aportan evidencias de la información recogida a nivel Universidad y Título adecuada a los valores objetivo (IN28 e IN52), si bien no se identifica si esta información está sirviendo para introducir cambios cuando corresponda.

Tanto en las sesiones mantenidas como en la información aportada, se indica que actualmente se encuentran en proceso de modificación del procedimiento del plan de comunicación e incorporación a la planificación de la rendición de cuentas, recogiendo que en el momento de esta evaluación no se ha elaborado aún el borrador, reflejando dentro del plan de mejoras 2024-2025 una acción de mejora vinculada (AC19) que incluye la Actualización del Plan de Comunicación 2.0 de la Facultad de Medicina, que pueda dar respuesta de manera específica a cada grupos de interés y con ello a una acreditación institucional del SGC de la Facultad.

No se evidencian los informes de auditorías relativos a la información pública del curso 2021/2022.

Dentro del procedimiento P07 sobre la medición de resultados, se evidencia el subprocedimiento P07-PFM03 sobre el análisis y actuación ante BAUs de Incidencias docentes del Centro, estableciendo la sistemática al respecto de este punto. Dentro de este procedimiento se evidencian la realización de su seguimiento a través de indicadores del proceso (ISGC-P07-11: Número de quejas o reclamaciones recibidas respecto al número de usuarios, ISGC-P07-12: Número de incidencias docentes recibidas respecto al número de usuarios, ISGC-P07-13: Número de sugerencias recibidas respecto al número de usuarios, ISGC-P07-14: Número de felicitaciones recibidas respecto al número de usuarios) así como indicadores específicos del procedimiento (ISGC-P07-PFM01: Número de incidencias docentes detectadas por el centro con respecto al número de usuarios de los títulos).

Se evidencia el análisis de las quejas obtenidas a través del Informe de BAUs e Incidencias docentes de Centro a analizar por la CGC y siendo responsabilidad de la Inspección de Servicios su elaboración, aunque no queda bien documentada la sistemática de la recogida de esta información. Se sugiere incorporar información desagregada por grupo de interés sobre las consultas o incidencias recibidas. Se evidencia un código de buenas prácticas en el uso del BAU.

Aspectos que atendidos en este periodo de alegaciones mejorarán la propuesta del SGCC presentada:

Código Seguro de Verificación:R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	26/07/2024
ID. FIRMA	R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX	PÁGINA	5/19
			

- 01. Se recomienda mejorar la documentación en las que se describan los medios y canales para obtener información de cada uno de los grupos de interés sobre los enfoques de comunicación del centro.
- 02. Se recomienda ampliar el alcance de las herramientas de medición para la realización de una adecuada toma de decisiones sobre la información pública, de manera que se amplíen los grupos de interés para recoger su percepción, así como otras herramientas de medición cuantitativas de usabilidad y accesibilidad que permitan evaluar y analizar las necesidades y cumplimiento de expectativas de todos los grupos de interés.
- 03. Se recomienda mejorar la sistemática de revisión y análisis de la información publicada y su documentación.
- 04. Se recomienda integrar la visión de la edición y seguimiento de acciones de mejora a nivel de títulos con una visión que encuadre dentro de la visión a nivel Centro, ampliando el alcance más allá de las titulaciones.
- 05. Se sugiere ampliar los grupos de interés a analizar cuando se evalúa el grado de satisfacción (haciendo especial hincapié en los tutores clínicos externos y empleadores) así como ampliar el alcance de los indicadores a valorar, de manera que se permita apuntar más concretamente tanto a las fortalezas como a las debilidades.
- 06. Se recomienda mejorar la forma de documentar las decisiones tomadas en base a los análisis recogidos de los distintos grupos de interés.
- 07. Se recomienda mejorar la documentación sobre la sistemática de la recogida de información del proceso de recogida de incidencias y quejas. Se sugiere incorporar información desagregada por grupo de interés sobre las consultas o incidencias recibidas.
- 08. Se recomienda completar la documentación de los informes de auditorías relativos a la información pública.

CRITERIO 2. POLÍTICA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

2.1. El Centro tiene una política de calidad y objetivos estratégicos públicos vinculados a su Sistema de Garantía de la Calidad.

2.2. El Centro tiene implantados procesos que garantizan la recogida, el análisis y la utilización de información (resultados, datos e indicadores) para la toma de decisiones y la mejora de la calidad de las enseñanzas.

Implantación Suficiente

2.3. El Centro tiene implantados procesos para asegurar la mejora continua de sus programas formativos

Código Seguro de Verificación:R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	26/07/2024
ID. FIRMA	R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX	PÁGINA	6/19
			

Justificación:

El Centro tiene definidas las responsabilidades del SGCC así como los grupos de interés adecuados dentro del procedimiento P02-Proceso para la revisión del Sistema de Gestión de Calidad del Centro y su Manual del Sistema de Garantía de Calidad del Centro, alineados con el Plan Director del Centro y a su vez, con el Plan Estratégico de la Universidad de Cádiz.

Tanto en las sesiones mantenidas como en las evidencias aportadas, se evidencian los mecanismos necesarios para recoger y obtener la información sobre la política de calidad y los objetivos del Centro, vinculados especialmente con el correcto desarrollo de la implantación del título y orientado hacia la mejora continua.

Toda esta recogida de información, se evidencia en la última edición de mayo de 2022 de los objetivos del Centro (con indicadores asociados), del mismo modo se evidencian las funciones, composición y reglamento (del 21 de diciembre 2021), actas y acuerdos (desde 2009 a 2024) de la Comisión de Garantía de la Calidad del Centro.

Se evidencia como el encargo principal de revisión de la política de calidad y objetivos estratégicos del Centro recae sobre la Junta de Facultad y difundida por el Equipo de Gobierno del Centro, si bien dentro del Reglamento de Régimen Interno de la Facultad de Medicina, donde se establecen las funciones de la Junta de Facultad, no se evidencia la revisión de esta Política de Calidad y Objetivos estratégicos. Se recomienda mejorar la sistemática de revisión de la Política de Calidad y los Objetivos estratégicos, dentro del Reglamento de Régimen Interno de la Facultad de Medicina.

Dentro de la sistemática, en su punto 2, donde se establece que el Centro revisará y, en su caso, actualizará la política y objetivos de calidad que deberán estar fundamentados en el análisis interno y externo previo, alineados con la estrategia y política de la Universidad, se recomienda clarificar la temporalidad adecuada y mínima, no dejando abierto con el término, en su caso, así como, estableciendo los mecanismos que permitan valorar cómo se tiene en cuenta la participación de los diferentes grupos de interés vinculados al Centro.

El Centro presenta evidencia forma y pública de la segunda versión de la política de calidad, aprobada por la Junta de la Facultad de Medicina y por la Comisión de Garantía de Calidad el día 20 de mayo de 2022, en la que se indican los objetivos generales. Del mismo modo, se evidencia la aprobación en la misma fecha del Plan Director del Centro, que integra y alinea la política y objetivos estratégicos con los objetivos estratégicos del Plan Estratégico de la UCA, evidenciando a través del documento publicado sobre el Alineamiento del Plan Director 22-25 con PEUCA 3.

Esta puesta en marcha de la definición y revisión tanto de la política como de los objetivos generales del Centro, se evidencia la revisión de resultados aprobados anteriormente por la Comisión de Garantía de Calidad del Centro el día 13 de mayo de 2024 y por Junta de Facultad el día 15 de mayo 2024, tras revisión de versión 01 anterior a la luz del Informe de Gestión y Plan de Mejoras aprobados dichos días, para la segunda versión de la Política de Calidad del Centro.

Código Seguro de Verificación:R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	26/07/2024
ID. FIRMA	R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX	PÁGINA	7/19
			

Los resultados relacionados con el despliegue de la política de calidad y objetivos generales del Centro, se evidencia que se recogen a través del Informe de Gestión y de los Planes de Mejora, mostrándose públicamente los Informes de Gestión del Centro para los cursos 2020/2021, 2021/2022 y 2022/2023 con la revisión del Sistema de Garantía de Calidad y de cada uno de sus criterios, así como se muestra públicamente el Seguimiento del Plan de mejoras del Centro y el documento de Alineamiento del Plan Director 22-25 con PEUCA 3, que relaciona el alcance de toma de decisiones de Centro a Universidad.

El Centro presenta un plan de mejora vinculado con la revisión de la política de calidad y de los objetivos generales del Centro 2022-2025, alineado con los objetivos estratégicos de la UCA. Dentro de este plan de mejora se evidencia el origen, nivel, responsable, prioridad, fecha de inicio y fin, indicadores de seguimiento, valor actual del indicador, cumplimiento del indicador, evidencias y seguimiento del Plan por el Comité de Garantía de Calidad (fecha de evaluación, análisis, estado u fecha de cumplimiento).

Junto con este Plan Anual de Mejora, se evidencia la generación de un Cuadro de Mando, así como planes de mejora anuales de los títulos del Centro.

En el actual seguimiento del plan de mejora y seguimiento de los objetivos de calidad del Centro, resultando actualmente de las 47 acciones un 38,30% como totalmente cumplidas.

Se evidencia, en lo relativo a la rendición de cuentas, dentro del procedimiento P02-Proceso para la revisión del Sistema de Garantía de Calidad del Centro, la relación de documentos relacionados (Plan director, Política de calidad, Objetivos Estratégicos de calidad, Informe de Gestión del centro, Cuadro de mando-Resultados de Indicadores del centro y de los títulos, Plan de Mejoras del centro Seguimiento, Conclusiones sobre los asuntos tratados en la Junta de Facultad, Conclusiones sobre asuntos tratados en la CGC, Informe de conclusiones de reuniones del grupo de interés del alumnado, Informe de conclusiones de reuniones del grupo de interés del profesorado e Informe de conclusiones de reuniones de grupos de interés del PAS), donde se muestra la información, grupo de interés relacionado, el canal utilizado, el responsable y la fecha.

No obstante, se recomienda potenciar la evaluación y valoración temporal de los resultados, así como incrementar la evidencia de la rendición de cuentas a los diferentes grupos de interés.

Del mismo modo, se recomienda establecer mecanismos que permitan evaluar el impacto de las acciones de mejora desplegadas.

La Facultad de Medicina, alineada con la estrategia de la UCA en la gestión de la información (donde se registran, entre otros, los datos académicos, indicadores de SGC, Información para la gestión interna, Prácticas en empresas y Tasas de rendimiento académico), evidencia diferentes herramientas en función de la categoría de información que presentan y gestionan, como son: el Sistema de Información de la UCA, la web del Centro y el espacio Colabora como repositorio documental.

Código Seguro de Verificación: R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	26/07/2024
ID. FIRMA	R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX	PÁGINA	8/19
			

Como complementarias a éstas, se evidencian otras herramientas dentro del procedimiento P07 sobre la medición de resultados, como son: HSGC-P7-01: Cuestionario de evaluación de la satisfacción con el título: Alumnado, HSGC-P7-02: Cuestionario de evaluación de la satisfacción con el título: Profesorado, HSGC-P7-03: Cuestionario de evaluación de la satisfacción con el Centro: Personal de Administración y Servicios y HSGC-P07-04: Cuestionario sobre Inserción laboral y satisfacción de los egresados con la formación recibida.

No se evidencia evaluaciones de alumnos y tutores relativos al Grado en Medicina.

Se recomienda completar para todos los cursos académicos la información que ofrecen los indicadores (entre otros el Informe de resultados de Análisis de la Satisfacción del PDI).

En algunos casos, como son la evolución del número de matriculados, aprobados y egresados, no se evidencia la desagregación de los valores por titulación y centro, por lo que se recomienda avanzar en la estrategia de niveles de información dentro del Sistema de Información de la UCA.

En algunos de los casos de recogida de percepción, no se evidencia la tasa de respuesta obtenida, de manera que se permita evaluar la fiabilidad y validez de los resultados obtenidos, de manera que permitan una adecuada toma de decisiones al respecto.

Se sugiere valorar la posible ampliación de indicadores específicos del Grado en Medicina, como pueden ser el número de aprobados en MIR, puestos que ocupan y otros particulares de esta titulación, que permitan ampliar el análisis.

Se recomienda profundizar en la sistemática de recoger y considerar periódicamente las aportaciones de todos los grupos de interés incluyendo también otros aspectos fundamentales del entorno (económico, social y científico).

El Centro realiza anualmente informes de gestión, donde se analiza la difusión de la información del centro, la política y objetivos de calidad, planificación y desarrollo de la enseñanza, profesorado, recursos para el aprendizaje y apoyo al estudiantado y resultados; a este respecto se sugiere incorporar el análisis de información sobre la empleabilidad o revisión y mejora de otros indicadores específicos del título como son el número de aprobados MIR así como su posición.

Se recomienda finalizar la aprobación por parte de la CGC del informe correspondiente al curso 2022-23.

Dentro de los informes de gestión del Centro se evidencian planes de mejora, así como información de la evaluación del Plan anual de Mejora del Centro, acorde con la sistemática establecida. Estos planes de mejora, se encuentra alineados con el Plan Director del Centro y del Plan Estratégico de la UCA, así como con los objetivos de calidad del Centro y estratégicos de Universidad.

Del mismo modo, se evidencia la realización de autoinformes de evaluación por titulación (Grado y

Código Seguro de Verificación:R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	26/07/2024
ID. FIRMA	R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX	PÁGINA	9/19
			

Máster) asociando planes de mejora desde 2010-11.

Se recomienda potenciar los indicadores y datos que avalan las acciones de mejora continua y sobre todo, lo referente al alcance de las acciones y a la participación de los grupos de interés.

El SGC de la Facultad de Medicina presenta el procedimiento P02 sobre la revisión del Sistema de Gestión de la Calidad, actualizado en enero de 2023. Documentalmente, se evidencia el adecuado despliegue del procedimiento, como se muestra en las actas de la CGC así como en el cronograma de secuenciación de los objetivos del Centro incluidos en el Plan Director del Centro. Sobre esto, como ya se ha dicho, se recomienda potenciar el análisis del entorno socioeconómico, para incluir esta información en los procedimientos de mejora de las titulaciones bajo su alcance.

El SGC de la Facultad de Medicina presenta el procedimiento P03 sobre el diseño, seguimiento y mejora de los programas formativos, actualizado en enero de 2023, con el objeto de establecer la sistemática por la que el centro diseña su oferta formativa, evalúa y mejora sus programas y, en su caso, los extinguen.

Dentro de la sistemática, se evidencia el Reglamento para la creación, modificación, suspensión, extinción y gestión de títulos oficiales en la Universidad de Cádiz así como se indica que se creará una Comisión, aunque no se determina la composición de la misma. Del mismo modo, se evidencia el subprocedimiento P04-PFM01 sobre la revisión anual de los planes y las programaciones docentes conforme a las memorias de los títulos (Guías docentes), donde se muestran las actuaciones y criterios a desarrollar, si bien no se evidencia el órgano encargado de este procedimiento más allá del marco establecido por el Vicerrectorado de Planificación.

El centro recoge evidencias de seguimiento en el Plan de Mejora, si bien, se recomienda mejorar la sistemática sobre el análisis de resultados y acciones derivadas.

El procedimiento P03 sobre el diseño, seguimiento y mejora de los programas formativos, con fecha 1 de febrero de 2023, se incluye el proceso de suspensión y extinción de los programas formativos, si bien no se evidencia la necesidad de uso de este procedimiento durante el alcance temporal de esta visita.

Se recomienda avanzar en la sistemática de la gestión de los títulos conjuntos.

Aspectos que atendidos en este periodo de alegaciones mejorarán la propuesta del SGCC presentada:

- 01. Se recomienda mejorar la sistemática de revisión de la Política de Calidad y los Objetivos estratégicos, dentro del Reglamento de Régimen Interno de la Facultad de Medicina.
- 02. Se recomienda clarificar la temporalidad adecuada y mínima, no dejando abierto con el término

Código Seguro de Verificación:R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	26/07/2024
ID. FIRMA	R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX	PÁGINA	10/19
			

"en su caso" así como estableciendo los mecanismos que permitan valorar cómo se tiene en cuenta la participación de los diferentes grupos de interés vinculados al Centro, dentro de la sistemática, en su punto 2, donde se establece "el Centro revisará y, en su caso, actualizará la política y objetivos de calidad que deberán estar fundamentados en el análisis interno y externo previo, alineados con la estrategia y política de la Universidad".

- 03. Se recomienda potenciar la evaluación y valoración temporal de los resultados, así como incrementar la evidencia de la rendición de cuentas a los diferentes grupos de interés.
- 04. Se recomienda establecer mecanismos que permitan evaluar el impacto de las acciones de mejora desplegadas.
- 05. Se recomienda establecer evaluaciones de alumnos y tutores relativos al Grado en Medicina.
- 06. Se recomienda completar para todos los cursos académicos la información que ofrecen los indicadores (entre otros el Informe de resultados de Análisis de la Satisfacción del PDI).
- 07. Se recomienda avanzar en la estrategia de niveles de información dentro del Sistema de Información de la UCA (pe. evolución del número de matriculados, aprobados y egresados).
- 08. Se recomienda establecer valores que permitan evaluar la fiabilidad y validez de los resultados obtenidos, principalmente en lo relativo a la recogida de la percepción.
- 09. Se sugiere valorar la posible ampliación de indicadores específicos del Grado en Medicina, como pueden ser el número de aprobados en MIR, puestos que ocupan y otros. Además, se sugiere incorporar en los informes de gestión el análisis de información sobre la empleabilidad o revisión y mejora de otros indicadores específicos del título como son el número de aprobados MIR así como su posición.
- 10. Se recomienda profundizar en la sistemática de recoger y considerar periódicamente las aportaciones de todos los grupos de interés incluyendo también otros aspectos fundamentales del entorno (económico, social y científico).
- 11. Se recomienda finalizar la aprobación por parte de la CGC del informe correspondiente al curso 2022-23.
- 12. Se recomienda potenciar los indicadores y datos que avalan las acciones de mejora continua y sobre todo, lo referente al alcance de las acciones y a la participación de los grupos de interés.
- 13. Se recomienda mejorar la sistemática sobre el análisis de resultados y acciones derivadas del Plan de mejora.
- 14. Se recomienda avanzar en la sistemática de la gestión de los títulos conjuntos.

CRITERIO 3. PERSONAL DOCENTE E INVESTIGADOR

El Centro tiene implantados procesos que garantizan la capacitación, competencia y cualificación del personal con actividad docente.

Implantación Suficiente

Código Seguro de Verificación:R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	26/07/2024
ID. FIRMA	R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX	PÁGINA	11/19
			

Justificación:

El SGCC de la Facultad de Medicina presenta el procedimiento P05 sobre la gestión del personal académico, con el objeto de garantizar que el profesorado previsto para el desarrollo de la docencia en el plan de estudios es suficiente y adecuado para asegurar la adquisición de las competencias por parte del alumnado, estableciendo para ello un sistema para la mejora de la calidad docente a través de la formación y desarrollo, innovación docente y evaluación del profesorado de la Universidad de Cádiz.

Dentro de la sistemática se evidencian las responsabilidades del Vicerrectorado con competencias en profesorado en lo relativo al diseño y elaboración de la Política de Personal Académico de la Universidad de Cádiz, así como de su aplicación, revisión y mejora y cronograma donde figuran los responsables de los procesos de formación e innovación del profesorado que incluyen a responsables de curso anterior (Personal y responsables de centro y departamentos para la detección de las necesidades de formación académica del PDI y para la convocatoria de innovación docente) y responsables de curso actual (Personal, el propio profesorado y el sistema de información y el servicio de gestión de la calidad que recaba la información, elabora el informe de resultados y publica en el Sistema de Información), así como se evidencia la Unidad de Formación e Innovación Docente, como unidad organizativa dependiente del Vicerrectorado de Profesorado y responsable de diseñar y desarrollar acciones en el ámbito de la formación integral del PDI, la innovación educativa y la evaluación de la actividad docente con el fin de mejorar la calidad de la enseñanza y favorecer el desarrollo de la profesionalidad de su profesorado.

Se observan algunas desconexiones en la sistemática de diseño, evaluación y revisión de acciones para promover la formación del profesorado, así como las acciones para fomentar la innovación en los métodos de enseñanza y el uso de nuevas tecnologías, así como la vinculación del despliegue de estas acciones y su impacto y contribución en la mejora de la calidad del profesorado que imparte docencia en las titulaciones del Centro.

El SGCC del Centro incluye un procedimiento P05-Proceso de gestión del personal académico, si bien se recomienda clarificar qué información se necesita y recibe el Centro, cómo se analiza y que sistemática de detección e identificación de profesorado para cada programa formativo, más allá de las encuestas de satisfacción y las reuniones con el claustro definidas en el P7-PFM01 (Procedimiento de Participación de los Grupos de Interés de los Estudiantes, Profesorado y PTGAS) entre el equipo decanal y el Profesorado.

Se recomienda mejorar los mecanismos que permitan garantizar la utilidad de la información recabada para detectar e identificar las necesidades de dotación personal académico, atendiendo al perfil requerido para cada programa formativo.

Código Seguro de Verificación:R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	26/07/2024
ID. FIRMA	R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX	PÁGINA	12/19
			

El SGCC de la Facultad de Medicina presenta el subprocedimiento ISGC-P05-02 sobre la determinación de la participación del profesorado en acciones formativas, así como el subprocedimiento ISGC-P05-03 sobre la participación del profesorado en proyectos de innovación y mejora docente.

Dentro de la sistemática del procedimiento P05, el Centro dispone de indicadores (ISGC-P05-01 al ISGC-P05-07) y evidencias que permiten valorar la mejora de la calidad del profesorado, si bien se recomienda mejorar la forma de documentar la sistemática de análisis y seguimiento de dicha información.

En relación con la mejora de la calidad docente, el procedimiento P05 identifica en su punto 2.3 el proceso de evaluación de la actividad docente plasmado en el Manual DOCENTIA-UCA, si bien este proceso de evaluación requiere mejoras para alinearse con la actualización a nivel nacional de mayo de 2021. En particular se recomienda ampliar y posibilitar la evaluación de todo el profesorado y se sugiere analizar la capacidad discriminación del modelo, a la vista de los actuales resultados.

A través de los autoinformes de seguimiento de los títulos, el Centro analiza los resultados en el apartado específico para el profesorado, donde se incluyen recomendaciones, acciones de mejora, análisis de indicadores (incluidos los de satisfacción), aspectos relacionados con el TFG/TFM y las prácticas, enseñanza virtual/híbrida e identificación de puntos fuertes, si bien, se recomienda realizar propuestas de mejora de la información recibida por la aplicación del procedimiento que le ayude en la toma de decisiones (p.ej. nuevos indicadores, desglose de información, periodicidad, solicitud de modificaciones de la encuesta de profesorado, modificación de procedimiento de análisis de necesidad, etc.).

Dentro de la web de la Facultad, se evidencia el apartado de Plan de Mejoras, donde se evidencia la generación del Plan Anual de Mejoras del Centro, donde se establecen acciones alineadas con los objetivos estratégicos en lo relativo a las necesidades de plantilla del profesorado de los títulos del Centro; así como en los autoinformes, se evidencian planes anuales de mejora, donde se evidencian aspectos relacionados con el personal docente.

Aspectos que atendidos en este periodo de alegaciones mejorarán la propuesta del SGCC presentada:

- 01. Se recomienda mejorar la sistemática de diseño, evaluación y revisión de acciones para promover la formación del profesorado, así como las acciones para fomentar la innovación en los métodos de enseñanza y el uso de nuevas tecnologías, así como la vinculación del despliegue de estas acciones y su impacto y contribución en la mejora de la calidad del profesorado que imparte docencia en las titulaciones del centro.
- 02. Se recomienda clarificar qué información se necesita y recibe el Centro, cómo se analiza y que sistemática de detección e identificación de profesorado para cada programa formativo, más allá de las encuestas de satisfacción y las reuniones con el claustro definidas en el P7-PFM01 (Procedimiento de

Código Seguro de Verificación:R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	26/07/2024
ID. FIRMA	R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX	PÁGINA	13/19
			

Participación de los Grupos de Interés de los Estudiantes, Profesorado y PTGAS) entre el equipo decanal y el Profesorado.

- 03. Se recomienda mejorar los mecanismos que permitan garantizar la utilidad de la información recabada para detectar e identificar las necesidades de dotación personal académico, atendiendo al perfil requerido para cada programa formativo.
- 04. Se recomienda mejorar la forma de documentar la sistemática de análisis y seguimiento de la información que permite valorar la mejora de la calidad del profesorado.
- 05. En relación con la mejora de la calidad docente, el procedimiento P05 identifica en su punto 2.3 el proceso de evaluación de la actividad docente plasmado en el Manual DOCENTIA-UCA, si bien este proceso de evaluación requiere mejoras para alinearse con la actualización a nivel nacional de mayo de 2021. En particular se recomienda ampliar y posibilitar la evaluación de todo el profesorado y se sugiere analizar la capacidad discriminación del modelo, a la vista de los actuales resultados.
- 06. Se recomienda realizar propuestas de mejora de la información recibida por la aplicación del procedimiento de seguimiento títulos del Centro que le ayude en la toma de decisiones (p.ej. nuevos indicadores, desglose de información, periodicidad, solicitud de modificaciones de la encuesta de profesorado, modificación de procedimiento de análisis de necesidad, etc.).

CRITERIO 4. GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS

El Centro tiene implantados procesos que garantizan la disponibilidad de recursos materiales y servicios suficientes que contribuyan a la oferta de actividades de aprendizaje del alumnado.

Implantación Suficiente

Justificación:

El SGCC de la Facultad de Medicina incluye un procedimiento P06 sobre la de recursos para el aprendizaje y apoyo al estudiante donde se establece el modo en el que se gestionan los servicios y recursos (espacios y recursos docentes, Servicios generales, y Campus virtual) y apoyo al estudiante (Orientación profesional).

En lo relativo a la recogida de información sobre disposición de materiales, se evidencian las responsabilidades tanto del Centro como de los Vicerrectorados con competencias y las Unidades Administrativas correspondientes, mostrando la sistemática en lo relativo al acceso, admisión y matrícula, apoyo y orientación al estudiante.

Se recomienda mejorar la sistemática utilizada para valorar la utilidad de la información y resultados que recoge el Centro para la detección de necesidades y dotación de personal de administración y servicios, atendiendo a las características propias de cada titulación; garantizando la participación de

Código Seguro de Verificación:R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	26/07/2024
ID. FIRMA	R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX	PÁGINA	14/19
			

los diferentes grupos de interés.

La sistemática que el Centro presenta para el control, revisión periódica y mejora continua de la gestión de los recursos materiales y servicios, se realiza a través del Cuadro de Mando, donde se evidencian dos indicadores sobre infraestructuras físicas para la impartición de la docencia (ISGC-P06-03: Grado de satisfacción del alumnado con los recursos materiales e infraestructuras del título y ISGC-P06-04: Grado de satisfacción del profesorado con los recursos materiales e infraestructuras del título). Asimismo, se dispone de indicadores de algunos servicios ofertados (ISGC-P06-07: Grado de satisfacción del alumnado con los programas y actividades de apoyo y orientación académica, ISGC-P06-PM01: Grado de satisfacción del alumnado con la Oficina de Ayuda al Estudiante de medicina (OAE) y ISGC-P06-08: Grado de satisfacción del alumnado con los programas y actividades de orientación profesional). En el Cuadro de mando, se pueden ver las tendencias de los últimos 5 años y la meta para cada uno de ellos. Se recomienda ampliar la información cualitativa presentada con otros indicadores cuantitativos de operatividad y rendimiento que amplíen el alcance de análisis sobre la gestión de recursos materiales y servicios.

En referencia a la toma de decisiones basada en resultados, se evidencian las actas de la Comisión de Garantía de Calidad donde se abordan, entre otros, aspectos del sistema incluyendo la gestión de los recursos materiales y servicios de apoyo a la docencia, así como en el Informe de gestión del centro, en el apartado de recursos para el aprendizaje y apoyo al estudiantado, tanto para el Grado en Medicina como para del Máster en Biomedicina, se analizan dichas actas y los informes y documentos para el análisis de los resultados en el Sistema de Información de la UCA y la rendición de cuentas en el apartado de resultados del proceso de Enseñanza-aprendizaje, todo ello deriva en la generación de acciones.

Si bien la sistemática del diseño se considera adecuada, se recomienda mejorar la sistemática de toma de decisiones, así como el análisis del impacto de las acciones de mejora diseñadas.

No se evidencia, más allá de la visión dentro de la CGC del Centro, la implicación y participación de los diferentes grupos de interés en la toma de decisiones sobre la gestión de actividades, recursos materiales y servicios.

En relación con la gestión de los planes de mejora se evidencia una primera parte de generación de planes de mejora del Centro, donde se incluyen acciones en relación con los recursos materiales y servicios y una segunda parte de generación de planes anuales de mejora en los autoinformes de los títulos, donde se incluyen aspectos relacionados con los servicios, si bien dentro del análisis a nivel titulación, no se evidencian acciones de mejora relacionadas con los recursos materiales.

Se evidencia el seguimiento de los planes de mejora de Centro, publicadas en la página web desde mayo de 2022, si bien se recomienda potenciar el análisis del total de acciones de mejora diseñadas, así como establecer un alcance del impacto de las acciones a un mayor nivel de desagregación, permitiendo evaluar su implicación en cada uno de las titulaciones impartidas en el Centro.

Código Seguro de Verificación:R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	26/07/2024
ID. FIRMA	R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX	PÁGINA	15/19
			

Aspectos que atendidos en este periodo de alegaciones mejorarán la propuesta del SGCC presentada:

- 01. Se recomienda mejorar la sistemática utilizara para valorar la utilidad de la información y resultados que recoge el Centro para la detección de necesidades y dotación de personal de administración y servicios, atendiendo a las características propias de cada titulación; garantizando la participación de los diferentes grupos de interés.
- 02. Se recomienda ampliar la información cualitativa presentada con otros indicadores cuantitativos de operatividad y rendimiento que amplíen el alcance de análisis sobre la gestión de recursos materiales y servicios.
- 03. Si bien la sistemática del diseño se considera adecuada, se recomienda mejorar la sistemática de toma de decisiones, así como el análisis del impacto de las acciones de mejora diseñadas en lo referente a los recursos materiales y servicios.
- 04. Se recomienda fomentar la implicación y participación de los diferentes grupos de interés en la toma de decisiones sobre la gestión de actividades, recursos materiales y servicios, más allá de la visión dentro de la CGC del Centro.
- 05. Se recomienda potenciar el análisis del total de acciones de mejora diseñadas, así como establecer un alcance del impacto de las acciones a un mayor nivel de desagregación, permitiendo evaluar su implicación en cada una de las titulaciones impartidas en el Centro.

CRITERIO 5. GESTIÓN Y RESULTADOS DE LOS PROCESOS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

El Centro tiene implantados procesos que garantizan que las acciones que emprende contribuyen a favorecer el aprendizaje del alumnado.

Implantación Suficiente

Justificación:

El SGCC del Centro muestra sistemática y responsabilidades de los procedimientos de recogida de la información sobre el desarrollo de las acciones de apoyo y orientación, como herramienta que favorezca el aprendizaje del alumnado. Dentro del Manual de Procedimientos se evidencian los siguientes procedimientos, revisados en 2023:

o P04 sobre la gestión del proceso de enseñanza-aprendizaje, donde se describe el modo en el que se recaba información sobre el perfil de ingreso, el proceso de planificación docente, prácticas externas curriculares y movilidad, que tiene asociados distintos indicadores.

o P06 sobre la gestión de recursos para el aprendizaje y apoyo al estudiante, donde se indica el modo

Código Seguro de Verificación:R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	26/07/2024
ID. FIRMA	R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX	PÁGINA	16/19
			

en el que se elabora el Programa de Orientación y Apoyo al estudiante (PROA) y las actividades de orientación profesional.

Se evidencian los Autoinformes de seguimiento, donde se analizan los criterios de admisión, el perfil del estudiante y adecuación del número de plazas a lo establecido en la memoria de verificación del título.

El Centro ha definido diferentes indicadores: Tasa de adecuación del título, Tasa de ocupación del título, Tasa de preferencia del título y Tasa de renovación del título o tasa de nuevo ingreso para su seguimiento, así como se han incluido indicadores en el Cuadro de Mando, sobre tasa de rendimiento, de éxito, de evaluación (tasa de presentados), de abandono, de graduación, de eficiencia, de duración media de los estudios, satisfacción con la docencia y con el título.

Se sugiere la posibilidad de incluir indicadores sobre el grado de satisfacción con el proceso de acceso, admisión y matrícula de los nuevos estudiantes de las titulaciones ofertadas por el Centro.

Se evidencian indicadores asociados al seguimiento del sistema de apoyo y de orientación académica y profesional al alumnado dentro del cuadro de mando, vinculados con la satisfacción, si bien se recomienda potenciar el alcance del análisis con la inclusión de indicadores cuantitativos. También se recomienda evaluar el impacto y despliegue de la acción de mejora relacionada con la elaboración e implementación de un procedimiento específico en el SGCC para la Planificación de la Coordinación docente por parte del decanato y de un documento de buenas prácticas en la coordinación docente de profesorado de las asignaturas.

Se sugiere valorar la conveniencia de incrementar la información sobre las metodologías de enseñanza/aprendizaje y evaluación de los resultados de aprendizaje para definir planes de mejora.

En relación con el seguimiento de las acciones que sirven para garantizar que las metodologías de enseñanza y sistemas de evaluación, se recomienda revisar los sistemas de evaluación para garantizar que permiten una certificación fiable sobre la adquisición de competencias así como se recomienda potenciar el análisis que permita garantizar que los sistemas de evaluación empleados en todas las asignaturas cumplen con lo establecido en las guías docentes, incluyendo pruebas dirigidas a valorar no solo conocimientos sino también la adquisición de competencias.

Se evidencia la recogida de información, principalmente cualitativa en el cuadro de mando, sobre la gestión de los TFG/TFM y prácticas externas, estableciendo 14 acciones de mejora de las que se evidencia resolución de 2 (proceso de vinculación de la página web del máster a la de la Facultad de Medicina y la implementación del plan de mejora de la titulación iniciada en 2020).

Se recomienda analizar los sistemas de elección y selección del TFG-TFM (MedM09) así como se recomienda completar la información sobre los datos de satisfacción de los estudiantes con las

Código Seguro de Verificación:R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	26/07/2024
ID. FIRMA	R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX	PÁGINA	17/19
			

prácticas externas (MedM20).

Desde el propio autoinforme de seguimiento (p.e. 22/23), se analizan las acciones realizadas para favorecer la movilidad del estudiante (adecuación con las características del programa formativo) y la coordinación de las prácticas clínicas externas obligatorias (Rotatorio clínico). Se ha definido un procedimiento P04-PFM11 Procedimiento de Movilidad de Estudiantes de Medicina. Se han establecido acciones de mejora en ambos ámbitos.

El SGCC, tiene establecidos indicadores para recabar información y analizar los resultados para la mejora continua.

En los planes de mejora anuales de los títulos (recomendaciones ACCUA y debilidades internas) y del centro, se incluyen acciones que surgen de la revisión periódica de los resultados de los procesos de enseñanza-aprendizaje, si bien se recomienda mejorar la forma en que se realiza el cierre completo del ciclo de mejora continua de modo que permita analizar de manera más precisa el impacto de las acciones de mejora desplegadas tanto a nivel titulación como Centro.

Aspectos que atendidos en este periodo de alegaciones mejorarán la propuesta del SGCC presentada:

- 01. Se sugiere la posibilidad de incluir indicadores sobre el grado de satisfacción con el proceso de acceso, admisión y matrícula de los nuevos estudiantes de las titulaciones ofertadas por el Centro.
- 02. Se recomienda potenciar el alcance de análisis del sistema de apoyo y de orientación académica y profesional al alumnado, con la inclusión de indicadores cuantitativos.
- 03. Se recomienda evaluar el impacto y despliegue de la acción de mejora relacionada con la elaboración e implementación de un procedimiento específico en el SGCC para la Planificación de la Coordinación docente por parte del decanato y de un documento de buenas prácticas en la coordinación docente de profesorado de las asignaturas.
- 04. Se sugiere valorar la conveniencia de incrementar la información sobre las metodologías de enseñanza/aprendizaje y evaluación de los resultados de aprendizaje para definir planes de mejora.
- 05. Se recomienda revisar los sistemas de evaluación para garantizar que permiten una certificación fiable sobre la adquisición de competencias.
- 06. Se recomienda potenciar el análisis que permita garantizar que los sistemas de evaluación empleados en todas las asignaturas cumplen con lo establecido en las guías docentes, incluyendo pruebas dirigidas a valorar no solo conocimientos sino también la adquisición de competencias.
- 07. Se recomienda analizar los sistemas de elección y selección del TFG-TFM así como se recomienda completar la información sobre los datos de satisfacción de los estudiantes con las prácticas externas.
- 08. Se recomienda mejorar la forma en que se realiza el cierre completo del ciclo de mejora continua

Código Seguro de Verificación:R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	26/07/2024
ID. FIRMA	R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX	PÁGINA	18/19
			

de modo que permita analizar de manera más precisa el impacto de las acciones de mejora desplegadas tanto a nivel titulación como Centro.

Se concede a la Universidad un plazo de 20 días hábiles, a contar desde el día siguiente a la notificación, para que realice las alegaciones que considere oportunas al contenido del presente informe provisional de visita.

La respuesta al informe, consistirá en justificar y demostrar motivadamente con las evidencias que ya han aportado del SGCC como se solventa los aspectos identificados. Con este informe no se pretende que se creen evidencias nuevas para aquellas cuestiones que han sido evaluadas, sino demostrar con las que ya genera el propio SGC, cómo se resuelven las objeciones para obtener el informe favorable. La Comisión analizará la justificación de las evidencias aportadas por la Universidad, para aceptar, en su caso, la alegación realizada.

La respuesta deberá presentarse en un documento desglosado en el mismo orden y formato del informe recibido, a través del Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Junta de Andalucía, incluyéndose en la plataforma facilitada por la Universidad que da acceso a la información del Sistema de Garantía de Calidad del Centro las evidencias que siendo del SGC no aparezcan y hayan podido solicitarse en el informe.

De no cumplir este trámite, pasado el periodo de alegaciones, el informe provisional de visita será elevado a definitivo y será publicado como "Informe Final".

Córdoba, a fecha de la firma electrónica

El presidente de la Comisión de Certificación

Código Seguro de Verificación:R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma			
FIRMADO POR	ANTONIO JOSE CUBERO ATIENZA	FECHA	26/07/2024
ID. FIRMA	R2U2TKWYGQ2CR2LMECP8PU2VYVANZX	PÁGINA	19/19
			