FSGC-P02-02: Informe de Gestión 24-25 y Plan de mejoras 25-26

Elaborado y aprobado:	Ratificado:
Comisión Garantía Calidad	Junta de Facultad
Fecha: 19 de mayo de 2025	**Fecha: 29 de mayo 2025**

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 de Cádiz capital. Actualmente está integrada por un total de 948 estudiantes (910 Grado medicina, 25 master Biomedicina y 13 Máster en Iniciación a la Investigación en Salud Mental), 299 profesores e investigadores 61 PDI permanente y 238 PDI sin vinculación), 1136 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, el cual no está incluido en el SGC del centro. Además, participa en la Escuela de Doctorado de la Universidad.

La Facultad dispone de unas excelentes infraestructuras renovadas globalmente en el año 2019 y completada su renovación en el 2024, que están 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, etc.). El grado de satisfacción con las mismas es algo por parte de los grupos de interés del centro. 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.

El centro cuenta con profesorado suficiente para impartir la docencia de sus títulos, estando disponible en nuestra web el listado completo de profesorado, tutores clínicos y personal técnico de gestión y administración de servicios, incluida los datos sobre la experiencias profesional asistencial de profesorado clínico.

Nuestra labor docente se compagina con una actividad investigadora reconocida que se vehiculiza dentro otras vías a través del Instituto Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz. La producción científica del profesorado del Centro puede analizarse en la aplicación de Producción científica de la UCA.

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 inicialmente elegido en febrero de 2020 que ha sido reelegido en febrero de 2024 en el marco de la LOSU por un periodo de 6 años más, hasta 2030. El equipo posee una clara delimitación de funciones que están 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. En marzo de 2025 pasado se han renovado los miembros no natos de la Junta de Facultad y en mayo los miembros de la CGC que ha aprobado este informe de gestión.

Para la implementación del Plan Estratégico de la Universidad PEUCA3 ya concluido y evaluado en diciembre de 2024 por la UCA, la Facultad ha contado hasta abril de 2025 con un I Plan Director del centro 22-25 alineado con dicho el PEUCA3 que ha sido evaluado periódicamente, así como con una Política y Objetivos Anuales Estratégicos de Calidad que han estado alineados y con la Política de calidad y los Objetivos estratégicos de la UCA.

Durante el ciclo de mejora 24-25 cuyo Plan de mejora 24-25 este informe de gestión evalúa, el centro ha sido doblemente evaluado, para la obtención del Sello Internacional de Calidad del Grado de Medicina de la WFME por la ANECA y para la Certificación de nuestro Sistema de Garantía de Calidad del centro por parte de la ACCUA (IMPLANTA). Ambos procesos de evaluación fueron satisfactorios con la obtención del citado sello con fecha de 17 de junio de 2024 y del informe favorable que certifica dicha implantación de nuestro SGC **(En adelante Informe ACCUA IMPLANTA)** de 3 de octubre de 2024, tras lo cual la Facultad obtuvo la Acreditación Institucional por parte del Consejo de Consejo de Universidades del Ministerio de Ciencias, innovación y Universidades con fecha de 12 de diciembre de 2024.

Debido a la aprobación en diciembre de 2024 por la Junta de Gobierno de las UCA de el nuevo **Sistema de Dirección Estratégica de la UCA** (**en adelante SDE UCA**) que sustituye al PEUCA3, y debido a que con la aprobación del presente informe concluye el periodo de vigencia del **I Plan Director 22-25 del centro**; desde enero de 2025 y de manera paralela a la elaboración de los autoinformes de los títulos y de este informe de gestión, se ha elaborado y aprobado junto con este informe el **nuevo Plan Director 2.0 del Centro** (**en adelante PDFM 2.0**), que sustituye al anterior y que está alineado dicho SDE UCA. Al quedar alineado con el SDE el plan director no debería tener un horizonte temporal definido ya que este no lo tiene. La necesidad de planificar las acciones de mejora en el tiempo, nos hace prever una evaluación final de su implementación en abril de 2029, después de cuatro ciclos de mejora.

El nuevo **PDFM 2.0 incluye** a su inicio una profunda **evaluación de la implementación del I Plan Director 22-25** a lo largo de los tres ciclos de mejora que abarca (22-23, 23-24 y 24-25). En el presente informe de gestión se analiza obviamente lo referente al tercero y último de estos ciclos, el correspondiente al Plan de mejoras 24-25. En la citada evaluación de la implementación del I Plan Director 22-25, se indican los objetivos estratégicos de calidad de dicho plan alcanzados a la luz de los resultados de los indicadores y las evidencias de las acciones de mejora implementadas relacionadas con ellos, así como aquellos que aún no se han logrado y que se trasladan al nuevo PDFM 2.0. Estos se suman a nuevos **objetivos estratégicos de calidad derivados del** nuevo SDE UCA, de las debilidades del centro detectadas a día de hoy mediante el análisis DAFO incluido en PDFM 2.0, donde se han volcado las debilidades de los títulos recogidas en sus autoinformes del curso 23-24, y de los aspectos de mejora recogidos por la ACCUA en su Informe favorable de Certificación del Sistema de Garantía de Calidad del Centro (IMPLANTA) el 3 de octubre de 2024, por el cual fue reconocida la Acreditación Institucional del centro el 12 de diciembre de 2024 como se ha indicado.

Con el presente Informe de gestión pues:

1. Se dá por **concluido el tercer ciclo de mejora y último del I Plan director 22-25**, durante el cual el centro ha implantado su Sistema de Garantía de Calidad del Centro (SGC), ha logrado la certificación de su implantación por la ACCUA (IMPLANTA) y ha recibido su Acreditación Institucional del gobierno.

2. Se inicia una **nueva etapa en la gestión, acreditación y seguimiento de la calidad de sus títulos de manera autónoma** con el apoyo del Servicio de Gestión de Calidad de la UCA, en la que desde ahora le es de aplicación los aspectos específicos que legislación otorga a centros universitarios acreditados institucionalmente, de manera diferencial al resto de los centros de la UCA salvo la la Facultad de Ciencias del Mar de la UCA, que este año 2025 está en proceso de renovación de su acreditación institucional tras haber pasado seis años que le fue concedida.

3. Se **inicia la implantación de un nuevo Plan Director el PDFM 2.0**, el cual como se ha indicado, se encuentra alineado con el nuevo Sistema de Dirección Estratégica de la UCA.

4. Se inicia el **primer ciclo anual de mejora de este nuevo PDFM 2.0** con el **Plan de mejoras 25-26**. En él los autoinforme de los títulos (Grado de medicina y Máster de biomedicina) son aprobados para redactar el informe de gestión, e incluyen un plan inicial de mejora del título para la elaboración del plan de mejoras del centro. El **plan de mejora de los títulos** a implementar no es otro que las acciones de mejora del plan de mejoras del centro en las que consta en la columna "Nivel" los títulos del centro o un título concreto que debe desarrollar la acción, o en la columna "Responsable" en primer lugar las personas coordinadoras de los títulos.

5. Se inicia un periodo de tres años (tres ciclos de mejora hasta 2028) tras el cual, el centro estará sujeto al **seguimiento por parte de la ACCUA** de la implementación de nuestra la Acreditación institucional, siendo evaluado todos y cada uno de los aspectos de mejora que recoge su informe favorable a la certificación de nuestro SGC. Estos aspectos de mejora, las acciones concretas del PDFM 2.0 relacionadas con cada una de ella y el seguimiento de los mismos, se encuentran disponibles públicamente el Plan plurianual Específico de Aspectos de mejora ACCUA en la sección "Acreditación Institucional del centro" de la pestaña "Estrategias y calidad" de nuestra web. En él aparecen codificados estos aspectos de mejora para un mejor manejo de los mismos. En 2031, dentro de seis años y tras seis ciclos de mejora en el marco de la Acreditación Institucional, el centro deberá renovar la misma.

II) REVISIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DEL CENTRO

El Sistema de Garantía de Calidad de la Facultad de Medicina (SGC), para dar respuesta al I Plan Director 22-25 del centro, en virtud de su Política y Objetivos Anuales Estratégicos de Calidad, despliega en su totalidad el Sistema de Garantía de Calidad de los centros de la UCA (SGCC) e incorpora procedimientos y en su caso indicadores específicos, en función de su realidad y de sus necesidades de mejora.

Este Sistema de Garantía de Calidad de los Centros de la UCA (SGCC) vigente, es fruto de un proceso de revisión y mejora continua desde el primer diseño del **Sistema de Garantía de la Calidad de la UCA** en 2008 hasta la última revisión realizada recientemente el 17.04.24. 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.

El sistema que garantiza la calidad de la UCA en su conjunto, ha sido **revisado y actualizado en varias ocasiones**, adaptándolo a las circunstancias de cada momento en aplicación de la mejora continua. En diciembre de 2017 fue cuando se contempló por primera vez en una revisión del sistema para adecuarlo al programa IMPLANTA, con el objetivo de que los centros pudieran solicitar su Acreditación Institucional, un sistema marco que debe adaptarse a la realidad de cada centro

mediante procedimientos específicos.

Ante la experiencia de los años siguientes al 2017, con la total renovación de la acreditación de los títulos de grado y una casi totalidad de los de máster, con las experiencias de dos Centros de la UCA en el Programa IMPLANTA de la ACCUA en 2019, una favorable y la otra no, y de cara al nuevo escenario de solicitud de la Acreditación institucional para el 2024 de varios centros de la UCA incluido en nuestro, la UCA se planteó una nueva revisión del sistema en 2020, tarea que se alargó con motivo de la pandemia. Esta revisión dio lugar a la versión 3.0 del Sistema para convertirlo en el vigente **Sistema de Garantía de Calidad de los Centros de la UCA** (en adelante SGCC de la UCA).

Inicialmente esta versión pretendía solventar varios puntos débiles:

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 debía estar en el Centro, no en los títulos, aunque sin perderlos de vista". Esto supuso un cambio de paradigma. De este modo, esta versión 3.0 se convirtió en una herramienta eficaz dirigida al reconocimiento de la Acreditación Institucional para todos los Centros de la Universidad, en nuestro caso mediante la certificación del programa IMPLANTA de la ACCUA. Esta versión 3.0, el SGCC de la UCA, fue aprobada por Consejo de Gobierno el 28.06.2021 (BOUCA 334).

A nivel del centro, en enero de 2022, tras un profundo análisis de esta versión 3.0 del SGCC de la UCA, la Junta de Facultad del Centro, en el marco de su Cronograma de acreditación y Calidad 22-25 aprobado por entonces y concluido antes de lo previsto en diciembre de 2024, acordó implementar dicho SGCC de la UCA e **instaurar el SGC de la Facultad de Medicina (SGC del Centro),** estableciendo el **Ciclo de mejora del centro** cada año de mayo a abril del año siguiente. De esta forma los informes de gestión serían elaborados en abril-mayo a la luz de los autoinformes de los títulos aprobados durante el mes de febrero. El primer Informe de gestión del centro fue aprobado en mayo de 2022, iniciando con él **el primer ciclo de mejora de nuestro centro**. Junto con dicho primer informe de gestión y alineado con él se elaboró y aprobó el I Plan Director de la Facultad de Medicina 22-25 (En adelante I Plan director 22-25) del todo alineado con el PEUCA3I. El Plan de Mejora resultante de dicho Informe 22-23 de gestión estaba ya elaborado tomando como referente dicho plan director.

A nivel de la UCA nuevamente, al inicio del curso 22-23 tras un año de implantación de esta nueva versión 3.0 del SGCC de la UCA, se detectaron oportunidades de mejora ineludibles para potenciarlo como herramienta de Gestión de los Centros y para la necesaria alineación con el citado PEUCA III**.** Dichas oportunidades de mejora se transformaron en la actualización de determinados elementos del SGC, aprobando el 31 de enero de 2023 por el Consejo de Gobierno la **actual versión 3.1**, la cual modifica revisa a la anterior sólo en determinados procesos. Como no cabría esperar otra cosa, las revisiones del SGCC de la UCA, se trasladan de manera automática al SGC del Centro.

Tras el **curso de formación de la ACCUA sobre IMPLANTA** de junio de 2022 al que asistió el Vicedecano responsable de calidad, junto con miembros del equipo decanal de otros centros y personal técnico del Servicio de Gestión de la Calidad de la UCA, de cara a la solicitud de la certificación de nuestro Sistema a través del programa IMPLANTA de la ACCUA en su convocatoria de 2023, el centro **afrontó la obligatoria necesidad de adaptar a nuestra realidad el SGCC de la UCA** (sistema marco), lo cual se produjo desde en marzo-abril de 2023. No era suficiente adoptar el SGCC de la UCA como hasta ahora se había realizado; era necesario adaptarlo a nuestra realidad para que fuera propio; siempre respetando y asumiendo este SGCC marco. Para ello, se realizó un profundo análisis de la gestión del centro y se incorporaron a los correspondientes procesos del SGCC de la UCA, **procedimientos de gestión específicos del Centro** (P0x-PFMxx). Éstos desarrollan aspectos

concretos de nuestra gestión sujetos a análisis y mejora. Sabiendo que era necesario tener un planteamiento eficaz de indicadores, solo se incluyeron aquellos nuevos indispensables para un adecuado seguimiento de la calidad, 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.

Las primeras versiones de estos procedimientos específicos del centro se fueron implementando durante nuestro **segundo ciclo de mejora** adaptado al IMPLANTA desde mayo de 2023 hasta abril de 2024. Durante el **tercer ciclo de menora 24-25** que ahora acaba con el presente informe de gestión en mayo de 2025, se han continuado incorporando procedimientos específicos del centro y modificando otros. También se han realizado algunos cambios en el SGCC de la UCA marco como se ha indicado, los cuales fueron asumidos en su totalidad como eje sustancial de nuestro sistema. Estos cambios ponen en evidencia que **nuestro SGC de la Facultad está en continua actualización para su mejora**.

Las **modificaciones realizadas en el SGC de la Facultad** durante este último ciclo de mejora han sido los siguientes:

1.- Modificaciones en **Procesos del SGCC de la UCA**:

A) **P07 Proceso de Medición de resultados:** Modificación del **cuestionario sobre inserción laboral y satisfacción del egresado** con la información recibida de 12 de diciembre de 2024. Está motivada por la necesidad de reducir el número de preguntas del cuestionario, con el objetivo final de aumentar la participación de las personas egresadas en la cumplimentación de la encuesta.

B) **P08 Proceso de auditoría interna:** El Servicio de Gestión de la Calidad asume las competencias de la gestión de las auditorías internas de 17 de diciembre de 2024, por adaptación a la nueva normativa de la Inspección General de Servicios. La aprobación del nuevo Reglamento de la Inspección General de Servicios, en 2023, supuso la eliminación de las competencias en la gestión de las auditorías internas por parte de la mencionada Inspección. Por decisión de Gerencia y del Vicerrectorado de Calidad y Títulos, estas competencias se asumirán desde el Servicio de Gestión de la Calidad.

2.- Modificaciones en **Procedimientos específico de la Facultad de Medicina**: Incorporación del siguiente nuevo procedimiento y leves modificaciones de otros que pueden identificarse en la indicación de sus revisiones :

P07-PFM04 Procedimiento de Registro de Incidencias docentes y su gestión en coordinación con los departamentos de 5 de diciembre de 2024: Nuevo procedimiento motivado en la necesidad describir el mecanismo mediante el cual el centro detecta y gestiona las incidencias docentes en el marco de sus funciones de control y seguimiento de la impartición de la docencia en coordinación con los departamentos. Esta necesidad fue detectada como debilidad por el centro y fue propuesto como aspecto de mejora C1.07 en el Informe final favorable de Certificación del SGCG de la ACCUA (IMPLANTA).

El SGC del Centro está a disposición pública en nuestra web y se despliega procesos y procedimientos específicos del centro, indicándose de estos su versión o revisión de una previa, así como la fecha de la última modificación realizada. Con ello puede analizarse públicamente la dinámica de revisión de los mismos.

Tras lo expuesto y en el marco del objetivo de calidad **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** debemos informar que los Procesos y Procedimientos de nuestro Sistema, se encuentran en revisión y actualización permanente en función de las necesidades de mejora. Para el Plan de mejoras 25-26 y en el marco del PDFM 2.0, en cumpliminento de diversos aspectos de mejora indicados en el citado informe del IMPLANTA, deberemos afrontar nuevos e importantes procedimientos del centro y quizás procesos de la UCA al objetos de tenerlos en consideración de cara a futuros seguimientos de la ACCUA, pero eso se desarrolla en el siguiente apartado.

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

La revisión de Gestión de la Calidad Interna del centro se sustenta en la implementación de su Sistema de Garantía de Calidad (SGC) en cada uno de los ciclos de mejora anuales. En nuestro **Mapa de proceso** descrito en el Manual del Sistema de Garantía de Calidad en la página 9 del SGCC de la UCA, puede analizarse la estructura general de nuestro Sistema. Desde un punto de vista cronológico las fases de cada uno de nuestros ciclos de mejora son: PLANIFICACIÓN > EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAS > MEDICIÓN, ANÁLISIS Y REVISIÓN DEL PLAN.

Durante los tres años de vigencia del I Plan director 22-25 del centro, tomando sus objetivos y acciones, así como nuevas debilidades detectadas y recomendaciones recibidas de la ACCUA, se elaboraron los Informes de gestión en mayo'22, abril'23, abril'24 y el presente en mayo'25, y se fueron aprobando los Planes Anuales de Mejora para los ciclos de mejora 22-23, 23-24, 24-25 y 25-26 respectivamente, este último ya en el marco del nuevo PDFM 2.0. Los objetivos de dicho I Plan Director que se ha desarrollado en cada ciclo de mejora, constituyeron los Objetivos Estratégicos de calidad anuales del centro. La necesidad de modificar o no la Política de Calidad del Centro se revisó a la luz de los Objetivos anuales de Calidad. En ninguno de los dos primeros ciclos 22-23, 23-24 se consideró necesario modificar la Política de calidad. Para este tercer ciclo de mejora 24-25 que ahora concluye, sí se modificó dicha política. El histórico de los Objetivos Estratégicos anuales de Calidad y el de las Políticas de Calidad está disponible en el Gestor documental UCA en la ruta 02 REVISIÓN SGC > 03 y 04 respectivamente (Usuario: evmedicina - Contraseña:)

Las Acciones de mejora del I Plan Director 22-25 del Centro, fueron planteadas en general para i**mplementarse a medio** durante el trienio 22-25, e incluye una distribución inicial de las acciones que deberán desarrollarse a lo largo de los tres ciclos de mejoras (22-23, 23-24 y 24-25). Anualmente, al final de cada ciclo, a la luz de los informes de gestión en el Plan de Mejora Anual se incorporan (activan) o eliminan (desactivan) objetivos o acciones de mejora planteadas según la planificación trienal. Pero también y esto es importante, se podría incorporar nuevos objetivos y acciones de mejora sobrevenidos no incluidas en el plan a la luz de nuevas debilidades de los autoinformes o recomendaciones de la ACCUA. Durante la vigencia del I Plan director 22-25 no ha sido necesario incorporar objetivos distintos a los indicados inicialmente para el trienio. Cuando las acciones sobrevenidas estaban relacionadas con objetivos existentes, se han incorporado relacionadas con ellos. En algunas ocasiones estas acciones sobrevenidas muy concretas se han incorporado a acciones más genéricas existentes. De esta manera, en cada plan de mejora anual, se muestran exclusivamente los objetivos a lograr y las acciones a desarrollar el ciclo de mejora correspondiente, y **dejan de mostrarse objetivos logrados y las acciones desarrolladas que han logrado su finalidad,** ya sea desde la iniciativa del I Plan director o desde debilidades y recomendaciones de la ACCUA sobrevenidas. En el PDFM 2.0 se mantiene esta dinámica, aunque con un matiz, los **Objetivos estratégicos de calidad** son los del PDFM 2.0 y los que se plantean para un ciclo anual de mejora se denomina **Objetivos anuales de calidad del centro,** aunque tengan la misma redacción, habida cuenta de que debemos entender los estratégico como algo a medio plazo no al corto plazo que supone un ciclo de mejora. El alineamiento entre el PDFM 2.0 y el SDE de la UCA está publicado igualmente en nuestra web.

La elaboración y aprobación del presente Informe de gestión constituye pues la fase final de la **Medición, análisis y revisión del ciclo de mejoras 24-25,** evaluando el logro de los Objetivos Estratégicos de Calidad 24-25 mediante la revisión final de los indicadores y evidencias relacionados las acciones del Plan de Mejoras 24-25. Esta evaluación se traslada a lo largo de los diferentes criterios de este informe de gestión.

Esta revisión anual obviamente queda incluida dentro de la evaluación final de la implementación del I Plan Director 22-25, que se traslada como capítulo 5 del PDFM 2.0. Junto con la elaboración de este informe de gestión se ha elaborado el Plan

de mejoras 25-26.

Hasta ahora, al final de cada uno de los dos primeros ciclos de mejora (22-23 y 23-24), en el marco de los informes de gestión que los cierra, se definía y perfilaba el Plan de mejoras del ciclo siguiente. Cuando se habían desarrollado todas las acciones de mejora relacionadas con un Objetivo de calidad, y los Indicadores del SGC del centro y las evidencias relacionados con el mismo informan de manera positiva de su logro, **dicho objetivo dejaba de incluirse** en el listado de objetivos anuales de calidad FSGCP02-01: Objetivos Estratégicos de Calidad para el ciclo de mejora siguiente. Como con el ciclo de mejora 24-25 que este informe cierra, se concluye la vigencia del I Plan director 22-25, al nuevo PDFM 2.0 se traslada aquellos los objetivos que no fueron alcanzados e incorpora las acciones de mejora necesarias para su logro. En este informe de gestión se analiza el logro de los objetivos planteados para el 24-25 y es fuente para la evaluación final del plan director que ahora acaba.

Durante el ciclo de mejora 24-25 que ahora se cierra, no se ha realizado **seguimiento intermedio del plan de mejora 24-25** como en los ciclos de mejora anteriores. Esto fue debido a los diferentes procesos de evaluación del Sello Internacional de Calidad del grado de medicina y la evaluación del IMPLANTA que además se retrasó; así como a la necesidad de realizar y entregar el Autoinforme para la renovación de dicho título, aunque al final no fue evaluado por recibir la acreditación institucional y que a partir de enero de 2025 el centro debería afrontar la evaluación final de la implementación del I Plan director 22-25..

Las **evidencias que constatan la adecuada revisión y evaluación de la gestión de la calidad del centro** en el macro de la Acreditación Institucional a través del programa IMPLANTA, pueden clasificarse en cuatro tipos:

1. Evidencias que demuestran la **madurez del centro para realizar el correcto seguimiento de la calidad de sus títulos** en virtud del **Índice documental de Evidencias** que la ACCUA analiza en el marco del programa **IMPLANTA**. Esta madurez se pone de manifiesto de manera evidente con el citado reconocimiento de Acreditación Institucional, después de recibir el informe favorable que certifica la implantación de su SGC del centro (IMPLANTA), todo ello durante el 2024. Los aspectos de mejora que la ACCUA recomienda en el citado informe llevan un seguimiento específico de su implementación mediante el Plan plurianual Específico de Aspectos de mejora ACCUA, han sido incorporados como debilidades al PDFM 2.0, relacionándolos con objetivos estratégicos de calidad y con acciones de mejora del mismo. Este plan plurianual llevará su seguimiento periódico y sus aspectos de mejora deberán estar implementado para el ciclo 27-28, ya que a los tres años de la certificación de la acreditación institucional, la ACCUA realiza su primer seguimiento de la misma. Las acciones de mejora de este plan obviamente están incorporadas al Plan de Mejoras del PDFM 2.0 y aquellas que son más urgentes, con prioridad alta, se han incorporado al Plan Mejoras 25-26 (primer ciclo de mejora) que ahora se inicia. En él se relaciona cada aspecto de mejora ACCUA con las Acciones de mejora del PDFM 2.0 planteadas para su implementación. Este plan incluye también información sobre su seguimiento. Como puede comprobarse algunos de los aspectos de mejora se incluyen en el mismo implementados y a la espera de que la ACCUA en 2028 los considere como tal.

2. Evidencias de un **correcto desarrollo de las Actuaciones del SGC de la Facultad planificadas** en el ciclo de mejora 24-25 en virtud de la Planificación de Actuaciones del SCG vigente desde abril de 2024 hasta la aprobación de este informe. Estas actuaciones se ha desarrollado de manera adecuada pero las siguientes variaciones sobre lo previsto:

    a. No se han realizado detección de **necesidades formativas específicas de PDI** del centro más que las generales solicitadas por el profesorado a la UCA. En relación con ello indicar que es un aspecto que no se logró en el marco del plan director anterior y que se traslada al nuevo. Fruto de ello la ACCUA recomienda su aspecto de mejora C3.01 y el centro establece en el Plan de mejora 25-26, **la acción AC39** para el logro

del objetivo "OP49 Apoyar al PDI en el desarrollo de su carrera académica".

b. Aunque en el calendario de actuaciones aparece que durante el **mes de abril se deben aprobar el informe de gestión, los Objetivos anuales de calidad y la revisión de la Política de Calidad** , en esta ocasión estos documentos se ha retrasado a may'25 debido a la necesidad de elaborar, revisar de una manera participativo y aprobar paralelamente a ellos el nuevo PDFM 2.0.

c. El establecimiento de los acuerdos para las prácticas curriculares del grado de medicina no están sujeto a planificación y calendario habida cuenta que son estables en virtud de la legislación vigente.

d. El Autoinforme del título de medicina de enero'25 se retrasó su aprobación en febrero'25 debido a que el profesorado responsable de una asignatura no presentó las evidencias de la implementación de su sistema de evaluación y la CGC acordó ampliar el plazo. Aunque se le indicó que podría presentar las evidencias del presente curso académico, habida cuenta que su asignatura es del primer semestre, hasta la segunda semana de mayo no se recibieron en el decanato. Salvo el retraso, no ha existido problema alguno, ya que en la primera reunión de la CGC se presentó el autoinforme y solo quedaba por incluir este aspecto para su aprobación definitiva, la cual se ha realizado junto con este informe de gestión.

e. La especial naturaleza de acceso del grado de medicina, con una **tasa de preferencia del título del 395%** hace que no se cuente con un **plan específico de orientación preuniversitaria,** aunque ciertamente este curso la Facultad ha participado en las Jornadas de Orientación Universitaria de la Universidad (JOU) ha colaborado en la realización de visitas al centro organizadas por el vicerrectorado de estudiantes. Esto se ha recogido en el FSGC P06 01: Informe de ejecución del Plan de Acciones Específicas de Orientación preuniversitaria, disponible en el en el gestor documental de la UCA COLABORA > "IMPLANTA SGC v3.1 GESTIÓN DE PROCESOS - MEDICINA > 06 RECURSOS PARA EL APRENDIZAJE Y APOYO AL ESTUDIANTE> RSGC P06_01 Informe de ejecución del plan de acciones específicas de orientación preuniversitaria (Grados). La orientación preuniversitaria no afecta al máster de biomedicina.

3. Evidencias del **correcto desarrollo de la Rendición de cuentas** mediante el análisis de la correcta implementación de FSGC P02-03: Planificación de rendición de cuentas. En relación con ello debemos informar que la rendición de cuentas de los documentos e información a los grupos de interés correspondientes, a través de los canales establecidos por las personas responsables, en las fechas previstas, se ha realizado en general como estaba previsto, siendo muy positivas las reuniones con los grupos de interés. Además en nuestra web, continúan estando disponible el estado actual del seguimiento del plan de mejoras del centro en la pestaña "Estrategias y Calidad" > "Cuadro de Mandos y seguimiento del plan de Mejora", mientras que el histórico de Informes de Seguimiento de las Acciones de mejora antes citados en esa misma pestaña en el apartado "Transparencia, Rendición de cuentas y Buenas prácticas" > "Cuadro de Mando – Plan de Mejoras – Seguimiento Acciones de mejora y Recomendaciones – Historial". En estos informes de seguimiento puede analizarse las Acciones de mejora que han sido resueltas por la CSG a la luz de las evidencias informadas para poder ser eliminadas del Plan de mejoras a la luz del Informe de gestión al cierre de cada ciclo. En cambio, no se ha avanzado mucho con respecto al informe de gestión pasado (May'24) en lo referente a:

a. La necesidad de aumentar la información en las **pantallas de los pasillos** para rendir cuentas a todos los grupos de interés.

b. A mejorar la rendición de cuentas de manera más personalizada a todos nuestros grupos de interés del **Informe de Gestión** y **Plan de Mejoras** del Centro.

c. La difusión de los **acuerdos y conclusiones de la CGC y la Junta de Facultad** a los diferentes grupos de

interés de una manera dosificada habida cuenta de la excesiva cantidad de información que reciben nuestros grupos de interés, en la línea de lanzar comunicados enlazado a los espacios donde se encuentra la información, informar sobre ellos y proponer que se acceda a ella para estar informado.

En línea con este elemento clave del SGC del centro, en el informe ACCUA IMPLANTA se incluye el **aspecto de mejora C2.03** que recomienda la necesidad de incrementar las evidencias de la rendición de cuentas. En respuesta a ello, en el Plan de mejora 25-26 se incluye las acciones AC34 relacionada con la modificación del procedimiento P01-PFM01 Plan de comunicación relacionado con el objetivo "OS17 Estructurar y optimizar los canales de comunicación interna y externa", y la acción AC22 relacionada con un nuevo procedimiento del centro para la revisión y análisis de la información que incluye la elaboración y publicación en el espacio de Transparencia de la WEB de informes de rendición de cuentas, relacionadas con el nuevo objetivo "OD45 Impulsar y mantener la acreditación institucional del centro"

4. Evidencias que demuestren, la **medición, análisis y revisión del grado de cumplimiento de los objetivos** estratégicos de calidad anuales mediante mediante en análisis de los indicadores y las acciones de mejora desarrolladas relacionados, teniendo en cuenta la evolución de los resultados y el logro de las metas o estándares definidos para cada uno de ellos. Los resultados de estos indicadores están disponibles en el Cuadro de mando de Centro y las evidencias en los autoinforme e informes de gestión, así como en el seguimiento de las acciones de mejora y el análisis de su impacto.

En el marco de la Acreditación institucional del centro, la revisión de la gestión de la calidad del mismo y de sus títulos debe realizarse desde una **visión integradora del sistema en el ámbito del centro, evaluando el logro de los objetivos estratégicos y anuales de calidad** a nivel del centro y por lo tanto para todas sus titulaciones. No obstante, no debe obviarse que unos títulos pudieran encontrarse en una posición distinta a otros en cuanto a su logro, que algunos objetivos pueden estar dirigidos a determinados títulos y que existen criterios de este informe que por su naturaleza requieren análisis común a todos los título (agregación a nivel centro) y otros que requieren un análisis por separado de cada título (agregación a nivel título). Es por ello que, las **acciones de mejora** planteadas para el logro de los objetivos y los **indicadores** de cada criterio, serán considerados y analizados en función del nivel de agregación que le corresponde, según se muestra en la siguiente tabla, para cada cada uno de los Criterios de evaluación del IMPLANTA.

CRITERIOS	AGREGADO a nivel Centro	DESAGREGADO a nivel Títulos
Criterio 1. Información Pública	**X**	
Criterio 2. Política de calidad	**X**	
Criterio 3. Personal docente e investigador	**X**	**X**
Criterio 4. Gestión de Recursos materiales y servicios	**X**	**X**
Criterio 5. Gestión y Resultados de los procesos de enseñanza y aprendizaje		**X**

En relación con estos niveles de agregación y desagregación por título en el en el informe ACCUA IMPLANTA se incluye el **aspecto de mejora C4.05** en el que 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". En respuesta a ello, en el Plan de mejora 25-26 se incluye la acción **AC22** relacionada con la elaboración e implementación de un **nuevo procedimiento P02-PFM01 Sistemáticas de revisión y análisis de la información para la toma de decisione**s sobre las acciones de mejora, la evaluación de su impacto y resultado, para el logro del nuevo objetivo "OD45 Impulsar y mantener la acreditación institucional del centro"

Como se ha indicado para la correcta revisión de esta gestión de la calidad y el seguimiento del logro de los objetivos de

calidad del centro, es necesario realizar una correcta evaluación del cumplimiento del Plan de Mejoras 24-25 del centro, verificando si las acciones puestas en marcha tanto a nivel de centro como y a nivel de títulos, han tenido impacto o no en la **mejora de los resultados de los indicadores o si se han generado las evidencias previstas**. El Cuadro de mando disponible en la web desde las pestañas desplegables y desde el portal de transparencia y rendición de cuentas, es elemento fundamental para el análisis de los resultados de los indicadores y para la rendición de cuenta, su evaluación y las metas fijadas como referente. La Comisión de Garantía de Calidad, afrontará para este próximo ciclo una **revisión de estas metas,** tomando como fuente un análisis comparativo de las demás facultades de medicina de España. En relación con ello en el en el informe ACCUA IMPLANTA se incluyen los **aspectos de mejora C2.04, C3.01, C4.03, C4.05, C5.03 y C5.08** en los que se incide en la necesidad de "establecer mecanismos que permitan **evaluar el impacto de las acciones de mejora** desplegadas". En respuesta a ello, en el Plan de mejora 25-26 se incluye la acción AC22 relacionada con la elaboración e implementación de un nuevo procedimiento P02-PFM01 Sistemáticas de revisión y análisis de la información para la toma de decisiones sobre las acciones de mejora, la **evaluación de su impacto y resultado**, para el logro del objetivo "OD45 Impulsar y mantener la acreditación institucional del centro",

Una vez encuadrado nuestro SGC del centro en el marco de la planificación estratégica de nuestro PDFM 2.0 y de la UCA, debemos adentrarnos en cada uno de los **cinco criterios de evaluación** que la ACCUA determina para los centro, en las **evidencias concretas que constatan una correcta revisión de la gestión de la calidad** del centro y de sus títulos. En cada uno de los cinco criterios para este ciclo de mejora se irá analizando el logro de los objetivos estratégicos de calidad relacionados con él, la evaluación de la implementación y análisis de impacto de las acciones a la luz de los resultado de los indicadores y las evidencias mostradas, si el objetivo se la logrado o no en función de esta evaluación, si se trasladan objetivos y acciones o no al PDFM 2.0, los aspectos de mejora recomendados en el informe ACCUA - IMPLANTA y las acciones de mejora que se incorporan Plan de mejoras 25-26 tras el análisis.

Para analizar el logro de los **objetivos anuales de calidad 24-25** pues, el presente informe analiza resultados de los **indicadores y las evidencias de las acciones de mejora planteadas para cada uno de ellos, así como su impacto**. Cuando los resultados de los indicadores han logrado la meta prevista y las evidencias constatan el calado de la acción, se considera que el objetivo ha sido logrado. En caso contrario, si las **acciones de mejora no se han desarrollado aún**, se traslada la acción y el objetivo con igual redacción o similar del nuevo PDFM 2.0. En los casos en que las acciones de mejora fueron desarrolladas pero **no tuvieron impacto en los resultados** de los indicadores o no se lograron las evidencias, en el presente informe se plantean nuevas acciones de mejora, que de igual manera, se trasladan al PDFM 2.0

Criterio 1. Información Pública

En relación con este criterio, el centro contaba con el objetivo **OC 19 (7.4) Mejorar las estrategias de comunicación interna y externa de la Facultad** y para su logro la acción de mejora **AC.19 Actualización del Plan de Comunicación 2.0**, que pueda dar respuesta de manera específica a cada grupos de interés y con ello a una acreditación institucional del SGC de la Facultad, todo ello a la luz de los resultados no favorables de los indicadores relacionados 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 de el/los Centro/s. L**a citada acción de mejora no ha sido implementada** debido a la elevada carga de trabajo del centro ya que hubo que priorizar las acciones relacionadas con la implantación de una nueva memoria, el Sello internacional de calidad y la acreditación institucional bajo el programa IMPLANTA, además de el resto de las acciones implementadas. Esta ha sido la única acción de mejora del centro que no se ha avanzado nada. En el criterio siguiente se indica el resumen del resultado de la implementación de todas las acciones de mejora del I Plan Director 22-25

En cuanto a los resultados de los indicadores antes citados sobre la información publicada, puede comprobarse en el

Cuadro de mando que ha aumentado el valor de los relacionados con el PDI (De 3.96 a 4.03) y PTGAS (De 3.47 a 3.81), superando el del PDI la meta (4 para los tres) y ha bajado en cambio el indicador del alumnado (De 4.05 a 3.83), situándose por debajo de la meta. A pesar del resultado de estos indicadores que corresponden al curso 23-24, durante dicho curso se obtuvo **en la Auditoría de la Información Pública disponible 23-24** un grado de incidencia de 9%, siendo todas ellas resueltas. Esta auditoría sede ese curso las realiza el Servicio de Gestión de Calidad. En cuanto al P01- Informe de Peticiones de los grupos de interés sobre difusión de información es de reseñar que no existen peticiones, así como la ausencia de entradas con peticiones de difusión de la información en el Registro en línea de participación de los grupos de interés hasta la fecha de aprobación de este informe.

Debido al resultado de estos indicadores, a la no implementación de la acción de mejora AM 01 Elaboración y aprobación del Plan de Comunicación 2.0 y los **aspectos de mejora la ACCUA IMPLANTA C1.01, C1.02, C1.03, C1.04, C1.05 y C1.0**6, se traslada al PDFM 2.0 el siguiente nuevo objetivo: **OS17 Estructurar y optimizar los canales de comunicación interna y externa,** planteándose la siguiente acción para el Plan de mejoras 25-26:

OBJETIVOS DE CALIDAD DEL CENTRO	ACCIONES DE MEJORA	ASPECTO MEJORA ACCUA IMPLANTA
OS17 Estructurar y optimizar los canales de comunicación interna y externa	**AC 34.** Modificación, implantación y análisis del impacto del **Procedimiento P01-PFM01 Plan de Comunicación del Centro** (versión 2.0) y en el **resto de Procedimientos del Sistema relacionado**s, para dar respuesta de difusión de la información de manera específica a cada grupos de interés y a los siguientes aspectos de mejora de la Informe del IMPLANTA de la ACCUA relacionados con el criterio 1 "Información pública disponible": 1. Obtener **información, medios y canales específicos de los diferentes grupos de interés** sobre enfoques de comunicación que oriente toma decisiones sobre acciones de mejora (C1.01) 2. Completar en el plan de comunicación los grupos de interés incorporando a los **asociados clínicos, tutores clínicos, tutores TFG, empleadores,** etc. (C1.02) 3. Incorporan para el análisis indicadores de m**edición cuantitativa de usabilidad y accesibilidad** a la información (C1.02) 4. Incorporar la **sistemática de revisión y análisis de la información de todos los grupos de interés** de cara a la decisión de acciones de mejora a la hora de elaborar el plan de mejoras del ciclo siguiente, incorporando entonces al plan de mejora las herramientas para el futuro análisis del su impacto. Para que se consideren implementadas será indispensable que se determine que hubo impacto o alcance, y se incorporará estos datos a la tabla de seguimiento del plan de mejora y al siguiente Informe de Gestión (C1.03). 5. Aunque este criterio tenga un tratamiento agregado a nivel de centro, se debe plantear con un **enfoque mixto: también a nivel de títulos**, con encuadre dentro de la visión de centro (C1.04). 6. Incorporar indicadores de nivel de satisfacción con la Difusión de la Información de los grupos de interés pendientes: los **tutores clínicos y los empleadores** (C1.05)	**C1.01** Se recomienda mejorar la documentación en las que se describen los medios y canales para obtener información de cada uno de los grupos de interés sobre los enfoques de comunicación del centro. **C1.02** 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. **C1.03** Se recomienda mejorar la sistemática de revisión y análisis de la información publicada y su documentación. **C1.04** 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. **C1.05** 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

	7. Incorporar de manera explícita todas las **evidencias de la rendición de cuentas** a todos los grupos de interés tales como el uso de las pantallas de los pasillos, la difusión de los aspectos más significativos de los Informes de Gestión y de lo s planes de mejora, así como la difusión de los acuerdos y conclusiones de la CGC y la Junta de Facultad a los diferentes grupos de interés de una manera dosificada habida cuenta de la excesiva cantidad de información que reciben nuestros grupos de interés, en la línea de lanzar comunicados enlazado a los espacios donde se encuentra la información, informar sobre ellos y proponer que se acceda a ella para estar informado.	más concretamente tanto a las fortalezas como a las debilidades. **C1.06** Se recomienda mejorar la forma de documentar las decisiones tomadas en base a los análisis recogidos de los distintos grupos de interés

Tras la modificación de este procedimiento se procederá a revisar y en su caso modificar el FSGC P02-03: Planificación de rendición de cuentas.

Como se ha indicado en el informe ACCUA IMPLANTA a día de hoy ya existen aspectos de mejora que son **evaluados por la CGC cómo implementado** y así se recogen ya en el seguimiento del Plan plurianual Específico de Aspectos de mejora ACCUA. En relación con este criterio se consideran implementados los aspectos de mejora **C1.07 y el C1.08**, quedando ambos en situación de espera del informe de seguimiento de la acreditación institucional de 2028-29. Se indican a continuación las evidencias de esta implementación:

ASPECTO DE MEJORA INFORME ACCUA IMPLANTA	EVIDENCIAS DE SU IMPLEMENTACIÓN
C1.07 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	Se ha modificado el procedimientos P07-PFM03 Procedimiento de Análisis y Actuación ante BAUs e Incidencias docentes del Centro, incorporando en la sistemática información desagregada por grupos de interés. Se cuenta con un nuevo registro que está operativo y cumple su función
C1.08 Se recomienda completar la documentación de los **informes de auditorías relativos a la información pública**.	Ya se hace anualmente y está disponible en la web en el apartado " Buenas prácticas e Informes de las auditorías de la Información pública disponible"

Criterio 2. Política de calidad - Agregado a nivel de Centro

Este ciclo de mejora 25-26 ha sido el **último ciclo de mejora en que aún estábamos sujeto al seguimiento de los títulos por la ACCUA.** Los autoinformes han evaluado el desarrollo de los planes de mejora como hasta ahora venía siendo habitual antes de la Acreditación institucional. Como se ha indicado, las debilidades de los títulos han sido incorporadas al PDFM 2.0 y por lo tanto incorporados los objetivos de mejora y acciones de mejora relacionadas. Debido a que desde ahora en adelante **es el SGC del Centro el que lleva el seguimiento de la Calidad de los títulos** el **plan de mejora de los títulos** del 25-26 en adelante no serán otra cosa que las acciones de mejora del plan de mejoras del centro específicas para esos títulos según conste en el "Nivel" de desarrollo de la acción y en los "Responsable" indicados. De esta forma, en los autoinformes del ciclo de mejora que ahora se inicia 25-26 de enero'26, se deberán analizar exclusivamente estas acciones de mejora asignadas a los títulos. Las personas coordinadoras de los títulos serán las encargadas de realizar los análisis de las acciones de mejora asignadas a los títulos en los momentos en los que la CGC realiza la evaluación de seguimiento del plan de mejora del centro.

Previamente a la redacción del presente informe y para facilitar la redacción del mismo, se ha realizado el análisis de todas y cada una de las acciones en la **Evaluación final del Plan de Mejoras 24-25**. En ella se puede identificar y comprobar el análisis e implementación de todas las acciones de mejora y objetivos objetivos (celdas en verde), indicándose en los análisis aquellas acciones de mejora que están relacionadas con **aspectos de mejora del informe ACCUA IMPLANTA** y que por lo tanto deben trasladarse con sus objetivos la PDFM 2.0. Existe un único caso en el que habiéndose implementado las dos acciones de mejora de un objetivo, en el informe ACCUA implanta aparece un aspectos de mejora relaciona con dicho objetivo y por lo tanto debe considerarse el objetivo no logrado aún cuando ambos acciones han sido implementadas. Es el caso del Objetivo OC16 relacionado con la **necesidad de establecer una sistemática para detectar y comunicar a los departamentos las necesidades de profesorado** para impartir los títulos del centro. Se traslada esto a los objetivos y acciones de mejora del PDFM 2.0 como veremos más adelante.

En cada uno de los criterios de este capítulo se describirán pormenorizadamente todas las acciones de mejora implementadas y el **logro de los objetivos de calidad**. De manera global se puede resumir que:

1.- **Se han logrado los siguiente objetivos anuales de calidad:**

- OC 04 (1.6) Potenciar la internacionalización y movilidad nacional de nuestra oferta formativa
- OC 05 (2.1). Mejorar las infraestructuras físicas para la impartición de la docencia.
- OC 06 (2.2) Fortalecer la calidad de la oferta académica de los títulos, tanto propios como oficiales, consiguiendo la acreditación institucional de todos nuestros centros- Este o**bjetivo es el que de una manera más clara está asociado a este criterio 2** que como se ha indicado ha sido superado a la luz de la Acreditación Institucional del centro recibida en diciembre de 2024 y el Sello Internacional de Calidad del Grado de medicina recibido en junio del mismo año.
- OC 09 (4.1) Aplicar códigos de buen gobierno y ética.

2.- No se ha logrado del todo los siguientes objetivos anuales de calidad y se trasladan al PDFM 2.0 con su grado de avance:

- OC 01 (1.1) 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 (AVANZADO).
- OC 08 (2.4) Consolidar y mejorar nuestras prácticas de difusión de oferta formativa, así como la orientación académica y profesional de nuestros estudiantes (MUY AVANZADO)
- OC 16 (6.1) Analizar, identificar y transmitir a los departamento las necesidades de plantilla del profesorado de las asignaturas de los títulos del centro (MUY AVANZADO)
- OC 19 (7.4) Mejorar las estrategias de comunicación interna y externa de la Facultad (NO CUMPLIDO)

El resultado de la **evaluación de todas las acciones de mejora** del Plan director 22-25 cuyo análisis abarca un capítulo del PDFM 2.0 es el siguiente:

EVALUACIÓN ACCIONES DE MEJORA DEL I PLAN DIRECTOR 22-25		
No cumplidas	**1**	**2,22%**
Parcialmente cumplidas	**3**	**6,67%**
Avanzadas	**7**	**15,56%**
Muy Avanzadas	**4**	**8,89%**
Implementadas	**30**	**66,67%**
	Total:	**45**

Aunque estaba planteada para realizar durante el ciclo de mejora 24-25 una revisión y modificaciones en su caso de las **metas o estándares de calidad** de los indicadores el doble proceso de evaluación del Sello Internacional de Calidad y la evaluación del IMPLANTA nos hizo no afrontar esta revisión. En el marco del nuevo escenario de acreditación y calidad del centro en el que entramos se procederá a dicha tarea, asentando de manera clara unos indicadores de centro que sean válidos de manera agregada para los títulos.

Con la Acreditación institucional del centro y con ella, la reacreditación de sus títulos, todas las r**ecomendaciones de los títulos de la ACCUA previas a su IMPLANTA** que no estén reflejadas en dicho informe como aspecto de mejora, quedan por lo tanto subsanadas o implementadas.

En relación con este criterio 2 y otros el Plan anual de mejoras del centro 24-25 recogía el objetivo OC 06 (2.2) "Fortalecer la calidad de la oferta académica de los títulos, tanto propios como oficiales, consiguiendo la acreditación institucional de todos nuestros centros". En relación con él y este criterio 2, las acciones planteadas y la evaluación e impacto de su implantación es el siguiente:

- **AC 06.03 - AC 06.04.1 - AC 18.1** Mejorar la **recogida de datos y análisis de la satisfacción** de los siguientes grupos de interés: Egresados, Servicio Andaluz de salud, otras instituciones sanitarias, tutores de prácticas y estudiantes con labor docentes de los tutores, Elaborar y lanzar las encuestas de satisfacción y reuniones de empleadores, a los centros asistenciales del SAS, centros privados, compañías de seguro y a los tutores clínicos durante el curso 21-22. Analizar sus resultados en el marco del autoinforme de dicho curso. Para ello se plantea realizar reuniones y grupos de discusión con empleadores (el personal de SAS, etc.). Completar y mejorar los procedimientos destinados a recoger la satisfacción de los empleadores. Para ello: Elaborar e implementar el P07 - PFM02 - Procedimiento de participación y análisis de la satisfacción de los empleadores. Revisar y modificar los procedimientos P07 - PFM04 de Organización de prácticas clínicas y P07 - PFM05 de Gestión de Tutores clínicos.

  Las **evidencias planteadas** eran la aprobación del Procedimiento Informes de Satisfacción de empleadores y la inclusión de los resultados en Informes de títulos e Informe de Gestión.

  La evaluación de su implementación ha sido la siguiente: El servicio de calidad de la UCA ha ido incorporando todos y cada una de las recomendaciones que recibimos los títulos en función de sus competencias. Las encuestas de satisfacción de los egresado incluidas en la recomendación de la ACCA se realizan y se presentan resultados sobre ellas. En cambio continúa estando pendiente implementar el procedimiento de análisis de la satisfacción de los empleadores, así como la satisfacción del alumnado con los tutores clínicos a nivel individual y la de los tutores clínicos con la organización de la docencia práctica. Se han modificado los procedimientos específicos del centros sobre la satisfacción de los empleadores, la modificación de la organización de las prácticas clínicas y el de la gestión de tutores clínicos. No obstante está aún pendiente el análisis de las satisfacción de los tutores clínicos con la docencia. SE TRASLADA AL PDFM 2.0 en el marco del Aspecto de mejora de ACCUA IMPLANTA C2.05"

- AM. 9 (BioMed) 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. 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. Para ello se implementará en el Centro el nuevo P07-PFM01 Procedimiento de Gestión de la Participación de los Grupos de Interés Alumnado, Profesorado y PAS.

  El **indicador** para la evaluación de la acción es el ISGC-P07-03: Grado de satisfacción global del PDI con el título. Su valor actual es 4.05 y su meta 3.5.

  La evaluación de su implementación ha sido la siguiente: Se recomienda al máster realizar las reuniones con los grupos de interés en el marco del procedimiento P07-PFM01 Procedimiento de Gestión de la Participación de los Grupos de Interés Alumnado, Profesorado y PAS como ha funcionado en el grado de medicina. Se ha avanzado en el Grado y en el Master el nivel del indicador supera la meta, Pero debe TRASLADARSE AL PDFM 2.0 en el marco de los aspectos de mejora del Informe del IMPLANTA C2.03, C2.10 y .C2.12)

La Certificación de nuestro Sistema de Garantía de Calidad del centro por parte de la ACCUA (IMPLANTA) y la Acreditación Institucional del centro en diciembre 24 antes citadas, constituyen una evidencia clara del avance del centro en este criterio y del logro del citado objetivo OC 06 (2.2) Fortalecer la calidad de la oferta académica de los títulos, tanto propios como oficiales, consiguiendo la acreditación institucional de todos nuestros centros. No obstante en el informe favorable que certifica dicha implantación de nuestro SGC de 3 de octubre de 2024 se incluyen 14 **aspectos de mejora** del **informe ACCUA - IMPLANTA** desde el C2.01 al C2.14 . De ellos en se considera que cuatro han sido ya implementados y se está a la espera del informe ACCUA de seguimiento de las acreditación institucional 28-29, para los otros 10 el centro establece el nuevo objetivos estratégico de calidad OD45 Impulsar y mantener la acreditación institucional del centro antes citado que se implementará todos los años del PDFM 2.0. A continuación se indican el objetivo de calidad, las acciones de mejora planteadas para su logro que se incluyen en el Plan de Mejoras 25-26, así como los aspectos de mejora de la ACCUA con los que directamente se relacionan.

OBJETIVOS DE CALIDAD DEL CENTRO	ACCIONES DE MEJORA	ASPECTO MEJORA ACCUA IMPLANTA
OD45 Impulsar y mantener la acreditación institucional del centro	**AC17** Incorporar **indicadores específicos relacionados con los resultados de los Exámenes MIR,** tales como el porcentaje de estudiantes que se encuentran dentro en el grupo fuerte (Percentil 73), el porcentaje de estudiantes que se encuentran entre los puestos 1 y 3000 y cuando se diera el caso porcentaje aprobados. Además, **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. Se analizará la validez como indicador en este ámbito el **número de estudiantes que acceden mediante traslado y otras vías de reconocimiento, y su relación con dispersión de las asignaturas aprobadas** en varios cursos.	**C2.09** 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.

	AC18 Continuar articulando, difundiendo información y promoviendo la **contestación de los grupos de interés durante las semanas de las Encuestas de Satisfacción** de Estudiantes y del PDI, colaborando con el Servicio de Gestión de Calidad en los procedimientos generales de la UCA de promoción de la participación y la obtención de datos representativos y válidos	**C2.08** 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. **C1.01** Se recomienda mejorar la documentación en las que se describen los medios y canales para obtener información de cada uno de los grupos de interés sobre los enfoques de comunicación del centro **C1.05** 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.
	AC19 Implementar, recoger datos y evaluar los indicadores SGC-P04-PFM02: Grado de **satisfacción de los Asociados clínicos (Tutores académicos)** con las prácticas clínicas realizadas por los estudiantes y ISGC-P04-PFM03 Grado de **satisfacción de los Tutores clínicos con las prácticas** clínicas realizadas por el alumnado	**C2.5** Se recomienda establecer evaluaciones de alumnos y tutores relativos al Grado en Medicina (Prácticas Clínicas) **C1.05** 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.
	AC20 Completar la recogida de datos y análisis de la satisfacción de los **empleadores** a través de encuestas y/o reuniones implementado de manera correcta el procedimiento	

	AC21 Modificar, implementar y evaluar en desarrollo en la prácticas del procedimiento **P07-PFM01 Procedimiento de Gestión de la Participación de los Grupos de Interés** Alumnado, Profesorado y PTGAS, al objeto de que: 1. En el momento de la elaboración de los Informes de Gestión de ciclo de mejora que se cierra, en el criterio 1 Difusión de la información, se describa la correcta aplicación de la **sistemática de revisión y análisis** de la información recabada de todos los grupos de interés, para la toma de decisión de las acciones de mejora. 2. Se incorporan referencias a **la participación de los grupos de interés avalan el seguimiento** de las acciones de mejora y su inclusión en los autoinformes e informes de gestión. 3. Se incorpora el **entorno socioeconómico, social y científico de los grupos**, para incluir esta información en los autoinformes y procedimientos de mejora de las titulaciones. 4. Se fo**mente 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, incorporando encuestas de análisis previo de necesidades, encuestas específicas, periodos de exposición pública en su caso, etc.	**C1.06** Se recomienda mejorar la forma de documentar las decisiones tomadas en base a los análisis recogidos de los distintos grupos de interés **C2.10** 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). **C2.12** 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.

	AC22 Elaborar e implementar el **nuevo procedimiento P02-PFM01 Sistemáticas de revisión y análisis de la información para la toma de decisiones sobre las acciones de mejora, la evaluación de su impacto y resultado** para: 1.- Desarrollar la sistemática para **el análisis del alcance e impacto y el resultado** de las acciones de mejora tales como el **Análisis modal de fallos y efectos (AMFE)** u otras herramientas para análisis, registro del seguimiento, evaluación definitiva de la mejora, etc. 2. 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, revisando y armonizando los valores de las **metas de los indicadores del SSGC** 3.- Incorporar en el espacio de **seguimiento del Plan anual de mejoras, en los autoinformes y en los informes de gestión** del centro dicho análisis, con referencias explícitas a la **participación de los grupos de interés** y agregado correctamente **agregado a nivel de centro o desagregado a nivel de títulos**. 4.- Incorporar en los autoinformes e informes de gestión, un **análisis de los resultados que avalan las acciones de mejora más claro**, potenciando las evaluación y valoración temporal de los indicadores, los datos y las evidencias, así como las acciones a**cciones concretas de rendición de cuentas** a los diferentes grupos de interés. 5.- Difundir en el espacio de Transparencia y rendición de cuentas de la Web **informes de rendición de cuentas a los grupos de interés**. 6.- Analizar la conveniencia de **mejorar la información recibida por la aplicación del procedimiento de seguimiento de 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.). 7.- Promover a nivel del SGC marco de la UCA 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	**C2.03** 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. **C2.04** Se recomienda establecer mecanismos que permitan evaluar el impacto de las acciones de mejora desplegadas. **C2.12** 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. **C2.13** Se recomienda mejorar la sistemática sobre el análisis de resultados y acciones derivadas del Plan de mejora. **C3.01** 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. **C3.06** Se recomienda realizar propuestas de mejora de la información recibida por la aplicación del procedimiento de seguimiento de los 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.).

OS13 Fomentar la participación de la comunidad universitaria en los procesos de decisión.	**AC 33** Modificación de **Reglamento de Régimen Interno** del Centro para: 1.- Adaptarse a los **nuevos Estatutos de la UCA** derivados de la LOSU y la LUPA 2.- Incorporar a los representantes del alumnado de los másteres en Junta de Facultad y CGC 3.- Mejorar la s**istemática de revisión de la Política de Calidad y los Objetivos estratégicos** al objeto de clarificar su 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 interé**s vinculados al Centro, donde se debe recogerse 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"	**C2.01** 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. **C2.02** 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, dentro de la sistemática, en su punto 2 del P02, 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".

Se indican a continuación los cuatro aspectos de mejora del informe ACCUA IMPLANTA relacionados con este criterio 2, que a la espera del informe de seguimiento de la ACCUA en 28-29 son **considerados implementados por la CGC**, así como las evidencian que lo corrobora:

ASPECTO DE MEJORA INFORME ACCUA IMPLANTA	EVIDENCIAS DE SU IMPLEMENTACIÓN
C2.06 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).	En el Cuadro de mando de nuestro centro puede comprobarse que ciertamente no se cuentan con datos de algunos indicadores. Estas son las causas: 1.- Cuando un indicador se ha puesto en marcha en uno de los 5 cursos que se muestran, por razones obvias no existen datos previos y las celdas aparecen vacías. Hasta ahora la celda aparecía vacía, de ahora en adelante se indicará (No existía) para que resulte más claro. Se mantiene el guión (-) para indicar que no se tiene ese dato por alguna causa. 2.- No existen datos de diversos indicadores del curso 19-20 debido a la pandemia 3.- SGC-P04-08: Nº plazas externas ofertadas. En ambos títulos las prácticas externas son obligatorias por lo que no hay solicitud de prácticas externas. Es un indicador genérico de la UCA que ciertamente no se analiza y ciertamente debería eliminarse para nuestro centro. 4.- ISGC-P04-09: Porcentaje de alumnado que participa en programas de movilidad durante los cursos. Durante los cursos 20-21 y 21-22 el centro suspendió la movilidad entrante del grado debido a la pandemia. No existe movilidad en el máster. En relación con los resultados de Satisfacción del PDI, existen, se analizan en autoinformes e informes de gestión y se publican en el cuadro de mandos los indicadores: ● ISGC-P01-02: Grado de satisfacción del PDI con la información

	publicada del Título-Centro (Salvo curso de la pandemia) ● ISGC-P07-03: Grado de satisfacción global del PDI con el título ● ISGC-P06-10: Grado de satisfacción del profesorado con los recursos materiales e infraestructuras del título (Salvo curso de la pandemia)
C2.07 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).	El Sistema de información cuenta con datos actualizados de evolución del número de matriculados, aprobados y egresados en la sección de "Datos Académicos"
C2.11 Se recomienda finalizar la aprobación por parte de la CGC del **informe de gestión correspondiente al curso 2022-23**.	El informe, disponible en el espacio web del Sistema de Garantía de Calidad junto con el resto, fue aprobado por CGC el 13 de mayo de 2024 y ratificado por Junta de Facultad el día 15 del mismo mes, siendo colocado en la web ese mismo día. Aunque el informe de gestión borrador para la CGC (provisional) estaba disponible con más tiempo de antelación, el informe definitivo fue aprobado por CGC y ratificado por la Junta de Facultad solo 18 días antes de la visita del panel de evaluación, a buen seguro con demasiado poco tiempo para ser considerado. Los cambios entre el informe provisional y el definitivo no fueron sustanciales.
C2.14 Se recomienda avanzar en la s**istemática de la gestión de los títulos conjuntos**.	En el marco del DPFM 2.0 sólo se consideró por el centro el solicitar el **grado de Farmacia**. No se consideró que fuera conjunto debido a la especial naturaleza profesionalizante del título. En la próxima ventana de solicitudes iniciales o muestra de interés, la Junta de Andalucía sólo autorizará iniciar el procedimiento de un nuevo título por universidad, después del elevado número de títulos autorizados en la ventana anterior.

Del análisis global del presente informe de gestión, tomando como referente el nuevo Sistema de Dirección Estratégica de la UCA, el nuevo PDFM 2.0, los **objetivos anuales de calidad del centro 25-26** (v5) y las acciones de mejora planteadas para sus logros, la CGC aprobado dichos nuevos objetivos y revisado y aprobado una nueva **Política de calidad del centro** (v3). **Las modificaciones en la política han sido las siguientes**:

1. Inclusión de la referencias a la **Misión, Visión y Valores** del nuevo Sistema de Dirección Estratégica de la UCA de enero de 2025 , el nuevo PDFM 2.0 de mayo siguiente.

2. Inclusión de referencias a nuevo marco de calidad tras la obtención de la **Acreditación Institucional** de la FAcultad y el **Sello Internacional de Calidad** del grado de medicina

3. Inclusión de referencias los **Ámbitos de gestión** el Sistema de Dirección estratégica y del PDFM 2.0, al igual que la política de calidad de la UCA los incorpora.

4. Cambio en el órgano que realiza el compromiso. Estaba el Equipo de Dirección y es la **Junta de Facultad la que se compromete** ya que es el órgano que aprueba la Política.

5. Sustitución del concepto de “objetivo general” por el de “**principio”** y redacción de todos estos en **infinitivo.**

6. Distinción de manera clara del concepto de **objetivo estratégico** de calidad del PDFM 2.0 y de **objetivo anual** de calidad para cada uno de los ciclos de mejora, aunque tenga la misma redacción.

Criterio 3. Personal docente e investigador - Agregado y desagregado

Hasta ahora la gestión de seguimiento de la calidad relacionada con el Personal docente e investigador se trataba fundamentalmente de una manera desagregada, en función de los autoinformes de los títulos, aunque cuando ambos títulos han coincidido en una misma acción de mejora ante una necesidad de mejora común, se ha aglutinado esta acción en el marco de una misma acción de mejora del I Plan director 22-25. Siguiendo los aspectos de mejora de este criterio 3 del Informe **ACCUA IMPLANTA** (C3.01, C3.02, C3.03, C3.04, C3.05 y C3.06), debemos reconsiderar este nivel de agregación, y considerarlo una manera mixta al igual que el criterio 4. Al fin y al cabo, el profesorado es un recurso para el desarrollo de la docencia, en este caso humano; al igual que los recursos de criterio 4 son los recursos materiales y servicios.

En cuanto al **número de profesores y profesoras** debemos constatar que en la actualidad son 299 el total de profesorado investigador del centro, siendo 61 PDI permanente, 238 PDI sin vinculación permanente y 1136 Facultativos especialistas del Servicio Público de Salud de Andalucía que desempeñan la labor de tutores de prácticas clínicas.

En relación con este criterio 3 para el ciclo de mejora 24-25 y en I Plan director 22-25, el objetivo planteado era el **OC 16 (6.1) Analizar, identificar y transmitir a los departamento las necesidades de plantilla del profesorado de las asignaturas de los títulos del centro**. Como veremos a continuación, aunque algo se ha avanzado, existen indicadores y aspectos de mejora de la ACCUA que evidencian que aún no está cumplido.

En la actualidad los indicadores siguiente indicadores de calidad relacionados con el profesorado disponibles en el cuadro de mando poseen valores por debajo de la meta:

- ISGC-P05-02: Participación del **profesorado en acciones formativas**. El valor de este indicador ha aumentado en el grado de 13.40% a 16.33% con meta en 20%; pero ha disminuido en el máster de 22% al 15%.
- ISGC-P05-05: Porcentaje de profesores del título que han participado en las convocatorias del programa de **evaluación de la actividad docente (Modelo DOCENTIA)**. El valor de este indicador ha vuelto ha bajar algo en el grado hasta el 3.33% con meta en 10%, así como también en el máster que siendo la meta 30% ha pasado del 34,48% al 15%.

En relación con estos resultados, durante el ciclo se ha desarrollado las acciones: AM11.24 (Med) Elaboración, aprobación e implementación del procedimiento específico del centro P05-PFM1 "**Unidad para el Apoyo en la acreditación, formación e innovación** del profesorado" que además de apoyar analice y presente informes sobre todos los aspectos del profesorado y AM. 10 (BioMed) Se i**ncentivará la participación del profesorado en acciones formativas**, enviando vía e-mail las acciones formativas de la Unidad de Formación de la UCA que puedan ser interesantes para el profesorado del Máster.

Aunque se ha participado activamente **proyectos de innovación** y el indicador relacionado ISGC-P05-03: Participación del profesorado en Proyectos de innovación y mejora docente obtiene valores positivos, aumentando del 12,47% al 14% comuna meta del 10%, ciertamente debemos aumentar la difusión y promoción de los cursos de innovación docente sobre todo teniendo en cuenta la realidad del profesorado clínico. Al principio de este ciclo, en mayo de 2024 se creó la Unidad de Apoyo Acreditación Formación e Innovación del profesorado aprobando el **P05-PFM01 Procedimiento de la Unidad de apoyo a la Acreditación, Formación e Innovación docente**. Las tasas de dos de los indicadores que corresponden al curso 23-24 aunque han mejorado aún no ha habido tiempo suficiente para analizar el impacto de la creación y desarrollo de esta unidad. Ante ello y al no superarse las metas, se ha trasladado al PDFM 2.0 y al Plan de mejoras 25-26 un objetivo de calidad y una acción de mejora específica para ello.

A la luz de lo anterior y para dar también respuesta a los **aspectos de mejora** C3.01, C3.02, C3.03, C3.04, C3.05 y C3.06 del **informe ACCUA - IMPLANTA** relacionado con este criterio 3 y al PDFM 2.0 , a continuación se indican el objetivo de calidad,

las acciones de mejora planteadas para su logro, así como los aspectos de mejora de la ACCUA con los que se relacionan. Todas ellas serán serán implementadas por la **Unidad de Apoyo a la acreditación, formación e innovación del profesorado**.

OBJETIVOS ANUAL DE CALIDAD	ACCIONES DE MEJORA	ASPECTO MEJORA ACCUA IMPLANTA
OP49 Apoyar al PDI en el desarrollo de su carrera académica.	**AC39** Establecer e implementar con el servicio de formación e innovación del profesorado itinerarios formativos para el profesorado que incluyan necesidades específicas de formación detectadas mediante encuestas, así como metodologías docente adaptadas al MIR, Inteligencia Artificial, simulación clínica, herramientas didácticas para el trabajo con grandes grupos de estudiantes, etc., potenciando con ello la implementación del procedimiento P05-PFM01 Procedimiento de la Unidad de apoyo a la Acreditación, Formación e Innovación. Se analizará el impacto relacionado su contribución a la mejora de la calidad docente del profesorado. Continuar promoviendo las actuaciones de innovación docente.	**C3.01** 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.
	AC40 Elaborar e implementar el nuevo procedimiento P05-PFM02 Procedimiento de Gestión del profesorado del centro y evaluación de la calidad de su labor que al menos incluya: 1. Información que necesita y debe recibir el centro sobre el PDI, sus fuentes y cómo se analiza. 2. Sistemática de detección e identificación de profesorado para cada programa formativo 3. Sistemática de detección e identificación de necesidades de dotación de personal académico atendiendo al perfil requerido para cada programa formativo. 4. Sistemática de análisis y seguimiento de la información que permita valorar la mejora de la calidad del profesorado 5. Orientaciones para la incorporación de análisis, resultados y toma de decisiones de mejora en el marco de los Informes de gestión 6. Garantías de participación de los grupos de interés. 7. Nuevos indicadores relacionados con todo lo anterior	**C3.02** 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 Participación de los Grupos de Interés de los Estudiantes, Profesorado y PTGAS) entre el equipo decanal y el Profesorado. **C3.03** 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. **C3.04** 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.
	AC41 Aumentar el número de PDI con la acreditación del Docentia, elaborando un catálogo de buenos prácticas docentes incluidas dentro de los criterios a evaluar por este programa, promover las realización de estas actividades y en los momentos de apertura de plazos de solicitud animar y apoyar al profesorado para que lo soliciten, todo ello en el marco de la Unidad de apoyo a la acreditación, formación e innovación del profesorado y promoviendo entre el profesorado el desarrollo de actividades docentes necesarias para esta acreditación.	**C3.05** 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.

Criterio 4. Gestión de Recursos materiales y servicios - Agregado y desagregado

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 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 de calidad 24-25 relacionados con este criterio, las acciones implementadas y su grado de **desagregación** por títulos han sido las siguientes:

- OC 05. Mejorar las infraestructuras físicas para la impartición de la docencia - Agregado a Nivel Centro.
- OC 08 Consolidar y mejorar nuestras prácticas de difusión de oferta formativa, así como la orientación académica y profesional de nuestros estudiantes - Desagregado a nivel de títulos
- OC 04 (1.6) Potenciar la internacionalización y movilidad nacional de nuestra oferta formativa - Desagregado nivel grado medicina.

OC 05. Mejorar las infraestructuras físicas para la impartición de la docencia - Agregado a Nivel Centro.

Los **resultados los indicadores de satisfacción** relacionados con este criterio sobre infraestructuras **se mantienen satisfactorios** como puede comprobarse en el Cuadro de mando El valor del indicador ISGC-P06-09: Grado de satisfacción del alumnado con los recursos materiales e infraestructuras del título del centro ha bajado algo en el grado de medicina hasta 3,86 con meta 3.8 y 4.11 con meta 4 en el máster. El indicador ISGC-P06-10: Grado de satisfacción del profesorado con los recursos materiales e infraestructuras del título por su parte, ha subido hasta 4.1 con meta 3.8 en el grado de medicina y hasta 4.24 en el máster. No existen además, ni BAUs ni incidencias docentes relacionadas con ellas. Estos resultados satisfactorios se mantienen durante los dos últimos ciclos de mejora 23-24 y 24-25.

Aún no existiendo debilidades tampoco en el ciclo de mejora anterior en relación con las infraestructuras físicas, para este ciclo 24-25, debido a **oportunidad de mejora derivada de la subvención concedida del Ministerio de Sanidad** para la mejora de la calidad docente del grado de medicina por aumento de un 10% del número de plazas de estudiantes de nuevo ingreso sobre lo acreditado en la memoria del título, el centro se planteó las siguiente mejora sobrevenida al I Plan Director 22-25:

AC 05.1b (SBV) Implementar el **Plan de Infraestructuras y Equipamiento del la Facultad de medicina 2024** para la ejecución de la **subvención del Ministerio de Sanidad** Convocatoria 23-24 para la mejora de la calidad docente del grado de medicina por aumento de un 10% del número de plazas de estudiantes de nuevo ingreso sobre lo acreditado en la memoria del título: Nuevo taller de Simulación clínica, nuevo equipamiento de talleres, nuevo seminario, nuevos simuladores clínicos, mejora de cuartos de baño en diferentes plantas, renovación de equipos audiovisuales de las aulas y talleres, etc.

Este plan de infraestructuras 2024 **se ha ejecutado hasta la fecha con lo siguientes resultado**s:

- Concedido 1.237.502 €: Distribución 1.012.502 € inversiones y 225.000 € gastos corrientes
- Plazo de ejecución 31 de diciembre de 2024 para gastos corrientes 31 de diciembre de 2025 para gastos inversiones

- Ejecutado euros: 225.000 gastos corrientes gastos inversiones
- Actuaciones: Gastos corrientes (material practicas, gastos reparaciones) Inversiones (Laboratorios bioquímica, microbiología y fisiología con equipamiento total)
- Pendiente de ejecutar euros: 685.032,76
- Actuaciones pendientes: Ascensores, Baños, seminarios y aulas, talleres de simulación y ecografía, Puertas, etc.

Durante el **curso 24-25 se publicó la convocatoria 2025,** los datos de esta convocatoria a día de hoy son:

- Concedido: 555.000 € Solo Gastos corrientes no inversiones. Se está pendiente de reajuste según va el ministerio comprobando el número de estudiantes
- Plazo de ejecución 31 de agosto de 2025 gastos corrientes primera justificación y 31 de diciembre de 2025 justificación final
- Ejecutado euros: Se está ejecutando desde febrero'25, se ha encargado un proyecto y se esperan las obras durante el verano.
- Actuaciones: Compras varias de material practicas, gastos de reparaciones, etc.

En el marco del nuevo PDFM 2.0 vinculado al nuevo objetivo **OD42 Potenciar la dotación de recursos para la Docencia**, para la ejecución de estas subvenciones y con dotación presupuestaria de otras fuentes de financiación como el Programa EQUIPA de la UCA, se establece la acción de mejora **AC06 Implementar el Proyecto de Infraestructuras y recursos docentes 25-26** que incluye las siguientes actuaciones:

1. Taller de simulación clínica y simuladores del proyecto P2P3 Simulación clínica en medicina
2. Renovación de equipos audiovisuales de aulas y seminarios
3. Cambio de tres ascensores. Se valorará si uno es un montacarga según dotación presupuestaria.
4. Ampliación y reforma del taller de Ecografía
5. Reforma de entre 8 y 10 cuartos de baño, según dotación presupuestaria
6. Creación de entre 2 y 4 nuevos seminarios según dotación presupuestaria de mayor ocupación a partir de seminarios más pequeños y la optimización de espacios colindantes.
7. Cambio de puertas deterioradas del centro según dotación presupuestaria.

OC 08 Consolidar y mejorar nuestras prácticas de difusión de oferta formativa, así como la orientación académica y profesional de nuestros estudiantes - Desagregado a nivel de títulos

Para el análisis de este objetivo se ha tenido en cuenta los siguientes informes aprobados por la CGC en su primera reunión de la elaboración de este informe:

- FSGC P06 01: Informe de ejecución del Plan de Acciones Específicas de orientación preuniversitaria
- RSGC P06_02 Informes de ejecución del Programas Orientación y Apoyo del grado de medicina y del máster en biomedicina
- RSGC P06_PM01 Encuesta Oficina de Ayuda al Estudiante de Medicina (OAEm) - Resultados

- RSGC P06_04 Informes de ejecución de actividades de Orientación profesional del Grado de medicina y del máster en Biomedicina.

El histórico de estos informes está disponible en el gestor documental de la UCA COLABORA > "IMPLANTA SGC v3.1 GESTIÓN DE PROCESOS - MEDICINA > 06 RECURSOS PARA EL APRENDIZAJE Y APOYO AL ESTUDIANTE

I) En lo referente a Orientación académica del Grado de Medicina:

El título 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 "Acompáñame" 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).

La orientación académica general del alumnado de medicina, sobre cualquier aspecto docente que resulte relevante para facilitar el desarrollo del programa formativo es desarrollada por Oficina de Apoyo al Estudiante de Medicina, estructurada dentro del procedimiento Específico del Centro P06-PFM01 Procedimiento de Gestión de la Oficina de Ayuda al Estudiante de Medicina (OAEm). Este procedimiento tiene asociado el indicador ISGC-P06-PM01: Grado de satisfacción del alumnado con la Oficina de Ayuda al Estudiante de medicina (OAEm) - Anterior indicador ISGC-P06-01, cuyo valor continúa siendo muy satisfactorio 4.8 con meta de 4.

II) En lo referente a la Orientación Profesional del Grado de medicina

El título cuenta con un plan estable de orientación profesional, dirigido, de forma específica a los futuros egresados, que cuenta con la participación de profesionales o empleadores, en los que se analizan, tanto las salidas laborales, como las opciones existentes para ampliar sus estudios. En el marco del plan se han desarrollado dos Jornadas de Formación Profesional muy bien valoradas por el alumnado mediante las encuestas realizadas al finalizar cada una de ellas.

Debido a la especial naturaleza de la salida profesional de más de 95% de nuestro alumnado hacia la Formación Médica Especializada, estas jornadas se realizan cada dos años, con lo cual para el ciclo de mejora que ahora comienza 25-26 deberán desarrollarse las II Jornadas. Así el alumnado tiene una oferta de tres actividades de orientación profesional durante los 6 años que dura el título. En el histórico de informes en el gestor documental de la UCA COLABORA en la ruta P06 RECURSOS PARA EL APRENDIZAJE Y APOYO… > RSGC P06_01 se encuentra RSGC P06_04 Informes de ejecución de actividades de Orientación profesional del Grado de medicina y del máster en Biomedicina..

El indicador válido que mide la **satisfacción del alumnado con la orientación profesional,** el cual se recoge de forma independiente mediante encuesta de satisfacción estadísticamente significativas en virtud del número de respuestas recogidas y que se analizan a continuación es ISGC-P06-07: Grado de **satisfacción del alumnado** con los programas y actividades de orientación profesional. El resultado de este curso 23-24 es de 3.03 con una meta de 3.

Se han organizado dos jornadas de Orientación en años consecutivos cursos 22-23 y 23-24. Las II Jornadas de Orientación Profesional del Grado de Medicina se desarrollaron el 8 de noviembre del 2023 con un alto grado de satisfacción por parte de los estudiantes asistentes. La actualización de la información de estas jornadas la web se desarrolla conforme se van acercando el momento de celebración y no está circunscrita a las fechas indicadas en la planificación

III) En cuanto a la Orientación académica y profesional del Máster de Biomedicina

Coordinación del Máster en Biomedicina, con el apoyo del decanato, 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 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.

El resultado de los i**ndicadores relacionados son satisfactorios**:

- ISGC-P06-07: Grado de satisfacción del alumnado con los programas y actividades de apoyo y orientación académica: Aumenta de 3.71 a 4 con una meta de 4.
- ISGC-P06-08: Grado de satisfacción del alumnado con los programas y actividades de orientación profesional: Aumenta de 3.29 a 4 con una meta de 4

Unos días previos a la aprobación de este informe de gestión, en el centro se celebraron las I Jornadas I Jornada de Orientación Profesional en Ciencias Médicas y Biomédicas "Visualiza tu futuro profesional", a la que se animó a participar a todo el alumnado del centro atendiendo a las fechas de realización se incluirán dentro del próximo ciclo de mejora 25-26, habida cuenta que aún no se ha evaluado y tampoco existen datos sobre el grado de satisfacción de los asistentes.

III) En cuanto a Jornadas de Investigación para Estudiantes (AC 03.1)

Durante este ciclo de mejora 24-25 que ahora concluye no se han realizado las Jornadas de Investigación previstas y por lo tanto se ha trasladado al PDFM 2.0 el nuevo objetivo **OI14 Apoyar y potenciar la investigación clínica y en Ciencias de la Salud** y para su logro la acción de mejora **AC23 Organizar de manera periódica Jornadas de investigación, conjuntamente con los estudiantes.** Durante el mes de mayo 25 se ha nombrado un Coordinador del centro para los Proyectos de Investigación e Igualdad del centro.

Aunque el nivel del indicador relacionados con este objetivo disponibles en el Cuadro de mando ISGC-P06-02: Grado de satisfacción del alumnado con los programas y actividades de orientación profesional se mantiene las metas 3.03 con meta en 3.00, el objetivo de apoyar y potenciar la investigación se considera estratégico y fundamental la realización de esta actividad.

OC 04 (1.6) Potenciar la internacionalización y movilidad nacional de nuestra oferta formativa - Desagregado nivel grado medicina.

Para el análisis de este objetivo se ha tenido en cuenta el informe RSGC P06_05 Informes y satisfacción de Coordinadoras de

Movilidad Nacional e Internacional. El histórico de esto informes se encuentra en el gestor documental COLABORA (usuario: evmedicina; 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 relación con este objetivo indicar que en nuestro centro **la movilidad se circunscribe al grado de Medicina**. Los procedimientos sobre movilidad son gestionados en la actualidad en virtud de los procedimientos del Vicerrectorado de Internacionalización, la implementación de nuestro procedimiento SGC la gestión de la movilidad **P04-PFM11** Procedimiento de Movilidad de Estudiantes de Medicina, el cual ha sido modificado el 15 de mayo de 2024. Toda la información necesaria para los estudiantes como 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. En ella se encuentra disponible además información general para estudiantes salientes y entrantes, ofertas de convenios, información sobre la acogida de estudiantes entrantes y salientes, procedimiento para la gestión de convalidación-reconocimiento de las asignaturas cursadas, carta al estudiante, aspectos organizativos estudiantes entrantes, cursos de idiomas, prácticas clínicas, oficina de ayuda al estudiante de medicina, etc.

Recuperada la movilidad tras los años de la pandemia, el valor del ISGC-P04-09: Porcentaje de **alumnado que participa en programas de movilidad** disponible en el Cuadro de mando es satisfactorio 12.45 % con una meta de 10 %, aunque ciertamente ha disminuido en un 1,03 %.

En cuanto al nivel de **satisfacción del alumnado con la movilidad**, el indicador ISGC-P04-15 ha vuelto a subir de 3.64 del anterior a 3.71 este ciclo de mejora 23-24 (meta 3.5). Aunque los resultados de los indicadores sobre movilidad son favorables, en el análisis DAFO del PDFM 2.0 del centro se recogió como debilidad el **desequilibrio entre la movilidad entrante y saliente** siendo mayo el número de estudiantes que entran que los que salen, lo que afecta al desarrollo de las prácticas clínicas. Ante ello dicho plan recoge como nuevo objetivo estratégico de calidad y objetivo anual para el Plan de mejora 25-26 **OIT42 Equilibrar la movilidad entrante y saliente** de estudiantes como medio para promover la interculturalidad y el intercambio lingüístico de la comunidad UCA, sin que aumente el número de estudiantes en las prácticas clínicas, asociando al mismo la acción de mejora **AC31 En el proceso de establecimiento de los convenios de movilidad se aplicará como norma general en principio de reciprocidad** entre universidades de tal manera que en el cómputo anual de estudiante en movilidad exista un equilibrio entre el alumnado de movilidad entrante y saliente.

En el ámbito de la internacionalización y de la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) del Sistema de Dirección Estratégica de la una y del DFM 2.0, se consideró necesario para favorecer en compromiso social internacional incluir el el objetivo **OIT51 Impulsar las misiones de identificación, ejecución y evaluación de proyectos de Cooperación Internacional al Desarrollo** asociado al cual se encuentra la acción de mejora AC32 Regular e incorporar en nuestra normativa o procedimiento del centro las **Becas de Cooperación en el marco de los Cursos de Cooperación Internacional** para el Desarrollo reconocidos con 3 ECTS de optatividad del grado de medicina.

A la luz de lo anterior y para dar respuesta a los **aspectos de mejora** C4.02, C4.03, C4.04, C4.05 y C4.06 del **informe ACCUA - IMPLANTA** relacionado con este criterio 4, a continuación se indican los objetivos de calidad, las acciones de mejora planteadas para su logro que se incluyen en el Plan de Mejoras 25-26, así como los aspectos de mejora de la ACCUA con los que en su caso se relacionan.

La CGC, en aras de no sobrecargar el trabajo del primer ciclo de mejora del PDFM 2.0 (25-26) acordó retrasar al siguiente ciclo 26-27 el aspecto de mejora de la ACCUA **C4.01** 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 los diferentes grupos de interés.

OBJETIVOS ANUAL DE CALIDAD	ACCIONES DE MEJORA	ASPECTO MEJORA ACCUA IMPLANTA
OD42 Potenciar la dotación de recursos para la Docencia.	**AC06** Implementar el **Proyecto de Infraestructuras y recursos docentes 25-26** que incluye las siguientes actuaciones: 1.- Taller de simulación clínica y simuladores del proyecto P2P3 Simulación clínica en medicina 2.- Renovación de equipos audiovisuales de aulas y seminarios 3.- Cambio de tres ascensores. Se valorará si uno es un montacarga según dotación presupuestaria. 5.- Ampliación y reforma del taller de Ecografía 4.- Reforma de entre 8 y 10 cuartos de baño, según dotación presupuestaria 5.- Creación de entre 2 y 4 nuevos seminarios según dotación presupuestaria de mayor ocupación a partir de seminarios más pequeños y la optimización de espacios colindantes. 3.- Cambio de puertas deterioradas del centro según dotación presupuestaria	Ninguno - Tiene su origen en el **PDFM 2.0**
	AC08 Elaborar e implementar el nuevo procedimiento del centro **P06-PFM04 Procedimiento de Gestión de Recursos materiales, espacios y servicios,** que entre otros aspectos incluya indicadores cuantitativos más concretos de operatividad y rendimiento	**C4.02** 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
OI14 Apoyar y potenciar la investigación clínica y en Ciencias de la Salud.	**AC23** Organizar de manera periódica **Jornadas de investigación**, conjuntamente con los estudiantes.	Ninguno - Tiene su origen en el IPlan Director 22-25 y se traslada al **PDFM 2.0**
OD45 Impulsar y mantener la acreditación institucional del centro	**AC22** Elaborar e implementar el **nuevo procedimiento P02-PFM01 Sistemáticas de revisión y análisis de la información para la toma de decisiones** sobre las acciones de mejora, la evaluación de su impacto y resultado para: 1.- Desarrollar la sistemática para el análisis del alcance e impacto y el resultado de las acciones de mejora tales como el Análisis modal de fallos y efectos (AMFE) u otras herramientas para análisis, registro del seguimiento, evaluación definitiva de la mejora, etc. 2. 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, revisando y armonizando los valores de las metas de los indicadores del SSGC 3.- Incorporar en el espacio de seguimiento del Plan anual de mejoras, en los autoinformes y en los informes de gestión del centro	**C4.03** 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. **C4.05** (*) 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.

	dicho análisis, con referencias explícitas a la participación de los grupos de interés y agregado correctamente agregado a nivel de centro o desagregado a nivel de títulos. 4.- Incorporar en los autoinformes e informes de gestión, un análisis de los resultados que avalan las acciones de mejora más claro, potenciando las evaluación y valoración temporal de los indicadores, los datos y las evidencias, así como las acciones acciones concretas de rendición de cuentas a los diferentes grupos de interés. 5.- Difundir en el espacio de Transparencia y rendición de cuentas de la Web informes de rendición de cuentas a los grupos de interés. 6.- Analizar la conveniencia de mejorar la información recibida por la aplicación del procedimiento de seguimiento de 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.). (...)	*(*) Este aspecto de mejora aunque aparece en este criterio 4, lo vamos a considerar más bien dentro del criterio 2.*
	AC 21 Modificar, implementar y evaluar en desarrollo en la prácticas del procedimiento **P07-PFM01 Procedimiento de Gestión de la Participación de los Grupos de Interés** Alumnado, Profesorado y PTGAS, al objeto de que: (...) 2.- Se incorpore referencias a la participación de los grupos de interés avalan el seguimiento de las acciones de mejora y su inclusión en los autoinformes e informes de gestión. 4.- Se fomente 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, incorporando encuestas de análisis previo de necesidades, encuestas específicas, periodos de exposición pública en su caso, etc.	C4.04 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.
OTD43 Avanzar en la transformación digital de la gestión académica en los centros y otras unidades de gestión académica.	**AC 29** Analizar la aplicación para la Gestión de los TFG/TFGM de Ingeniería, evaluar la conveniencia de su implantación en el Grado de medicina y de considerarse una aplicación válida para nuestra realidad implementarla	Ninguno - Tiene su origen en el **PDFM 2.0**
OIT51 Impulsar las misiones de identificación, ejecución y evaluación de proyectos de Cooperación Internacional al Desarrollo	AC32 Regular e incorporar en nuestra normativa o procedimiento del centro las Becas de Cooperación en el marco de los Cursos de Cooperación Internacional para el Desarrollo reconocidos con 3 ECTS de optatividad del grado de medicina.	Ninguno - Tiene su origen en el **PDFM 2.0**

Relacionado la orientación académica y profesional del alumnos existe un aspecto de mejora del informe ACCUA IMPLANTA que a la espera del informe de seguimiento de la ACCUA en 28-29, se considera **implementado por la CGC** y las evidencian que lo corrobora son las siguientes:

ASPECTO DE MEJORA INFORME ACCUA IMPLANTA	EVIDENCIAS DE SU IMPLEMENTACIÓN
C5.02 (*) 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. *(*) Se desconoce por qué el informe de la ACCUA IMPLANTA incluyó la orientación académica y profesional dentro del criterio 5, cuando esta orientación forma parte del criterio 4. En virtud de las evidencias de su implementación pudiera haber existido algún error en el informe. No se alegó, para agilizar los trámites de la Certificación del SGC de la Facultad.*	El SGC del centro, además de los informes sobre el desarrollo de la orientación académica y profesional, cuenta con los siguientes indicadores cuantitativos que que están disponibles en el Cuadro de Mando, se analizan en los autoinformes de títulos e informes de gestión del centro junto con los informes cualitativos y fruto de su análisis, han generado acciones de mejora que han repercutido en la mejora de estos servicios. ● ISGC-P06-07: Grado de satisfacción del alumnado con los programas y actividades de apoyo y orientación académica ● ISGC-P06-08: Grado de satisfacción del alumnado con los programas y actividades de orientación profesional. ● ISGC-P06-PM01: Grado de satisfacción del alumnado con la Oficina de Ayuda al Estudiante de Medicina (OAEm). Los resultados de los tres indicadores son favorables para el ciclo de mejora 24-25, y constan en los autoinformes y en los Informes de Gestión desde hace varios años. En el informe ACCUA IMPLANTA no se recoge ningún otro aspecto de mejora relacionado con la orientación académica y profesional, salvo el inexplicable aspecto de mejora de contar con indicadores cuantitativos cuando se cuenta con ello.

Criterio 5. Gestión y Resultados de los procesos de enseñanza y aprendizaje - Desagregado a nivel de títulos

En relación con la Gestión y los Resultados de los procesos de enseñanza y aprendizaje para el ciclo de mejoras que ahora se inicia, el centro posee los siguientes objetivos para el ciclo 24-25, los cuales analizaremos a continuación **de una manera desagregada por títulos**. No obstante, cuando existen acciones de mejora a desarrollar que pudieran generar sinergias entre los títulos, éstas se han planteado desde una visión de centro, implicando en ellas las coordinadoras de ambos títulos.

Los objetivos planteados en relación con este criterio 5 se indican a continuación:

- 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 02 (1.3) Actualizar y flexibilizar la oferta formativa adecuando la memoria de título a las demandas sociales, teniendo en cuenta la importancia de los Objetivos del Desarrollo Sostenible.
- OC 06 Fortalecer la calidad de la oferta académica de los títulos, tanto propios como oficiales, consiguiendo la acreditación institucional del centro.

Debemos añadir que para la redacción de este criterio aunque con poca repercusión se ha tenido en cuenta el informe FSGC-P04-03 Informe de acceso al grado de medicina y al máster de Biomedicina y análisis de los perfiles de ingreso.

I) Grado de Medicina:

Durante el curso 23-24 se impartió la docencia de 1º, 2º, 3º y 4º implantándose en estos curso a la vez la nueva modificación de la memoria al amparo del RD 822/2021 con informe favorable de 24 de abril de 2023 (código 0105), quedando fuera de vigor la modificación de la Memoria aprobada por la ACCUA con fecha de 25.06.19 (código 0104). Esta codificación 0104 desaparece quedando sustituida por 0105. En realidad el plan de estudios no cambió, ya que los cambios afectaron a los aspectos necesarios para adaptarse al dicho RD, aspectos metodológicos y la estructura modular. Esto último generó la necesidad de modificar la codificación de las asignaturas y pasarlas todas a todo el alumnado del 0104 a 0105. En el curso académico 23-24 en 5º y 6º curso se impartió la docencia en virtud de la modificación anterior aprobada por la ACCUA con fecha de 22.06.18 (código 0103). En la pestaña "Docencia" de la web del centro se encuentra toda la información sobre el título.

A continuación se incluyen las evaluación de la implementación y el impacto de las acciones del Plan de mejoras 24-25 a nivel del grado de medicina, indicando aquellas que favorecen el logo de los objetivos y las que son trasladas al PDFM 2.0 y al Plan de mejoras 25-26:

AC	ACCIÓN DE MEJORA 24-25	INDICADORES Y EVIDENCIAS	VALOR ACTUAL INDICADOR	META	EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN
AM1.24 (Med)	Recoger la s**atisfacción de los tutores clínicos** mediante el programa **R0-Medicina**, completando el despliegue del mismo en los cursos que restan para el curso 24-25, incorporando esto a los **procedimientos** P04-PFM04 Procedimiento de Organización de las Prácticas clínicas y P04- PFM05 Procedimiento de Gestión de los Tutores/as clínicos (Revisar numeración del Indicador) a la luz del análisis de estos datos mejorar lo referente la coordinación, formación e información de los tutores clínicos. (AC 06.03).	ISGC-P04-PFM01 Grado de satisfacción del alumnado con las prácticas clínicas (practicum) SGC-P04-PFM02: Grado de satisfacción de los Asociados clínicos (Tutores académicos) con las prácticas clínicas realizadas por los estudiantes ISGC-P04-PFM03 Grado de satisfacción de los tutores clínicos con las prácticas clínicas realizadas por el alumnado ISGC-P04-PFM04 Grado de satisfacción del alumnado con los tutores clínicos	4.3 **Pendiente** **Pendiente** 3,91	4 3,5 3,5 3,5	Se han desarrollado los procedimientos relacionados con las prácticas clínicas aunque aún quedan aspectos relacionados con el número de estudiantes en determinados momentos o la evaluación mediante rúbrica. En rotatorio de sexto curso se ha avanzado bastante y no existen registros significativos de problemas; en el resto de curso sí se reportan incidencias. Se mantiene contacto permanente mediante la Oficina de Apoyo al Estudiante para el seguimiento de las prácticas clínicas. Se ha implantado la aplicación "R0-Medicina" para el rotatorio en 6º curso y durante el curso 24-25 se ha implantado para el resto de los cursos de 2ª a 5ª. En julio'23, tras informe ACCUA junio'23 se pasa a estado de AVANZADA. El resultado del indicador de satisfacción del alumnado con las prácticas clínicas ha sido muy bueno. El indicador , superando significativamente el valor evaluado por la ACCA,

		Fechas y actas/informes de reuniones Gestión de tutores clínicos mediante R0 para el curso académico 22-23 Registro de Incidencias prácticas clínicas Acceso a la aplicación R0 Medicina			debemos seguir en las tareas pendientes de la acción de mejora a la luz del informe ACCUA. El resultado del nuevo indicador ISGC-P04-PFM04 en el curso 2023-24 fue de 3.91, un valor muy satisfactorio y por encima de la meta del centro (3.5). QUEDA PENDIENTE evaluar la implantación del R0 en los cursos de 2º a 5º, así como el análisis de la satisfacción de los Asociados clínicos y los tutores clínicos. Faltan pues los datos de los dos indicadores relacionados por lo que SE TRASLADA AL PDFM 2.0"
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, incorporando indicadores adecuados de resultados y su análisis al SGC en el Criterio 5 Gestión y Resultados de los procesos de enseñanza- aprendizaje	Guías de Buenas prácticas en las actividades docentes favorecer una mejora preparación de cara al examen MIR. Comisión de redacción, lluvia de ideas, recopilación experiencias otras facultades, incorporació a programaciones docentes, análisis de satisfacción específico del alumnado	No procede	No procede	Se ha iniciado el estudio comparativo de los resultados MIR entre las facultades de medicina. Se han determinado las variables a considerar en el estudio comparativo de nuestra docencia y resultado con las de las demás facultades, en especial las que obtienen un buenos resultados en el examen MIR. Se han programado los planes docentes de las asignaturas de 5º del plan 0105 y se está pendiente de analizar las programaciones de las asignaturas en el marco de la memoria 0105. Queda pendiente implantar las asignaturas de 5º curso el curso 24-25. Tras estudio comparativo entre las facultades se difundirá al profesorado catálogo de buenas prácticas sobre herramientas de estudio adaptadas al examen MIR. Se ha firmado convenio con la Escuela de Formación MIR CTO y se han desarrollado dos reuniones teniendo información de las asignaturas con mejores y peores resultado tanto de los alumnos de 6º curso en su 5 primero simulacros como de los exámenes MIR del curso anterior. Queda por avanzar en ello. SE TRASLADA AL PDFM 2.0

AC 07.2	1) Revisión y aprobación por parte de la Junta de Facultad de la **normativa específica del TFGM del grado de medicina** respetando la normativa general de la UCA. Inclusión de lo modificado de manera correcta en la guía docente. 2) Las **revisión de proceso de gestión de tutores TFGM** y su **inclusión en la Normativa de TFGM**	ISGC-P04-11: Grado de satisfacción del alumnado con el proceso para la elección y realización del TFG/TFM P04-PFM08 Procedimiento de Trabajo Fin de Grado y Máster del Grado (TFGM)	**2,51**	3,2	Se ha analizado y modificado el procedimiento de elección, selección, realización y evaluación del TFGM y TFM. Como puede observarse en el Cuadro de mando, tras las acciones de mejora relacionada con el TFGM aumentó el valor del indicador ISGC-P04-11 Grado de satisfacción del alumnado de medicina y también en el Máster con el proceso para la elección y realización del TFGM y TFM durante el curso 22-23 pero ha vuelto a disminuir en el curso 23-24. Se hace necesario evaluar el análisis del impacto de de esta acción de mejora y detectar las causas de esta disminución en el grado de satisfacción ya que la modificación del procedimiento no ha tenido calado en la mejora del indicador. No se comunican problemas en relación con elección y selección del TFGM, aunque sí con problemas muy puntuales de labor tutorial y dictámenes del Comité de Ética e Investigación. El valor del indicador relacionado está por debajo de la meta y en el informe del IMPLANTA se recoge de manera clara aspecto de mejora relacionado sobre el proceso de elección y selección, por lo que **S**E TRASLADA AL PDFM 2.0
AC 07.2b	Analizar las causas del bajo grado de satisfacción del alumnado con el proceso de elección y realización del TFGM e Implementar de manera correcta el procedimiento **P04 - PFM08 Procedimiento de Trabajos Fin de Grado y Máster** (TFGM) del Grado,				

II) Máster en Biomedicina:

A continuación se incluyen las evaluación de la implementación y el impacto de las acciones del Plan de mejoras 24-25 a nivel del máster de biomedicina, indicando aquellas que favorecen el logo de los objetivos y las que son trasladas al PDFM 2.0 y al Plan de mejoras 25-26:

AC	ACCIÓN DE MEJORA 24-25	INDICADORES Y EVIDENCIAS	VALOR ACTUAL INDICADOR	META	EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN
AC 06.14	Revisar los **sistemas de evaluación de las asignaturas del máster** para asegurarnos que se adecúan a los establecidos en la memoria.	100% de las asignaturas con Programaciones coherentes y alineadas con la memoria del título	No procede	No procede	Es un elemento más de le las acción de mejora relacionadas con la revisión de las guías (programas) docentes anterior a partir de una recomendación de la ACCUA Se aprobó criterios para la revisión de los sistemas de evaluación por parte de CGC y recientemente se ha aprobado el procedimiento para la revisión de los planes y programaciones docentes de las asignaturas. en el momento esta evaluación del seguimiento de las acciones de mejora se está aplicando. El Autoinforme justifica la correcta revisión en los dos últimos cursos pasados La coordinación del grado pasará su tabla registro del seguimiento de los programas de las asignaturas a la coordinadora del máster. Se debe seguir analizando esto por parte de los títulos y volcar los resultados de los análisis de los autoinformes y de ahí al Informe de Gestión a la espera del seguimiento de la Certificación del Sistema en 2027. SE TRASLADA AL PDFM 2.0
AC 07.1	Recomendación no 01: 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. 1) La Comisión de **TFM** ha trabajado en un nuevo formato de memoria de los TFMs realizados en Servicios Hospitalarios. Sin embargo, han surgido muchas dudas por parte de los tutores hospitalarios, por lo que la Comisión de TFM debe seguir trabajando en estos cambios. 2) Se realizará una reunión con los tutores de Servicios Hospitalarios para aclarar y discutir los cambios que se han acordado en la Comisión de TFM. 3) Los cambios se reflejarán en la Normativa de TFM del curso 2022_23.	ISGC-P04-11: Grado de satisfacción del alumnado con el proceso para la elección y realización del TFG/TFM P04-PFM08 Procedimiento de Trabajo Fin de Grado y Máster del Grado (TFGM)	**3,76**	4	Se ha analizado y modificado el procedimiento de selección, selección, realización y evaluación del TFGM y TFM. Como puede observarse en el Cuadro de mando, tras las acciones de mejora relacionada con el TFGM aumentó el valor del indicador ISGC-P04-11 Grado de satisfacción del alumnado de medicina y también en el Máster con el proceso para la elección y realización del TFGM y TFM durante el curso 22-23 pero ha vuelto a disminuir en el curso 23-24. Se hace necesario detectar las causas de esta disminución en el grado de satisfacción ya que la modificación del procedimiento no ha tenido calado en la mejora del indicador. No se comunican problemas en relación con elección y selección del TFGM, aunque sí con problemas muy puntuales de labor tutorial y dictámenes del Comité de Ética e Investigación. El valor del indicador relacionado está por debajo de la meta y en el informe del IMPLANTA se recoge de manera clara aspecto de mejora relacionado sobre el proceso de elección y selección, por lo que SE TRASLADA AL PDFM 2.0

III) Nivel Centro (Ambos títulos)

A continuación se incluyen las evaluación de la implementación y el impacto de las acciones del Plan de mejoras 24-25 a nivel de centro para ambos título, indicando aquellas que favorecen el logo de los objetivos y las que son trasladas al PDFM 2.0 y al Plan de mejoras 25-26:

AC	ACCIÓN DE MEJORA 24-25	INDICADORES Y EVIDENCIAS	VALOR ACTUAL INDICADOR	META	EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN
AC 01.2	Implementar el Plan de Acción para la Integración de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en la UCA	Realización de actividades relacionadas con los ODS con la participación del alumnado hacia los estudiantes o hacia el exterior	No procede	No procede	La evaluación se incluye en el Informe de la Unidad de Igualdad, solidaridad y ODS presentado y aprobado por la CGC junto al presente informe de gestión. El Sistema de Dirección Estratégica establece objetivos generales y específicos de la UCA y específico que hace que el PDFM 2.0 incluya objetivos y acciones de mejora del centro.
AC 01.2	Incorporar a las nuevas memorias de título y a las programaciones de las asignaturas las **competencias digitales** necesarias para el ejercicio profesional. En curso 22-23 formulario al profesorado para registro de Competencias digitales, se clasifican comunes y específicas a asignaturas y se incorporarán como propuestas en las programaciones de las asignaturas para el curso 23-24. Entre ellas cabe destacar, uso del SPSS, Diraya, aplicaciones de firma digital, acceso a plataformas oficiales, plataformas de búsqueda de publicaciones, etc	Inclusión del 100% de las competencias detectadas	No procede	No procede	No se ha revisado la incorporación de las competencias digitales en los programas de todas las asignaturas aunque ciertamente cada asignatura las va trabajando de una manera transversal cuando es necesario. Tras el análisis de la realidad se considera necesario avanzar en el conocimiento de competencias digitales incluidas en los programas de las asignaturas y en los casos en los que sea necesario promover su incorporación por lo que SE TRASLADA AL PDFM 2.0
AC 06.13	Revisión que el **contenido de las guías docentes** coincide con la memoria verificada entre ellos los sistemas de evaluación.	100% de las asignaturas con Programaciones coherentes y alineadas con las memorias de los títulos	No procede	No procede	En el grado de Medicina casi resuelve el INFORME ACCUA de seguimiento del título de Junio'23: **Las actuaciones relacionadas con nueva memoria y de 1º a 4º curso se consideran las adecuadas** pero se mantiene recomendación hasta la adaptación final de todos los cursos Se ha

					elaborado tablas para el próximo curso para el seguimiento del cumplimiento de los tipos de actividades y sistemas de evaluación. Se ha aprobado el procedimiento para la revisión de los planes y programaciones docentes de las asignaturas que se están aplicando en el momento de la presente evaluación del seguimiento de las acciones de mejora. Se incorpora la necesidad de seguir revisando los sistemas de evaluación de las materias hasta la implantación completa del 0105 en sexto curso, al menos. Se pasó a la condición de muy avanzada en Abr'24. El **máster se incorpora a esta Acción de mejora.** Se facilitará la tabla del grado para el máster. Se aprobaron criterios para la revisión de los sistemas de evaluación por parte de CGC y se cuenta con el procedimiento para la revisión de los planes y programaciones docentes de las asignaturas. en el momento esta evaluación del seguimiento de las acciones de mejora se está aplicando. Se aglutina esta acción de mejora con la de Medicina que es la misma en una única. En Medicina se ha realizado y debe continuar realizándose y en el Máster se debe implementar. SE TRASLADA AL PDFM 2.0
AM9.24 (Med SVB) **AM. 8 (BioMed SBV)**	AM9.24 (Med) Modificación incorporación al Procedimiento Específico en el Sistema de Garantía de Calidad P04-PFM02 Procedimiento de Planificación anual y de las Actividades docentes del Grado de unas Buenas prácticas para la mejor **coordinación internas en las asignaturas** de Actividades docentes AM. 8 (BioMed) Realizar **reuniones con los profesores de las asignaturas del máster** para mejorar la organización de los temas que se imparten.	ISGC-P04-10: Grado de satisfacción del alumnado con la coordinación docente	**Med: 2,67** **Biomed: 3,61**	Med: 3,2 Biomed: 4	El nivel de satisfacción con la coordinación docente del grado de medicina supera la meta en el curso 22-23 y ha mejora significativamente con respecto al curso anterior, la ACCUA en su informe de seguimiento recogió recomendación de aprobar una buenas prácticas del profesorado coordinador de cara a una buen coordinación interna de los contenidos y de las actividades de las asignaturas. En la CGC se aprobó dicha buenas prácticas y quedaron ese mismo día disponibles en la WEB. Está pendiente su difusión entre el profesorado mediante herramientas de comunicación asíncrona y tratar el tema en reuniones presenciales. Durante el curso académico 23-24 los resultados de los indicadores de satisfacción con la coordinación docente en ambos títulos no llegaron a la meta. Debemos desarrollar en aspectos de mejora de la evaluación del Informe IMPLANTA C5.03 por lo que SE TRASLADA AL PDFM 2.0

A la luz de la evaluación anterior, para dar respuesta a los **aspectos de mejora** C5.01, C5.03, C5.04, C5.05, C5.06, C5.07 y C5.08 del **informe ACCUA - IMPLANTA** relacionado con este criterio 5 y al nuevo PDFM 2.0, a continuación se indican los objetivos de calidad para el ciclo 25-26, las acciones de mejora planteadas para su logro del Plan de Mejoras 25-26, así como los aspectos de mejora con los que en su caso se relacionan. Recordamos que el aspecto de mejora C5.02 se ha incluido dentro del criterio 4, según las razones allí expuestas.

OBJETIVOS DE CALIDAD DEL CENTRO	ACCIONES DE MEJORA	ASPECTO MEJORA ACCUA IMPLANTA
OD14 Promover la incorporación de las demandas y necesidades del mercado laboral en las revisiones de memoria y actualización de los títulos existentes.	**AC01** Realizar la **modificaciones de las memorias de los títulos** (no sustanciales o sustanciales) suficientes para adaptar su contenido a las necesidades profesionales actuales de nuestros egresados.	Ninguno - Tiene su origen en el **PDFM 2.0**
OD21 Fortalecer el mapa de títulos con titulaciones cercanas a nuestra realidad territorial y económica respaldandose en las experiencias de los centros y departamentos, y considerando los recursos propios de la Universidad.	**AC02** Solicitar, programar e implantar el **Grado de Farmacia** en el centro.	Ninguno - Tiene su origen en el **PDFM 2.0**
OD41 Fortalecer la mejora de la docencia a través de actuaciones de innovación.	**AC03** Incorporar la **Simulación clínica** en la docencia prácticas de las asignaturas clínicas, promoviendo **su uso** e impartiendo a**l profesorado talleres de formación** para el correcto y optimizado uso de los simuladores.	Ninguno - Tiene su origen en el I Plan Director 22-25 y se traslada al **PDFM 2.0**
OD42 Potenciar la dotación de recursos para la Docencia.	**AC04** Realizar la obra civil de creación de un **nuevo Taller de simulación clínica** optimizando espacios existentes en el centro.	Ninguno - Tiene su origen en el **PDFM 2.0**
	AC05 Dotación de **simuladores clínicos** para el nuevo Taller de simulación	Ninguno - Tiene su origen en el **PDFM 2.0**
OD43 Optimizar el procedimiento de ordenación académica.	**AC09** Implementar la modificación del Procedimiento Específico en el Sistema de Garantía de Calidad P04-PFM02 Procedimiento de **Planificación anual y desarrollo de las Actividades docentes** aún no implementado en su totalidad promoviendo el uso del catálogo de buenas prácticas) y de manera paralela analizar las causas de bajos niveles de satisfacción del alumnado con la coordinación docente. Tras el análisis del impacto de la correcta implementación del procedimiento en función de las causas detectadas se actualizará es citado procedimiento procediendo a su implementación consecuentemente.	**C5.03** Se recomienda evaluar el impacto y despliegue de la acción de mejora relacionada con la elaboración e implementación de un procedimiento específico en el SGC del centro 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.
OD44 Promover estrategias pedagógicas y académicas que reviertan en mejoras del rendimiento de los estudiantes y su finalización exitosa de los estudios.	**AC10** Incrementar la información sobre las **metodologías de enseñanza/aprendizaje y evaluación de los resultados de aprendizaje** de los títulos que se están desarrollando para definir acciones de mejora mediante el análisis de las metodologías empleada en las actividades, especialmente en los seminarios, y la revisión de herramientas de evaluación aplicadas en las	C5.04 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

	asignaturas de los títulos, todo ello a la luz de las memorias y para el grado de medicina de los criterios de calidad del Sello Internacional de Calidad de la WFME otorgado. Se analizarán también las causas que afectan a la **baja participación del alumnado en las clases teórica**s. En el **máster de Investigación en salud mental** específicamente revisión anual de solapamiento, redundancias y superposiciones de contenidos impartidos, proponiendo en su caso cambio no sustancial de memoria la la Universidad coordinadora, así como la incorporación a través del campus virtual de microcápsulas formativas centradas en conceptos clave.	mejora.
	AC11 Revisar los **sistemas de evaluación** de los títulos para garantizar que permiten una certificación fiable sobre la **adquisición de competencias**.	C5.05 Se recomienda revisar los sistemas de evaluación para garantizar que permitan una certificación fiable sobre la adquisición de competencias.
	AC12 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 registrará la revisión de todas las asignaturas en el marco de la aplicación de procedimiento P04-PFM01 Procedimiento de Revisión de los Programas docentes conforme a las memorias y al Sello Internacional de Calidad (WFME), quedando recogido en el archivo de registro el resultado de la revisión de todas las asignaturas de los títulos. Se incluirá en los autoinforme de los títulos análisis profundo estadístico de los resultado de la verificación	C5.06 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 registrará la revisión de todas las asignaturas en el marco de la aplicación de procedimiento P04-PFM01 Procedimiento de Revisión de los Programas docentes conforme a las memorias y al Sello Internacional de Calidad (WFME), quedando recogido en el archivo de registro el resultado de la revisión de todas las asignaturas de los títulos. Se incluirá en los autoinforme de los títulos análisis profundo estadístico de los resultado de la verificación
	AC13 Elaborar, difundir y evaluar su implantación de **repositorio de buenas prácticas en las actividades docentes para estudiantes y para el profesorado que incluyan casos clínicos y simulacros tipo MIR**, empleado después herramienta de evaluación exámenes tipos test con las características del examen MIR. Para ello se deberá partir de las conclusiones de las acciones de mejora relacionadas con la revisión de las metodologías docentes y sistemas de evaluación que se están empleando. Para operativizar esta acción la CGC constituirá una **Comisión MIR** del centro en la que participarán alumnado, profesorado de las diferentes área, equipo decanal, egresados y otras personas de otros grupos de interés.	Ninguno - Tiene su origen en el I Plan Director 22-25 y se traslada al **PDFM 2.0**

	AC15 Analizar las causas del **bajo grado de satisfacción del alumnado con el proceso de elección y realización del TFGM** e incorporar las medidas necesarias en el procedimiento P04 - PFM07 sobre los TFGM de grado de Medicina, proceder a su implementación y analizar el impacto de las mismas.	C5.07 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.
	AC16 Analizar las **causas del bajo grado de satisfacción del alumnado con el proceso de elección y realización del TFM**, incorporar las medidas necesarias en el procedimiento P04 - PFM08 sobre los TFM de Biomedicina, proceder a su implementación y analizar el impacto de las mismas.	
	AC.19 Implementar, recoger datos y evaluar los indicadores SGC-P04-PFM02: Grado de **satisfacción de los Asociados clínicos (Tutores académicos)** con las prácticas clínicas realizadas por los estudiantes y ISGC-P04-PFM03 Grado de **satisfacción de los Tutores clínicos** con las prácticas clínicas realizadas por el alumnado	C2.05 Se recomienda establecer evaluaciones de alumnos y tutores relativos al Grado en Medicina (Prácticas Clínicas) I Plan Director 22-25 y PDFM 2.0
OD45 Impulsar y mantener la acreditación institucional del centro	**AC22** Elaborar e implementar el nuevo procedimiento P02-PFM01 Sistemáticas de **revisión y análisis de la información para la toma de decisiones** sobre las acciones de mejora, la evaluación de su impacto y resultado para: … 7.- Promover a nivel del SGC marco de la UCA 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	C5.01 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.
OTD43 Avanzar en la transformación digital de la gestión académica en los centros y otras unidades de gestión académica.	**AC30** Implementar **ECOE virtual de la Conferencia de Decanos** en nuestro ECOE	Ninguno - Tiene su origen en el **PDFM 2.0**
OS18 Consolidar el compromiso de la UCA con los ODS integrándose en el modelo de gestión.	**AC35** Consolidar las **actividades de Aprendizaje-Servicio (ApS) vinculadas a la promoción de la salud en centros educativos**. Durante el curso académico 2025-2026 se consolidarán una serie de actividades previamente iniciadas en el marco de un proyecto de acciones avaladas por nuestro centro y aprobadas por la Unidad de Innovación Docente de la Universidad de Cádiz. Estas actividades, de carácter ApS, implican la participación activa tanto del alumnado como del profesorado de la Facultad de Medicina en intervenciones educativas orientadas a la promoción de hábitos de vida saludables en centros escolares del entorno. Dado el impacto positivo y la excelente acogida de la iniciativa en convocatorias anteriores, se prevé su mantenimiento y desarrollo en los próximos cursos académicos.	Ninguno - Tiene su origen en el **PDFM 2.0**
	AC 36 Diseñar y difundir **materiales divulgativos sobre ODS en soporte físico y digital**. Este cometido se ha comenzado ya en el curso 2023-24 colocando material divulgativo en lugares estratégicos del centro (hall de entrada y sala de descanso), también se dispone de un apartado en la página web de divulgación de las actividades relacionadas con las ODS. Se	Ninguno - Tiene su origen en el **PDFM 2.0**

	desarrollarán materiales de carácter divulgativo dirigidos a la comunidad universitaria, con el fin de reforzar el impacto de las acciones formativas en torno a la salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Estos materiales incluirán, entre otros, infografías proyectadas en las pantallas informativas del centro, cartelería y contenido gráfico para redes sociales. La finalidad es integrar la comunicación visual como herramienta pedagógica transversal dentro del entorno universitario.	
	AC 37 Desarrollar el **proyecto "ODS y Salud"**: Lo que todo el mundo debería saber". Se presentará formalmente este nuevo proyecto, concebido como una campaña audiovisual de sensibilización orientada tanto al alumnado de la Facultad como a la sociedad en general. La campaña combinará la creación de materiales audiovisuales con la distribución de productos físicos de uso cotidiano (merchandising con mensajes clave), con una doble finalidad: pedagógica y de visibilidad institucional. Esta acción se enmarcará en la "Semana de los ODS y la Medicina", que incluirá actividades participativas como la instalación de un photocall temático donde el estudiantado podrá compartir imágenes en redes sociales utilizando hashtags asociados a la campaña. Para incentivar la participación, se realizará un sorteo entre los participantes.	Ninguno - Tiene su origen en el **PDFM 2.0**
	AC38 Favorecer la implicación del alumnado en el entorno académico, social y científico y que continuarán en el futuro, mediante: 1.- C**ampañas integrativas sobre enfermedades rara**s, concebidas como espacios de sensibilización, aprendizaje activo y visibilidad. 2.- **Jornadas y talleres participativos centrados en la salud mental, proyectos dirigidos a mejorar la salud colectiva (ODS3)** 3.- Actividades **de divulgación científica** como La Noche Europea de los Investigadores o diferentes ferias de divulgación de la salud. 4.- Actos que promueven **la inclusión, la diversidad y la igualdad**, no solo como asistentes sino también como parte de los equipos organizadores, tales como el 25N (Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres), el 11F (Día Internacional de la Mujer y la Niña en la Ciencia), el 8M (Día Internacional de la Mujer) o las actividades conmemorativas del Orgullo LGTBQ+. 5.- Actividades que forman parte del a**compañamiento académico** 6.- Actividades que ofrecen **soporte y formación en técnicas de estudio**. 7.- Para favorecer la cohesión grupal y el sentido de pertenencia, se organizan **convivencias universitarias** en la propia Facultad. 8.- Apoyo específico al estudiantado de último curso en aspectos vinculados a su **ceremonia de graduación**, la **participación del alumnado en acciones formativas** organizadas por el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina y en otros encuentros estudiantiles de carácter académico y asociativo, al tiempo que	Ninguno - Tiene su origen en el **PDFM 2.0**

	se colabora estrechamente con las asociaciones de estudiantes de Medicina de Cádiz, reconociendo su papel esencial en la dinamización de la vida universitaria. 9.-Fomento de la participación del alumnado en órganos colegiados (Junta de Facultad, Claustro,, etc).Todas estas acciones configuran un marco donde el estudiantado no solo se forma académicamente, sino que crece como ciudadano comprometido y parte esencial de la comunidad universitaria.	
OP51 Establecer mecanismos para desarrollar la Igualdad efectiva entre todas las personas eliminando cualquier forma de discriminación	**AC42** Continuar desarrollando las actividades de la **Unidad de Igualdad**, evaluando anualmente su desarrollo y llevando un seguimiento de los casos en los que se ha tenido que recurrir al **Punto Violeta**	Ninguno - Tiene su origen en el **PDFM 2.0**

IV) SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAS DEL CENTRO

Como se ha indicado en el criterio 2, durante el ciclo de mejora 24-25 que ahora se cierra, no se ha realizado **seguimiento intermedio del plan de mejora 24-25** como en los ciclos de mejora anteriores. Esto fue debido a los diferentes procesos de evaluación del Sello Internacional de Calidad del grado de medicina y la evaluación del IMPLANTA que además se retrasó; así como a la necesidad de realizar y entregar el Autoinforme para la renovación de dicho título, aunque al final no fue evaluado por recibir la acreditación institucional y que a partir de enero de 2025 el centro debería afrontar la evaluación final de la implementación del I Plan director 22-25. No obstante, de una manera informal y sin evidencias que lo constate, se ha ido llevado el seguimiento la implementación de las acciones de mejora que han podido implementarse este ciclo. Para el próximo ciclo de mejora, retomaremos la evaluación intermedia del plan de mejora en noviembre-diciembre de cada año.

En el presente informe de gestión como se ha podido comprobar, se ha realizado profundo análisis del Plan de mejoras 24-25, que se ha sido incorporado a la evaluación de la implementación del I Plan Director 22-25, la cual se incluye en el PDFM 2.0 y para que, tomando con referente del SDE de la UCA, se elaboren los nuevo objetivos y acciones del dicho nuevo plan director.

Fruto del análisis de este informe de gestión, la CGC aprueba el nuevo **Plan de mejoras 25-26** para el ciclo mayo'25 -Abril'26. El último seguimiento de dicho plan vigente está disponible en la web junto con el Cuadro de Mando y el Seguimiento del Plan Director, En la sección sw "Transparencia, Rendición de cuentas y Buenas prácticas" se encuentra en histórico del seguimiento de los Planes anuales aprobados por la CGC en apartado "**Cuadro de Mando - Plan de Mejoras - Seguimiento de Acciones de mejora - Historia**l".

En el seguimiento del Plan anual de mejo

- En la columna "PROGRAMA DEL CENTRO", tomando como referente el Sistema de Dirección Estratégica y el PDFM 2.0, se incluyen los programas definidos en dicho plan. Éstos constituyen las actividades básicas y permanentes a desarrollar por el centro y a ellos se asocian los objetivos de calidad y las acciones de mejora. Por su naturaleza carecen de horizonte temporal definido.

- En la columna "OBJETIVO DE CALIDAD DEL CENTRO" se indican los objetivos anuales de calidad, que no son otro que una selección de los Objetivos Estratégicos de calidad del PDFM 2.0 en función de las acciones de mejora que

se hayan planificado para el ciclo de mejora. Estos objetivos se aprueban de manera paralela al plan de mejoras.

- En la columna "PROYECTOS DEL CENTRO", tomando igualmente como referente el Sistema de Dirección Estratégica y el PDFM 2.0, se incluyen los proyectos definidos en dicho plan, que están asociados a objetivos, encuadrados dentro de programas. Éstos constituyen los ejes de actuaciones de mejora necesarias para el logro de los objetivos de calidad relacionados, por lo que constituyen agrupaciones de acciones de mejora asociadas a objetivos de calidad concretos en el marco del programa del centro con lo que esto se relaciona.

- En la columna "ORIGEN" se indica si la acción de mejora nació a partir de uno o varios aspectos de mejora del Informe ACCUA IMPLANTA o si se incluye en el marco de la elaboración del PDFM 2.0, ya sea por una debilidad del centro detectada en el análisis DAFO o por una línea estratégica de mejora del Sistema de Dirección Estratégica de la UCA. Es importante recalcar que en el PDFM 2.0, todos los aspectos de mejora ACCUA IMPLANTA tienen acciones de mejora relacionadas.

- En la columna "NIVEL" se indica si la acción de mejora será desarrollada en para un título concreto o para ambos títulos (Centro).

- Los nombre de las columnas "INDICADORES DE SEGUIMIENTO" y "VALOR ACTUAL DEL INDICADOR", "META" Y "EVIDENCIAS" son suficientemente aclaratorios para comprender su contenido.

- Las columnas restantes están destinadas a SEGUIMIENTO del plan de mejora dónde se indica la "FECHA DE LA ÚLTIMA EVALUACIÓN POR LA CGC", las "ACTUACIONES REALIZADAS Y ANÁLISIS DEL IMPACTO", el "ESTADO" actual de seguimiento y la "FECHA DE CONFORME o de IMPLEMENTADA POR LA ACCUA"

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

Para llevar el seguimiento de cómo el centro va atendiendo todos los aspectos de mejora del Informe de certificación ACCUA IMPLANTA contamos con el Plan plurianual Específico de Aspectos de mejora ACCUA que ya hemos citado en numerosas ocasiones. En él pueden analizarse las acciones de mejora asociadas a cada uno de ellos y el seguimiento de su grado de implementación. A día de hoy, algunos ya están implementados y esperemos que todos o la mayoría estén para el primer seguimiento de la certificación del SGC dentro de tres años. Un resumen de estado de la situación es el siguiente:

RESUMEN ESTADO ASPECTOS DE MEJORA ACCUA MAYO'25		
No iniciado	**20**	**49%**
En curso	**13**	**32%**
Avanzado	**1**	**2%**
Implementado en análisis	**0**	**0%**
Esperando Informe ACCUA'28-29	**7**	**17%**
TOTAL:	**41**	**100%**