INFORME DE GESTION ANUAL

Fecha de Aprobación:

ÍNDICE

1. Revisión de la política de calidad
2. Tabla de responsabilidades
3. Listado de revisión
4. Plan estratégico
5. Resultados compromiso
6. Revisión procesos
7. Acciones realizadas
8. Revisión directrices AUDIT
9. Plan de acciones de mejora
10. Información adicional a partir de registros

1. REVISIÓN DE POLÍTICA DE CALIDAD

La Facultad de Medicina y Enfermería, alineado con el Plan Estratégico de la Universidad y susestatutos, asume un compromiso ineludible de calidad y excelenciapara prestar el servicio de la enseñanza superior mediante la docencia, la investigación, el estudio, la proyección cultural y universitaria, los procesos de gestión y los servicios que sustentan sus actividades.

Abordar la renovación en la universidad desde la perspectiva de calidad debe integrar necesariamente objetivos relacionados con la excelencia en la docencia, el aprendizaje de estudiantes, la gestión de la institución, la investigación y la transferencia, la internacionalización, junto a objetivos relacionados con la responsabilidad social de la universidad y con la formación de estudiantes

El centro de Medicina y Enfermería tiene entre sus grandes objetivos y principios de actuación la de consolidar una cultura de calidad, con este fin se compromete a fijar los procedimientos y acciones necesarias para garantizar la calidad de las titulaciones impartidas. Estos procedimientos y acciones tendrán como agentes focales el alumnado, profesorado, coordinadores/as, equipo directivo, personal de administración y servicios, empleadores, egresados, administración educativa, y por supuesto, la sociedad en general. Que es la que marcará la demanda profesional que garantizará la continuidad y permanencia del centro.

El Equipo Decanal consciente de la importancia que juegan los procesos de calidad en la formación de sus egresados, considera que la implantación de una cultura de calidad es un factor estratégico para conseguir que las competencias, habilidades y aptitudes de sus egresados sean reconocidas por los empleadores y por la sociedad en general. En este sentido, orienta sus esfuerzos hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas, de todos sus grupos de interés, comprometiéndose a emplear todos los recursos humanos, técnicos y económicos que tenga a su disposición para implantar una cultura de calidad.

Con este fin se constituyó la Comisión de Calidad , nombrada por la Junta del Facultad,que participa juntoal Equipo Decanalen las tareas de planificación y seguimiento del SGIC, actuando además como uno de los vehículos de comunicación interna de la política, objetivos, planes, programas, responsabilidades y logros de este sistema de calidad.

La Comisión de Calidad del Centro es, además, el órgano que apoya y asesora al Equipo Decanal de la Facultad y a la Junta de Facultad en la planificación y seguimiento del desarrollo curricular de los títulos, en base al modelo de enseñanza-aprendizaje basado en competencias, en el que a través de metodologíasactivas y con el apoyo de las tecnologías de la información y comunicación, se fomenta el aprendizaje autodirigido (individual y grupal) y la evaluación continua, en un contexto de enseñanza plurilingüe. Así mismo, la Comisión de Calidad de la Facultad se ocupa de emitir los informes para la posterior evaluación del profesorado.

En la Junta de la Facultad, en tanto que órgano colegiado representativo y de gobierno ordinario, recae la responsabilidad de aprobar la política y objetivos de calidad del Centro, así como la de aprobar la constitución, composición y funciones de la Comisión de Calidad. Es responsable de la aprobación de acciones de mejora en las diferentes titulaciones, en el marco del Sistema de Garantía de la Calidad, en base, entre otros, a los informes de evaluación del sistema presentados por la Comisión de Calidad.

La composición de ambos órganos está integrada por representantes de todos los grupos de interés (Equipo Directivo, PDI, coordinadores/as de titulación, PAS y alumnado) lo cual garantiza la participación de todos ellos en la definición, actualización y aprobación de la Política y Objetivos de Calidad.

Bajo esta concepción se ha definido una serie de objetivos que guiarán el desarrollo de nuestra Política de Calidad:

- Promover y proporcionar una oferta formativa excelente y de calidad acorde con las necesidades y expectativas de empleadores y de la sociedad en general.
- Realizar propuestas formativas para profesores orientadas a la actualización y el desarrollo de competencias docentes adaptadas al Espacio Europeo de Educación Superior.
- Promover el desarrollo de las actividades de innovación docente que otorguen prestigio local, nacional e internacional de la Facultad.
- Favorecer un proceso de seguimiento y evaluación interna que materialice el compromiso de la mejora continua.
- Orientar la dirección y la gestión de la Facultad a los objetivos de la docencia e investigación.
- Asegurar que la política de la calidad es entendida y aceptada por todos los grupos de interés.
- Garantizar que el Sistema de Gestión de Calidad se mantiene efectivo y que es controlado y revisado de forma periódica.

Resultados de la revisión

Hasta la próxima revisión se mantiene sin cambios la política de calidad del centro.

2. TABLA DE RESPONSABILIDADES

PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE	PARTICIPANTES
P1PR1 , Planificación Estratégica	Decano/a	Junta de Facultad Equipo decanal Comisión de Calidad
P1PR2, Plan de Gestión Anual	Vicedecano/a de Calidad e Igualdad	Comisión de Calidad Junta de Facultad Equipo decanal
P1PR3, Política de Alianzas	Decano/a	Junta de Facultad Equipo decanal
P1PR4, Diseño y Planificación de la Titulación	Decano/a	Junta de Facultad Equipo decanal Comisión de Calidad Comisión de Titulación
P1PR5, Suspensión del Título	Decano/a	Equipo decanal Comisión de Calidad Junta de Facultad
P2PR1, Planificación Docente	Vicedecano/a de Planificación Docente y RRHH	Junta de Facultad Junta de Sección Vicedecano/a de Titulación de Sección
P2PR2, Coordinación Curricular	Vicedecano/a de Innovación, Coordinación y Desarrollo de Grados	Coordinadores de Curso PDI Coordinador/a de Titulación Profesor/a responsable de asignatura
P2PR3, Gestión del Practicum	Vicedecano/a de Prácticas Externas y Enfermería	PAS PDI Vicedecano/a del Practicum. Sección Donostia. Comisión de Prácticas Tutores/as del Practicum
P2PR4, Gestión de Prácticas Voluntarias	Vicedecano/a de Innovación, Coordinación y Desarrollo de Grados	PDI Equipo decanal PAS
P2PR5, Gestión de Prácticas Clínicas y ECOEs	Vicedecano/a de Innovación, Coordinación y Desarrollo de Grados	Vicedecano de Áreas Clínicas PDI Comisión de Coordinación de Rotatorio Clínico y ECOE PAS
P2PR6, Movilidad	Vicedecano/a de Alumnado y Movilidad	Vicedecano/a de Movilidad. Sección Donostia. PAS
P2PR7, Plan de Acción Tutorial	Vicedecano/a de Innovación, Coordinación y Desarrollo de Grados	PAS Responsable del progama BAT Equipo decanal PDI Coordinador/a de Titulación
P2PR8, Trabajo Fin de Estudios	Vicedecano/a de Planificación Docente y RRHH	Junta de Facultad Tribunales TFG Directores de TFG Junta de Sección Comisión TFG

		Comisión TFG por Titulación
P3PR1, Política, Selección y Acogida del Personal	Vicedecano/a de Planificación Docente y RRHH	Administrador/a Comisión de Calidad Junta de Facultad Vicedecano/a de Titulación de Sección
P3PR2, Formación	Vicedecano/a de Innovación, Coordinación y Desarrollo de Grados	Equipo decanal Junta de Facultad Administrador/a Vicedecano/a de Innovación, Coordinación y Desarrollo de Grados
P3PR3, Evaluación y Reconocimiento	Vicedecano/a de Calidad e Igualdad	Comisión de Calidad Coordinador/a de Sección Decano/a Junta de Facultad Comisión de Calidad. Sección
P4PR1, Mantenimiento y Gestión de Infraestructuras	Administrador/a	PAS
P4PR2 , Gestión Económica y Patrimonial	Administrador/a	Equipo decanal Junta de Facultad
P4PR3, Gestión de Compras y Proveedores	Administrador/a	PAS Decano/a
P4PR4, Gestión Medioambiental	Vicedecano/a de Planificación Docente y RRHH	Equipo decanal Administrador/a
P4PR5, Gestión de Prevención de Riesgos	Vicedecano/a de Planificación Docente y RRHH	Administrador/a Comité de Autoprotección
P5PR1, Acceso y Matriculación	Secretario/a Académico/a	PAS Donostia. Sección PAS Leioa Tribunales de Homologación Vicedecano/a de Calidad e Igualdad Comisión de Ordenación Académica Junta de Facultad Comisión de Ordenación Académica. Sección
P5PR2 , Gestión de Actas y Emisión de Certificados y Títulos	Secretario/a Académico/a	Tribunales de 5ª y 6ª convocatoria PDI PAS
P5PR3, Convalidaciones y Transferencia de Créditos	Vicedecano/a de Ordenación Académica, Infraestructuras y Posgrado	Comisión de Ordenación Académica Vicedecano/a de Ordenación Académica, Infraestructuras y Posgrado Secretario/a Académico/a PAS Comisión de Ordenación Académica. Sección
P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa	Vicedecano/a de Comunicación	Equipo de Comunicación
P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones	Vicedecano/a de Comunicación	Equipo decanal
P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	Vicedecano/a de Calidad e Igualdad	Comisión de Calidad Equipo decanal Junta de Facultad Decano/a Coordinador/a de Titulación

3. LISTADO DE REVISIÓN

PROCEDIMIENTOS REVISADOS	PROCEDIMIENTOS NO REVISADOS
P1PR1 , Planificación Estratégica	
P1PR2, Plan de Gestión Anual	PROCESOS NO REVISADOS
P1PR3, Política de Alianzas	
P1PR4, Diseño y Planificación de la Titulación	
P1PR5, Suspensión del Título	
P2PR1, Planificación Docente	
P2PR2, Coordinación Curricular	
P2PR3, Gestión del Practicum	
P2PR4, Gestión de Prácticas Voluntarias	
P2PR5, Gestión de Prácticas Clínicas y ECOEs	
P2PR6, Movilidad	
P2PR7, Plan de Acción Tutorial	
P2PR8, Trabajo Fin de Estudios	
P3PR1, Política, Selección y Acogida del Personal	
P3PR2, Formación	
P3PR3, Evaluación y Reconocimiento	
P4PR1, Mantenimiento y Gestión de Infraestructuras	
P4PR2 , Gestión Económica y Patrimonial	
P4PR3, Gestión de Compras y Proveedores	
P4PR4, Gestión Medioambiental	
P4PR5, Gestión de Prevención de Riesgos	
P5PR1, Acceso y Matriculación	
P5PR2 , Gestión de Actas y Emisión de Certificados y Títulos	
P5PR3, Convalidaciones y Transferencia de Créditos	
P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa	
P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones	
P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	

PROCESOS REVISADOS
P1 PLANIFICACIÓN
P2 GESTIÓN DE LA FORMACIÓN
P3 GESTIÓN DE RRHH
P4 GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES
P5 GESTIÓN ADMINISTRATIVA
P6 COMUNICACIÓN
P7 EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA

Se han revisado todos los procedimientos y procesos del Sistema de gestión del centro.

4. PLAN ESTRATÉGICO

5. RESULTADOS DE COMPROMISO

RESULTADOS DE COMPROMISO

Desarrollo Curricular						
Indicador	2017/2018	2016/2017	2015/2016	2014/2015	2013/2014	2012/2013
EHUNDU - IKD: Número de profesores/as que acredita pertenencia a un grupo docente estructurado IKD Lim. sup: 10.0 Lim. inf: 5.0	11.00					
EHUNDU-IKD ESPECÍFICO: Volumen de financiación en proyectos y contratos de investigación Lim. sup: 1300000.0 Lim. inf: 800000.0	900,177.	1,157,97				
EHUNDU: Nº de profesores/as que participan en la convocatoria para la promoción de material docente en euskara Lim. sup: 4.0 Lim. inf: 1.0	4.00					

Valoración

Se ha conseguido avanzar en la formación de grupos docentes estructurados que supera las previsiones.
El profesorado progresivamente va accediendo a convocatorias de mejora docente y de material docente.
Los grupos de investigación consiguen un número elevado de proyectos y contratos de investigación, a pesar de las fuertes restricciones presupuestarias que ha habido en la financiación pública de proyectos en los últimos años. La variación entre un año y el siguiente no tiene demasiada relevancia, porque solo expresa los plazos de comienzo y final de las convocatorias.

Desarrollo Institucional						
Indicador	2017/2018	2016/2017	2015/2016	2014/2015	2013/2014	2012/2013
EHUNDU-IKD ESPECÍFICO: Definir el mapa de procesos Lim. sup: 1.0 Lim. inf: 0.0	1.00					
EHUNDU-IKD ESPECÍFICO: Definir las nuevas responsabilidades de los procedimientos y procesos, en base a lo redactado en el nuevo Reglamento de Centro Lim. sup: 1.0 Lim. inf: 0.0	1.00					
EHUNDU-IKD ESPECÍFICO: Redactar los nuevos procedimientos y aclopar a los mismos todos los indicadores de seguimiento de las Titulaciones y de seguimiento de Centro Lim. sup: 1.0 Lim. inf: 0.0	1.00					
EHUNDU-IKD ESPECÍFICO: Solicitud de la certificación del diseño SGIC por parte de UNIBASQ Lim. sup: 1.0 Lim. inf: 0.0	1.00					
EHUNDU-IKD ESPECÍFICO: Someter a aprobación de Junta de Facultad el Plan Estratégico Lim. sup: 1.0 Lim. inf: 0.0	1.00					
EHUNDU-IKD: Número de evaluadores Bikain certificados por Euskalit Lim. sup: 4.0 Lim. inf: 2.0	2.00					

Valoración

La elaboración del manual del Sistema de Garantía de Calidad del nuevo centro se ha llevado a cabo según lo programado a lo largo del curso 17-18. El diseño ha obtenido la certificación de UNIBASQ en el mes de diciembre de 2018.
El nuevo Plan Estratégico del centro se ha elaborado a lo largo del año 2018 y ha obtenido la aprobación de la Junta de Facultad en enero de 2019.
Así mismo el centro ha cumplido con el compromiso EHUNDU adquirido en cuanto al nº de evaluadores BIKAIN.

Desarrollo Profesional						
Indicador	2017/2018	2016/2017	2015/2016	2014/2015	2013/2014	2012/2013
% de PDI evaluado con DOCENTIAZ (Acumulado) Lim. sup: 40.0 Lim. inf: 25.0	29.41	27.58	26.59			
EHUNDU-IKD ESPECÍFICO: Número de artículos en revistas científicas indexadas Lim. sup: 380.0 Lim. inf: 320.0	326.00					
EHUNDU-IKD ESPECÍFICO: Número de tesis doctorales defendidas en euskara	7.00					

RESULTADOS DE COMPROMISO

Desarrollo Profesional						
Indicador	2017/2018	2016/2017	2015/2016	2014/2015	2013/2014	2012/2013
Lim. sup: 7.0 Lim. inf: 3.0						
EHUNDU-IKD ESPECÍFICO: Número de tesis doctorales dirigidas Lim. sup: 75.0 Lim. inf: 60.0	83.00					
EHUNDU-IKD ESPECÍFICO: Porcentaje de artículos en revistas indexadas en Q1 Lim. sup: 62.0 Lim. inf: 51.0	53.68					
EHUNDU-IKD ESPECÍFICO: Porcentaje de tesis doctorales internacionales dirigidas Lim. sup: 15.0 Lim. inf: 11.0	14.50					
EHUNDU-IKD: Ratio de participación de profesorado de Centro en actividades de formación promovidas por Centro y/o departamentos, para facilitar la actividad académica, docencia, investigación, liderazgo y gestión avanzada Lim. sup: 0.45 Lim. inf: 0.2	0.41					
% PDI doctor adscrito al centro a tiempo completo Lim. sup: 70.0 Lim. inf: 60.0	63.03	64.63				
% PDI adscrito al centro con vinculación permanente a tiempo completo Lim. sup: 70.0 Lim. inf: 65.0	64.71	66.67				

Valoración

El indicador de formación ha sido muy satisfactorio en el curso 17-18. El PDI del centro ha participado en cursos del programa de Formación Docente del Profesorado Universitario (FOPU) y otros cursos más específicos dirigidos al PDI clínico, promovidos conjuntamente por el Servicio de Asesoramiento Educativo (SAE) de la UPV/EHU y la Facultad de Medicina y Enfermería y que se han agrupado en el programa IRAKLINIK, con el que se pretende dar respuesta a las demandas de dicho colectivo.
En cuanto al perfil investigador del profesorado del centro se han obtenido resultados dentro del margen esperado en cuanto al número de artículos publicados, a pesar de las restricciones de proyectos en el momento actual y de que la cifa esperada era relativamente elevada. Valoramos el elevado porcentaje de artículos publicados en revistas de impacto (Q1), más de la mitad de ellos.
Se han obtenido muy buenos resultados en el nº de tesis doctorales dirigidas, aunque no tanto en tesis en euskera ya que las tesis en ciencias de la salud tienen una alta tradición internacional.
Se observa un ligero descenso en el porcentaje de PDI con vinculación permanente y de PDI doctor a tiempo completo debido en parte al aumento en jubilaciones ocurrido en el curso 17-18.
El porcentaje de profesorado de la titulación que se ha presentado a Docentiaz ha aumentado con respecto al año anterior. Los valores acumulados se encuentran ya en porcentajes cercanos al límite que ha puesto el servicio de evaluación docente para las titulaciones, que es un 30%.

Desarrollo Territorial y Social						
Indicador	2017/2018	2016/2017	2015/2016	2014/2015	2013/2014	2012/2013
EHUNDU-IKD: Número de actividades de divulgación organizadas/ avaladas por el Centro (Eventos, foros, exposiciones...) Lim. sup: 70.0 Lim. inf: 50.0	124.00					
EHUNDU-IKD: Número de estudiantes (Medicina) que han realizado prácticas extracurriculares y/o TFGs y TFMs con empresas y entidades sociales Lim. sup: 190.0 Lim. inf: 160.0	160.00					
EHUNDU-IKD ESPECÍFICO: Número de grupos focales con empleadores en cada Titulación						
Grado en Enfermería Lim. sup: 4.0 Lim. inf: 2.0	5.00					
Grado en Fisioterapia Lim. sup: 1.0 Lim. inf: 0.0	0.00					
Grado en Medicina Lim. sup: 1.0 Lim. inf: 0.0	0.00					
Grado en Odontología Lim. sup: 1.0 Lim. inf: 0.0	0.00					
EHUNDU-IKD: nº de visitas de profesionales externos y/o visitas a entidades externas de carácter curricular, del alumnado, relacionados con el aprendizaje por Titulaciones						
Grado en Enfermería Lim. sup: 9.0 Lim. inf: 7.0	15.00					
Grado en Fisioterapia Lim. sup: 2.0 Lim. inf: 0.0	0.00					
Grado en Medicina	0.00					

RESULTADOS DE COMPROMISO

Desarrollo Territorial y Social						
Indicador	2017/2018	2016/2017	2015/2016	2014/2015	2013/2014	2012/2013
Lim. sup: 2.0 Lim. inf: 0.0						
Grado en Odontología Lim. sup: 2.0 Lim. inf: 0.0	0.00					

Valoración

El nº de estudiantes de Medicina que realiza prácticas extracurriculares se mantiene similar a cursos previos (datos del centro anterior) lo que demuestra el interés del alumnado de medicina por este tipo de actividad docente que supone un contacto directo con la actividad profesional.
Se han organizado 5 grupos focales con empleadores en el grado de Enfermería y se han hecho aproximaciones para formar este tipo de grupos en las otras titulaciones, aunque no llegaron a concretarse en el curso 17-18.
El dato de visitas correspondiente a Enfermería, muy elevado, responde al interés que ha despertado este tipo de actividad académica, sin embargo, mantenemos los límites del indicador hasta que se confirmen estos resultados el próximo curso. En las otras titulaciones no se han registado visitas de carácter curricular quizá debido en parte a que durante el curso 17-18 el centro ha desarrollado un programa de visitas/charlas de profesiones muy completo ligado al 50 aniversario de la facultad.

Educación Activa						
Indicador	2017/2018	2016/2017	2015/2016	2014/2015	2013/2014	2012/2013
EHUNDU- IKD: Ratio de egresados o egresadas que han realizado una movilidad Lim. sup: 0.3 Lim. inf: 0.1	0.26					
EHUNDU-IKD: Número de estudiantes que acredita participación/formación en calidad, innovación, sostenibilidad y otros Lim. sup: 320.0 Lim. inf: 270.0	379.00					
EHUNDU-IKD: Número de grupos focales con alumnado por Titulación						
Grado en Enfermería Lim. sup: 7.0 Lim. inf: 5.0	8.00					
Grado en Fisioterapia Lim. sup: 1.0 Lim. inf: 0.0	0.00					
Grado en Medicina Lim. sup: 1.0 Lim. inf: 0.0	0.00					
Grado en Odontología Lim. sup: 1.0 Lim. inf: 0.0	0.00					

Valoración

Los valores de movilidad de los egresados son muy favorables e indican unas cifras muy elevadas. En la totalidad de la Facultad de Medicina y Enfermería, el número de estudiantes de movilidad ha ido en aumento desde el inicio de los programas de movilidad.
Los resultados del indicador relativo a participación del alumnado en actividades de distinto tipo promovidas por el centro ha sido más alto de lo esperado en el curso 17-18; esto puede ser debido en parte al mayor número de actividades dirigidas al alumnado que se han organizado enmarcadas en el programa EHUNDU.
En cuanto a la creación de grupos focales, el resultado es muy bueno en el grado de Enfermería, más elevado de lo esperado, sin embargo no se han podido poner en marcha durante el curso 17-18 en el resto de titulaciones pero esperamos llevarlo a cabo en el curso 18-19.

6. REVISIÓN PROCESOS

P1 PLANIFICACIÓN

Puntos Fuertes:

- El diseño del SGC se ha informado favorablemente por Unibasq a finales de 2018.
- El plan estratégico ha sido aprobado por la Junta de Facultad en enero de 2019 y difundido a los grupos de interés. En el mismo, se contemplan mejoras para implementar grupos focales para la mejora y revisión de las titulaciones.
- Se han aprobado varios convenios y acuerdos de gran relevancia para el centro, que se resumen en el apartado de acciones a realizar.

Areas de Mejora:

Tal y como hemos incluido en el plan estratégico, debemos implementar grupos focales para la mejora y revisión de las titulaciones de Odontología, Medicina y Fisioterapia. Las acciones ya están contempladas en el plan estratégico, cuyo despliegue se implementará a partir de marzo de 2019.

Conclusiones:

- El diseño del SGC se ha informado favorablemente por Unibasq a finales de 2018. Estamos en la primera fase de despliegue del SGC. Además, se ha aprobado el nuevo plan estratégico por la Junta de Facultad en enero de 2019
- La colaboración de la facultad y la UPV/EHU con el Gobierno Vasco ha conducido a tres acuerdos muy relevantes: el proyecto de nuevo edificio de la Facultad de Medicina y Enfermería de la UPV/EHU en Basurto-Bilbao, la nueva Unidad Docente de Medicina de Galdakao-Usansolo y la creación del Aula de Medicina de Familia y Comunitaria asociada a la Facultad de Medicina y Enfermería.
- Se ha realizado modificaciones y mejoras de las titulaciones o acciones en respuesta a distintas recomendaciones de las agencias, como el ajuste de la temporalidad de las asignaturas a las prácticas, la corrección de las asignaturas básicas de Odontología, la transversalidad y el consenso de Grado, en cuanto a competencias específicas, contenidos y ponderación de la evaluación por las tres antiguas escuelas en Enfermería, o el ajuste de las infraestructuras de las prácticas en Fisioterapia. Las recomendaciones y mejoras sobre la calidad de la investigación del profesorado y la estabilidad del profesorado han mejorado con el compromiso EHUNDU y se pretenden mejorar con acciones contempladas en el nuevo plan estratégico aprobado en enero de 2019 y que se desplegará a partir de marzo de 2019.

P2 GESTIÓN DE LA FORMACIÓN

P2PR1 Planificación Docente	2017/2018	2016/2017	2015/2016	2014/2015	2013/2014	2012/2013
Porcentaje de créditos obligatorios impartidos en euskara						
Grado en Enfermería	100.00					
Grado en Fisioterapia	100.00					
Grado en Medicina	85.16					
Grado en Odontología	66.17					

Tanto el grado de Enfermería como Fisioterapia se ofertan íntegramente en euskera. Se ha avanzado en la euskaldunización del grado de Medicina y se debería impulsar la euskaldunización de Odontología que todavía está en el 66%.

P2PR2 Coordinación Curricular	2017/2018	2016/2017	2015/2016	2014/2015	2013/2014	2012/2013
Número de asignaturas impartidas en idioma no oficial						
Grado en Enfermería	3.00					
Grado en Fisioterapia	0.00					
Grado en Medicina	5.00					
Grado en Odontología	0.00					

Los resultados en este indicador son todavía bajos: se imparten unas pocas asignaturas en inglés en Medicina y Enfermería pero no en los otros grados.

Tasa de rendimiento						
Grado en Enfermería	96.04	95.74	95.09	95.32	96.04	97.13
Grado en Fisioterapia	93.50	92.67	91.72	93.62	93.60	92.14
Grado en Medicina	93.29	92.30	92.24	92.34	91.42	90.45
Grado en Odontología	91.63	91.92	93.05	94.07	89.71	90.70

Se confirma un buen rendimiento en todas las titulaciones: la tasa de rendimiento supera el 90% en todos los grados, y se mantiene en torno al 96% en el caso de Enfermería.

Tasa de éxito						
Grado en Enfermería	98.04	97.50	97.30	97.38	97.99	98.42
Grado en Fisioterapia	97.82	97.36	96.67	96.29	96.28	93.92
Grado en Medicina	97.42	97.30	96.71	96.21	96.03	94.87
Grado en Odontología	96.25	97.66	96.80	96.93	95.45	95.75

En todos los grados del centro se observa tasas de éxito superior es al 95%.

Grado de satisfacción con la docencia						
Grado en Enfermería	4.00	4.00	3.90	3.90	3.90	3.80
Grado en Fisioterapia	4.10	4.10	4.00	3.90	3.90	3.90
Grado en Medicina	4.10	4.10	4.00	4.00	4.00	4.10
Grado en Odontología	4.30	4.30	4.30	4.30	4.20	4.20

Los resultados confirman el alto grado de satisfacción del alumnado con la docencia en todos los grados.

P2PR6 Movilidad	2017/2018	2016/2017	2015/2016	2014/2015	2013/2014	2012/2013
Alumnado enviado: ERASMUS						
Grado en Enfermería		20	21	15	18	8
Grado en Fisioterapia		1	0	0	2	0
Grado en Medicina		29	26	2	0	0
Grado en Odontología		4	3	0	0	2

Se mantiene en enfermería la tónica del indicador, superando ligeramente el límite superior previsto durante dos años consecutivos, con unos valores aceptables. La movilidad ERASMUS sigue en aumento claro en Medicina y en Odontología, con buenos resultados, mientras que sigue sin desplegar en el grado de Fisioterapia.

Puntos Fuertes:

- El punto fuerte por excelencia son los y las estudiantes, porque son titulaciones muy vocacionales con una gran autoexigencia, lo que hace que todos los parámetros académicos sean favorables.
- Hay un alto nivel de satisfacción con la docencia recibida. El profesorado progresivamente va accediendo a convocatorias de mejora docente.
- Ha aumentado la oferta docente bilingüe en nuestras titulaciones. Los indicadores han mejorado y se encuentran dentro de las expectativas marcadas antes de iniciar el proceso.
- Hay una alta satisfacción con el Practicum por parte del alumnado, profesorado tutor, así como del personal instructor y una predisposición favorable del alumnado y centros de acogida.
- Son destacables los buenos resultados de la evaluación ECOE, lo que demuestra el alto nivel de preparación práctica y teórica con el que salen los titulados de Medicina.
- Los valores de movilidad de los egresados son muy favorables e indican unas cifras muy elevadas. En la totalidad de la Facultad de Medicina y Enfermería, el número de estudiantes de movilidad ha ido en aumento desde el inicio de los programas de movilidad. Además, cabe destacar el enorme atractivo que tienen las prácticas clínicas ofertadas en cada uno de los cuatro Grados, para atraer alumnado entrante.
- La sección de Enfermería de Donostia tiene una larga trayectoria en el desarrollo de la acción tutorial, que se lleva a cabo a distintos niveles.
- Se observa un elevado porcentaje de TFGs presentados en euskera en el Grado de Fisioterapia y en Enfermería. En el Grado Medicina, el porcentaje es menor, aunque corresponde con el que se esperaba a priori.

Areas de Mejora:

- Aumentar la oferta bilingüe y en idiomas no oficiales.
- Recabar la satisfacción tanto del estudiantado de movilidad de cada titulación
- Mejorar la coordinación e integración de las asignaturas.
- Uno de los aspectos a implementar en algunos de nuestros Grados es la tutoría entre iguales.
- El porcentaje de TFG en euskara en el Grado de Odontología está por debajo de lo esperado.

Conclusiones:

- El diseño del SGC se ha informado favorablemente por Unibasq a finales de 2018. Estamos en la primera fase de despliegue del SGC.
- Los y las estudiantes de nuestras titulaciones tienen un gran nivel de compromiso y autoexigencia.
- La medidas realizadas han permitido un mejor aprovechamiento de los recursos del Centro, una mayor satisfacción del alumnado y una mejora de la oferta bilingüe del centro en aquellas titulaciones más deficitarias, como Odontología y Medicina.
- Las prácticas curriculares y extracurriculares siguen siendo los pilares de nuestras titulaciones para poner en práctica las competencias clínicas. Las prácticas son de gran valor para el alumnado, y también para la institución, porque refuerzan las alianzas con las entidades y la sociedad.
- Vamos implementando las recomendaciones de las evaluaciones externas, lo que conlleva que el profesorado de la Facultad vaya abordando el modelo de enseñanza-aprendizaje activo de la UPV/EHU (IKD).
- La evaluación ECOE permite evaluar las competencias prácticas y clínicas de la titulación. La evaluación tanto de las prácticas clínicas como la ECOE requieren romper con el paradigma clásico de evaluación memorística, superficial, teórica y punitiva. Este cambio no es fácil por motivos muy complejos y la larga tradición de otros modelos. No obstante, la ECOE permite ir avanzando en este sentido. Es reseñable que esta prueba está acreditada a nivel estatal por la conferencia nacional de decanos de Medicina, siendo homologable con otras pruebas ECOE. Además, la acogida que tiene la prueba ECOE entre el profesorado clínico y la dedicación que tiene a ella es destacable.
- En el Grado de Enfermería, de la Sección Donostia, se han identificado a los y las instructoras con conocimientos de idiomas que estarían dispuestos a tutorizar a los y las estudiantes visitantes en toda la red sanitaria de Gipuzkoa.
- Se ha mejorado la información sobre el TFG específica de cada grado, así como los ítems objeto de evaluación, tanto para el alumnado como para el colectivo evaluador.

P3 GESTIÓN DE RRHH

Puntos Fuertes:

- Un punto fuerte a destacar es el indicador correspondiente al número de profesores y profesoras que ha ido aumentando progresivamente en la mayoría de los grados de nuestro centro.
- El PDI del centro ha participado en cursos del programa de Formación Docente del Profesorado Universitario y en programas más específicos. Una proporción de PDI clínico ha participado en talleres de formación promovidos conjuntamente por el Servicio de Asesoramiento Educativo (SAE) de la UPV/EHU y la Facultad de Medicina y Enfermería y que se han agrupado en el programa IRAKLINIK, con el que se pretende dar respuesta a las demandas de dicho colectivo.
- Respecto a los indicadores EHUNDU, se han obtenido buenos resultados para varios de los indicadores relacionados con la actividad investigadora del PDI, destacando el nº de tesis doctorales. Así mismo se ha cumplido con el compromiso EHUNDU en lo que respecta al nº de evaluadores BIKAIN.
- El porcentaje acumulado de profesorado de la titulación que se ha presentado a Docentiaz ha aumentado con respecto al año anterior. Los valores acumulados se encuentran ya en porcentajes cercanos al límite que ha puesto el servicio de evaluación docente para las titulaciones.
- El nº de sexenios y el nº de profesores doctoras y doctores se mantiene en cifras elevadas, con una subida en el número de sexenios en los grados de Medicina y Enfermería y del número de doctores en Enfermería y Odontología. Lo destacable es el hecho de que el número de doctores y de sexenios se mantenga similar a pesar de la reducción de quinquenios que constata la jubilación de profesores con experiencia, que son los que suelen acumular un mayor nº de sexenios.

Areas de Mejora:

- No disponemos de encuestas correspondientes al curso 17-18 para el indicador de "Satisfacción con el clima laboral del PDI y PAS", ya que la encuesta es bienal.
- En el colectivo de profesorado clínico con actividad asistencial se ha disminuido la cifra de PDI permanente y PDI vinculado, únicas categorías que permiten optar a sexenios, por ello se observa la reducción de sexenios en Odontología

Conclusiones:

- Cabe destacar la mejora del número de profesores y profesoras en la mayoría de nuestros grados, lo que expresa que el ratio de estudiante/PDI se reduce.
- Varias de las acciones realizadas en este proceso responden a recomendaciones de agencias externas referentes al perfil investigador del profesorado y a la estabilidad y figuras de acreditación de la plantilla docente, que afectan en distinta medida y por causas diferentes a los cuatro Grados del centro. Ya se han puesto en marcha acciones para obtener un diagnóstico más preciso de la situación y de propuesta de actividades formativas que puedan ser útiles para el PDI. También se han realizado acciones siguiendo las recomendaciones de las evaluaciones externas con el objetivo de fomentar la formación en metodología de la investigación.
- Además, se han dado pasos para plantear una oferta formativa específica desde la Facultad en colaboración con el Servicio de Asesoramiento Educativo de la UPV/EHU. Esta oferta en la medida de lo posible se plantea adaptada a las diferentes titulaciones y con especial atención a las peculiaridades del profesorado clínico.
- Algunas recomendaciones de Unibasq se refieren a la conveniencia de aumentar el porcentaje de profesorado que ha participado en el programa DOCENTIAZ. Por ello, el centro planificó actividades de formación dirigidas a dar a dar a conocer el programa (compromiso EHUNDU), algunas en el curso 17-18 y otras, en el curso 18-19.
- La Facultad tiene reconocidos 2 grupos estructurados IKD en 1ª convocatoria.
- En el plan estratégico se incluyen acciones para responder a las recomendaciones de a las agencias externas y mejorar los indicadores sobre la investigación, estabilidad y doctorado del PDI y la evaluación DOCENTIAZ.

P4 GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES

Puntos Fuertes:

- Los grupos de la Facultad tiene un buen número de proyectos y contratos de investigación, a pesar de las fuertes restricciones presupuestarias que ha habido en la financiación pública de proyectos en los últimos años.

Areas de Mejora:

- No disponemos de encuestas del curso 2017/2018 por parte del PDI y PAS en relación al medioambiente y a la seguridad laboral, porque las encuestas son bienales. No obstante, en el curso 2016/2017 se obtuvo una satisfacción por encima del aprobado, aunque un poco por debajo de lo esperado. De momento conviene esperar a tener un dato actualizado sobre este indicador para tomar decisiones sobre posibles acciones.

Conclusiones:

- La mayoría de estos procedimientos de este proceso están muy sistematizados por lo que no requieren acciones de mejora concretas.
- Se ha ido desplegando el protocolo de retirada de residuos, la política medioambiental y las buenas prácticas iniciadas con el certificado de Ekoscan (ventanas, luminaria LED, etc). La Facultad dispone de personal y alumnado muy concienciado y comprometido con el medioambiente.
- En relación a la prevención de riesgos, se han tomado medidas como la actualización de la señalización de evacuación en la Unidad Docente de Basurto, la restricción del acceso mediante sistemas de seguridad en horario no lectivo y en la sección Donostia, la renovación del Comité de Autoprotección y la realización del simulacro anual.

P5 GESTIÓN ADMINISTRATIVA

P5PR1 Acceso y Matriculación	2017/2018	2016/2017	2015/2016	2014/2015	2013/2014	2012/2013
Ocupación de la titulación						
Grado en Enfermería	102.11	96.14	102.11	101.35	101.35	106.45
Grado en Fisioterapia	103.33	110.00	100.00	111.67	113.33	96.67
Grado en Medicina	98.71	91.11	111.85	111.48	103.33	99.43
Grado en Odontología	108.57	114.29	134.29	105.71	120.00	86.67
Los datos indican que la ocupación se mantiene entorno al 100%, con una ligera desviación en el grado de Odontología, que no supera el 10% y que se ha ido corrigiendo respecto a cursos anteriores.						
Adecuación de la titulación						
Grado en Enfermería	66.67	59.49	69.76	74.75	65.78	60.30
Grado en Fisioterapia	62.90	72.73	71.67	65.67	61.76	50.00
Grado en Medicina	99.67	99.19	100.00	100.00	100.00	98.85
Grado en Odontología	28.95	40.00	53.19	70.27	50.00	38.46
Los datos de este indicador son un reflejo de la influencia del grado de Medicina sobre los otros 3 grados del centro, que es especialmente destacable en Odontología: una proporción del alumnado hace el traslado a Medicina en 2º curso.						

Puntos Fuertes:

- Los indicadores referentes al acceso a las cuatro titulaciones no han mostrado diferencias globales relevantes respecto a lo esperado de la trayectoria en los últimos años. Cabe destacar únicamente el aumento de plazas en Medicina para responder a la petición de las instituciones de la CAPV.
- Como puntos fuertes de los indicadores de acceso y matriculación, se pueden mencionar los siguientes: un nivel de ocupación cercano al 100% de la oferta prevista, una distribución equilibrada (40-60%) de idioma en el primer curso de las titulaciones, un respeto adecuado a los cupos de matrícula, una proporción alta de estudiantes matriculados a tiempo completo, unas tasas elevadas de preferencia y unas notas de corte muy altas, con ligeros aumentos en algunos Grados. Además, las tasas de adecuación son elevadas en nuestras titulaciones, especialmente en Medicina, y el número de becas se mantiene elevado, sobre todo en Enfermería.
- Las cifras de créditos reconocidos muestran unas medias dentro de los límites esperados por la normativa del centro y las memorias de los Grados.

Areas de Mejora:

- La tasa de adecuación en odontología ha descendido algo. Debido a los traslados de expedientes de primero de Odontología y la tasa de abandono en primero de Odontología, creemos que esta tasa más reducida se debe a un número de alumnos que desea acceder a Odontología para luego trasladarse a Medicina. Está lejos del alcance del centro poder modificar este patrón.
- El centro considera que el Grado de Odontología debería tener cifras de acceso a primero por encima de los márgenes aprobados por la UPV/EHU, para poder hacer frente a la tasa de abandono de primero de Odontología, responder a las peticiones de las agencias externas y no tener que poner en marcha procesos de traslados. Seguiremos trabajando este tema para ofertar las plazas necesarias. Mientras tanto, desde el centro se está facilitando una ocupación ligeramente superior a la oferta aprobada. No obstante, la oferta de plazas se revisa anualmente.
- La distribución lingüística de idiomas en el Grado de Medicina se ha ido alterando en los cursos posiblemente debido al aumento de la matrícula condicionada de estudiantes, lo cuales eligen la UPV/EHU como segunda o tercera opción desde otras universidades, y generan una gran bolsa de matrícula ficticia que desplaza a los estudiantes de primera opción. Ello produce problemas importantes en la oferta y distribución natural de los grupos lingüísticos, la planificación del curso y la saturación de la matrícula de primero de Medicina. Por ello, en septiembre de 2018 se han aprobado medidas para realizar una admisión diferenciada por idiomas en el Grado de medicina.

Conclusiones:

- En respuesta a las recomendaciones de la titulación, las acciones puestas en marcha sobre la oferta de plazas y la tasa de ocupación han tratado de mantener las cifras por debajo de una variación menor al 10% de lo aprobado en las memorias de verificación. Se ha cumplido, aunque en el caso de Odontología el centro aprueba sistemáticamente cifras cercanas a lo aprobado en la memoria, pero las comisiones universitarias respectivas toman la decisión de reducirlas en base a otros criterios generales.
- En cuanto a la optatividad de Fisioterapia, ya se han tomado medidas concretas para mejorar el equilibrio de itinerarios.
- Como respuesta a la recomendación de las agencias, se han tomado acciones encaminadas a garantizar la armonización del proceso de reconocimiento de créditos en el Grado de Enfermería.
- Los datos de acceso de las titulaciones son muy buenos, pero tenemos el reto de las matrículas condicionadas de primero de medicina y la oferta de plazas de primero de Odontología.

P6 COMUNICACIÓN

Puntos Fuertes:

- Desde el centro se difunden gran número de eventos de organización interna, así como actividades organizadas por agentes externos aliados. Por ello, el número de estudiantes que acredita formación o participación es elevado.
- El número de grupos focales en Enfermería es más elevado de lo previsto.
- Las sugerencias, quejas y reclamaciones se solucionan en la gran mayoría de las ocasiones directamente entre los agentes implicados como solicitudes al decano, vicedecana o secretaria académica, mediante un formulario que hay en la Web.

Areas de Mejora:

- En el plan estratégico se contemplan acciones específicas para implementar grupos focales con el alumnado de las titulaciones de Medicina, Fisioterapia y Odontología.
- Se recogerán de forma sistemática las SQR mediante las las acciones asociadas al despliegue del propio flujograma del procedimiento. Además, la nueva web incluirá un banner con un buzón de quejas y sugerencias on line. La elaboración del plan de comunicación a lo largo de 2018-19 también permitirán organizar las acciones concretas del sistema SQR.

Conclusiones:

- El despliegue del plan estratégico y el lanzamiento de la nueva página web del centro incluida en dicho plan estratégico, así como el desarrollo del SGC, permitirán responder a las recomendaciones de las agencias y marcarán las acciones establecidas en este procedimiento.

P7 EVALUACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA						
P7PR1 Evaluación, Revisión y Mejora	2017/2018	2016/2017	2015/2016	2014/2015	2013/2014	2012/2013
Tasa de abandono del estudio en el 1er. año (CURSA)						
Grado en Enfermería	4.25	4.08	6.27	1.57	5.11	7.95
Grado en Fisioterapia	11.48	13.51	16.42	13.79	7.58	
Grado en Medicina	3.74	0.94	3.80	4.82	4.02	2.17
Grado en Odontología	17.24	23.08	17.02	20.97	16.33	14.71
La tasa de abandono en primero es muy reducida en Medicina y Enfermería y es algo más elevada en las otras dos titulaciones de Fisioterapia y Odontología, aunque dentro de lo esperable.						
Tasa de graduación						
Grado en Enfermería	88.89	91.97	91.19	88.85		
Grado en Fisioterapia	79.69	80.70	90.91			
Grado en Medicina			88.71	89.34		
Grado en Odontología		69.44	78.57	79.41		
La tasa de graduación muestra resultados altos en las dos titulaciones de las que tenemos datos, llegando casi al 90% en el caso de Enfermería.						
Tasa de eficiencia (Tasa de rendimiento de las personas egresadas)						
Grado en Enfermería	97.67	97.33	98.26	98.50	99.26	
Grado en Fisioterapia	99.22	98.29	95.88	97.62		
Grado en Medicina	96.91	98.13	99.27			
Grado en Odontología	97.75	97.79	97.78	98.97		
Los resultados de este indicador son excelentes en todas las titulaciones y han mantenido constantes durante los últimos 4 años.						
Tasa de empleo						
Grado en Enfermería	94.92					
Grado en Fisioterapia						
Grado en Medicina						
Grado en Odontología						
Tenemos datos muy favorables de empleo en Enfermería; en el resto de titulaciones aún no hay datos.						

Puntos Fuertes:

- El rendimiento de los titulados es muy alto como lo refleja la alta tasa de eficiencia y la tasa alta de evaluación, que es excelente en todas las titulaciones.
- Los datos de la tasa de abandono, solo disponibles para Enfermería y Fisioterapia, están dentro de los niveles esperados. La tasa de abandono en primero es muy reducida en Medicina y Enfermería y es algo más elevada en las otras dos titulaciones de Fisioterapia y Odontología, aunque dentro de lo esperable.
- Tenemos datos muy favorables de empleo en Enfermería: una tasa de empleo y tasa de empleo encajada muy altos y una tasa de paro muy baja, tanto en hombres como en mujeres. En el resto de titulaciones aún no hay datos.

Areas de Mejora:

- En el caso de la Odontología, la tasa de cambio de estudio alta condiciona el mayor abandono en primero de Odontología, que es más elevado que en el resto de titulaciones, aunque ha descendido respecto al curso previo. Ya se ha planteado este tema en una recomendación de Unibasq y depende poco del centro. No obstante, el centro considera que el Grado de Odontología debería tener cifras de acceso a primero por encima de los márgenes aprobados por la UPV/EHU (ver proceso P5).

Conclusiones:

- Se han creado acciones en respuesta a la recomendación de hacer un seguimiento de las modificaciones en los planes de estudios.
- El centro se ha comprometido a incorporar en la nueva página web los datos de los resultados de información laboral para todas las titulaciones, cuando estén disponibles.

7. ACCIONES REALIZADAS

P1PR1 , Planificación Estratégica	
Acción	**Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)**
ENFERMERÍA: RECOMENDACIÓN INFORME 15-16 UNIBASQ (SGIC) (Noviembre 2017) Facultad de Medicina y Enfermería: Se recomienda continuar con las experiencias previas relacionadas con la mejora continua integrando los sistemas previos en un SGC que fomente una cultura de calidad entre todos los grupos de interés. Una vez que se disponga de este sistema y de una evaluación positiva de su diseño, se debería continuar con la elaboración de los informes de gestión anuales. **Responsable:** Decano/a **Origen:** Derivadas de los informes externos de las agencias **Fecha ejecución:** 15/12/2017 **Titulaciones asociadas:** Grado en Enfermería	No se concibe un SGIC sin el apartado de evaluación, revisión y mejora. En el histórico se puede comprobar la sistemática seguida de Revisión y mejora efectuada con anterioridad a la reorganización de centros, muestra de ella es la obtención de la Q de Plata por parte de la Sección de Donostia, hábito que tiene continuidad, tal y como se define en la Política de Calidad de la Facultad. En el mapa de procesos del SGIC en proceso de definición, se contempla el Procedimiento de Evaluación, Revisión y Mejora, Procedimiento que se sustenta en la Herramienta de Gestión UNIKUDE.
FISIOTERAPIA. Informe de seguimiento (Agosto/2018). 3. Implantación SGC/Informe de gestión anual. Una vez que se evalúe el diseño del nuevo SGC, se deberá continuar con su implantación y con la elaboración de los informes de gestión anuales correspondientes **Responsable:** Vicedecano/a de Calidad e Igualdad **Origen:** Derivadas de los informes externos de las agencias **Fecha ejecución:** 30/08/2018 **Titulaciones asociadas:** Grado en Fisioterapia	El diseño del nuevo SGC del centro ha sido evaluado y aprobado por Unibasq en diciembre de 2018 y ya se está llevando a cabo su implantación progresiva, requisito para la elaboración del informe de gestión anual correspondiente al año 2018. Adicionalmente, el Plan Estratégico 2018-21 contempla entre sus acciones la realización de reuniones con responsables de procedimientos para desplegar el sistema de gestión interno de calidad. En consecuencia, procederemos a cerrar esta acción de recomendación.
MEDICINA. Informe de Renovación de la Acreditación Mayo/2018. Criterio 3.1. Diseño del nuevo Sistema de Garantía de Calidad (SGC). - EL nuevo SGC debería finalizar la adaptación de algunos aspectos, en ese sentido, en la tabla de responsabilidades debería completarse la columna de propietario de los procesos. De la misma manera, en el cuadro de indicadores por proceso se sugiere incluir algunos indicadores de proceso, como sería el caso de algunos procesos clave. A modo de ejemplo, podrían incluirse indicadores en los procesos de orientación y acogida, sería interesante obtener el número de acciones y su participación en las mismas. - El SGC dispone de procesos de diseño, revisión y mejora de sus objetivos y competencias, se sugiere completar el apartado de registros en las fichas de cada proceso. Las acciones de mejora se recogen tanto en los informes de seguimiento como en el de gestión del centro. Se recomienda, sin embargo, identificar el progreso y el estado de las mismas, aunque este último aspecto si se incluye en el último informe de gestión del centro. **Responsable:** Vicedecano/a de Calidad e Igualdad **Origen:** Derivadas de los informes externos de las agencias **Fecha ejecución:** 30/08/2018 **Titulaciones asociadas:** Grado en Medicina	Durante el curso 17-18 el centro ha llevado a cabo la elaboración del nuevo SGC, requisito imprescindible tras la creación de la nueva Facultad de Medicina y Enfermería, fruto de la fusión de centros. Recientemente, en diciembre de 2018, el diseño del nuevo SGC ha obtenido la valoración positiva por Unibasq, con una calificación de suficiente en todos sus apartados. El informe de evaluación contiene así mismo el apartado "Propuestas de Mejora" en el que se detallan algunos aspectos susceptibles de revisión, mejora o aclaración. Dado que el plazo para presentar alegaciones al citado informe de Unibasq se extiende del 7 al 21 de enero de 2019, cabe la posibilidad que dicho apartado sea modificado. En consecuencia consideramos oportuno cerrar la acción y abrir las acciones de mejora que sean necesarias una vez que se haya obtenido el informe definitivo sobre el diseño del SGC.

P1PR1 , Planificación Estratégica

Acción	Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)
MEDICINA. Recomendación Unibasq (15/7/16): Revisar el SGC Revisar el SGC cuando se lleve a cabo la posible integración de las Escuelas de Enfermería que sugiere el nuevo nombre de la Facultad. Elaborar un Plan estratégico, previsto en el SGC, o , como mínimo, si ya existe, incluirlo en el apartado 3 del Informe de Gestión Anual.Facilitar el acceso a los registros del SGC mediant enlaces que dirijan, en un solo clic, a las aplicaciones o fuentes donde sew encuentren. Incorporar esta información en el punto 9 del Informe de Gestión Anual que ya la preveé **Responsable:** Vicedecano/a de Calidad e Igualdad **Origen:** Derivadas de los informes externos de las agencias **Fecha ejecución:** 30/08/2018 **Titulaciones asociadas:** Grado en Medicina	Durante el curso 17-18 el centro ha elaborado el nuevo Sistema de Garantía de Calidad que incluye la gestión de la Facultad de Medicina y Enfermería después de la fusión de los centros previos. Este sistema SGC ha obtenido en diciembre de 2018 la evaluación POSITIVA por la agencia Unibasq. Así mismo el centro ha elaborado el Plan estratégico 18-21 que está pendiente de aprobación en junta de facultad en enero de 2019. En cualquier caso, esta acción se cierra ya que existe una recomendación similar en el Informe de Acreditación de Unibasq, posterior, de mayo 2018.
ODONTOLOGÍA. Informe de Seguimiento (Agosto/2018). 3. Implantación SGC/informe gestión anual. Una vez que se evalúe el diseño del nuevo SGC, se deberá continuar con su implantación y con la elaboración de los informes de gestión anuales correspondientes. **Responsable:** Vicedecano/a de Calidad e Igualdad **Origen:** Derivadas de los informes externos de las agencias **Fecha ejecución:** 30/08/2018 **Titulaciones asociadas:** Grado en Odontología	Durante el curso 2017-18 el centro ha llevado a cabo la elaboración del nuevo SGC, requisito imprescindible tras la creación de la nueva Facultad de Medicina y Enfermería, fruto de la fusión de centros. Recientemente, en diciembre de 2018, el diseño del nuevo SGC ha obtenido la valoración positiva por Unibasq, con una calificación de suficiente en todos sus apartados. La implantación del nuevo SGC ha comenzado ya y se está finalizando la elaboración del informe de gestión anual correspondiente al año 2018, que se presentará para su aprobación en marzo de 2019. Por otra parte, el nuevo Plan Estratégico del Centro, pendiente de aprobación en enero de 2019, incluye una acción para dar respuesta a esta recomendación; por todo ello, consideramos oportuno cerrar esta accion.

P1PR2, Plan de Gestión Anual

Acción	Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)
ENFERMERÍA: RECOMENDACIÓN INFORME 15-16 UNIBASQ (SGIC) (Noviembre 2017) Escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz: Reflexionar sobre si el número de mejoras identificadas, respecto a las que se han podido implementar o poner en marcha, es razonable, o si se podría potenciar el proceso de mejora. **Responsable:** Vicedecano/a de Calidad e Igualdad **Origen:** Derivadas de los informes externos de las agencias **Fecha ejecución:** 15/12/2017 **Titulaciones asociadas:** Grado en Enfermería	La recomendación es para Vitoria-Gasteiz. No procede en Leioa y Donostia

P1PR3, Política de Alianzas

Acción	Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)
Creación del Aula de Medicina de Familia y Comunitaria asociada a la Facultad de Medicina y Enfermería de la UPV / EHU CONVENIO DE COLABORACIÓN CON LA UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO PARA LA CREACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE UN AULA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA **Responsable:** Decano/a **Origen:**	Se aprueba acordar con el Departamento de Salud crear un Aula de Medicina Familiar y Comunitaria en la UPV/EHU, como sistema integrado de formación, documentación y apoyo a la investigación en el ámbito de la Atención Primaria, y con este fin se plantean los siguientes objetivos: a) Consolidar la Medicina Familiar y Comunitaria como ámbito formativo de la Atención Primaria en los estudios de Grado de

P1PR3, Política de Alianzas

Acción	Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)
Otros **Fecha ejecución:** 19/07/2018	Medicina de la UPV/EHU, siendo conscientes de la dificultad de un cambio inmediato en el plan de estudios y la necesidad de adecuarse al perfil de egreso del titulado. Realizando para ello: 1) La revisión y análisis del plan de estudios actual del grado de Medicina, contemplando la incorporación de contenidos y actividades (carga lectiva) que mejoren la formación en competencias específicas de Medicina Familiar y Comunitaria en el ámbito de la atención primaria. 2) El análisis de las necesidades de profesorado con titulación en Medicina Familiar y Comunitaria para que se pueda llevar a cabo la formación acorde a los cambios propuestos en el plan de estudios. b) Promover la realización de actividades complementarias en los estudios de grado y postgrado, en relación con la Medicina Familiar y Comunitaria, en el ámbito de la Atención Primaria. c) Promover la realización de tesis doctorales por parte de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y residentes de la especialidad, y facilitar su desarrollo mediante ayudas (becas, etc.). d) Promover la realización de estancias formativas. e) Promover la realización de encuentros, reuniones, congresos, jornadas, etc., con el objetivo de buscar el desarrollo de la Medicina Familiar y Comunitaria. f) Fomentar la realización de actividades formativas dirigidas al alumnado, residentes, profesionales, comunidad, sociedades científicas, en relación con la Medicina Familiar y Comunitaria. g) Promover la colaboración mutua entre la UPV/EHU y los especialistas en el ámbito de Medicina Familiar y Comunitaria en actividades formativas (cursos, talleres, programas docentes ...)

P2PR2, Coordinación Curricular

Acción	Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)
MEDICINA. Informe de Renovación de la Acreditación Mayo/2018. Criterio 3.3. Encuesta satisfacción estudiantes/coordinación asignatura. Quizás podría incluirse en el cuestionario de estudiantes, una pregunta relativa a la satisfacción sobre la coordinación de las asignaturas en aquellos casos en que participe más de un docente. **Responsable:** Vicedecano/a de Innovación, Coordinación y Desarrollo de Grados **Origen:** Derivadas de los informes externos de las agencias **Fecha ejecución:** 30/08/2018 **Titulaciones asociadas:** Grado en Medicina	El diseño de la encuesta de satisfacción de los estudiantes sobre la docencia no es competencia del centro, sino del Servicio de Evaluación Docente de la UPV/EHU, por lo que el centro no tiene capacidad para modificarla o introducir nuevos items. No obstante, mediante el nuevo informe de coordinación de la asignatura que ha diseñado el centro se pretende recoger cualquier aspecto que pueda incidir en el desarrollo de la docencia o que pueda ser susceptible de mejora, incluyendo la coordinación docente.

P2PR3, Gestión del Practicum

Acción	Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)
ENFERMERÍA: INFORME DE RENOVACIÓN ACREDITACIÓN (3.1): Satisfacción de los empleadores y las empleadoras. Se considera necesario fomentar los procedimientos de captación de satisfacción de los grupos de interés externos, particularmente de los empleadores y las empleadoras con la formación de los egresados y las egresadas. **Responsable:** Vicedecano/a de Prácticas Externas y Enfermería **Origen:** Derivadas de los informes externos de las agencias **Fecha ejecución:** 15/12/2017 **Titulaciones asociadas:** Grado en Enfermería	En el SGIC está incluido este indicador en el procedimiento de la Gestión del Practicum. GRADO SECCIÓN DONOSTIA: El Centro dispone de una encuesta de satisfacción para las direcciones de los centros empleadores (P2PR3) en los que nuestro alumnado hace prácticas y posteriormente accede al mercado de trabajo, ya desde la Diplomatura hasta la actualidad. Además, cada inicio de curso la Dirección se reúne con este grupo de interés para informar de las especificidades del Practicum de cada año y recoger información de los mismos respecto a la formación del alumnado. GRADO EN LEIOA: Se dispone de una encuesta para conocer la satisfacción de los empleadores y las empleadoras, incluida en el P2PR3. Esta encuesta se pasa a los empleadores en las reuniones

P2PR3, Gestión del Practicum	
Acción	Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)
	mantenidas con ellos. GRADO GASTEIZ: Se dispone de una encuesta para conocer la satisfacción de los empleadores y las empleadoras.

8. REVISIÓN DIRECTRICES AUDIT

1.0. Política y objetivos de calidad

ELEMENTOS	PROCEDIMIENTOS	VAL	COMENTARIO
1 Existencia de un órgano con capacidad para gestionar el SGIC, y la definición y aprobación de la política y objetivos de calidad.	P1PR1 , Planificación Estratégica P1PR2, Plan de Gestión Anual P1PR3, Política de Alianzas P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
2 Existencia del procedimiento que permite definir y aprobar la política y objetivos de calidad.	P1PR1 , Planificación Estratégica P1PR2, Plan de Gestión Anual	SA	
3 Especificación de la participación de los grupos de interés en el órgano responsable del sistema de garantía interna de calidad y en la definición de la política y objetivos de calidad.	P1PR1 , Planificación Estratégica P1PR2, Plan de Gestión Anual	SA	
4 Difusión pública y por escrito de la política y los objetivos de calidad a través de medios que permitan su divulgación a todos los grupos de interés.	P1PR1 , Planificación Estratégica P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa	SA	
5 Existencia de un sistema debidamente integrado (órganos, procedimientos, procesos,...) que facilite el despliegue de la política y los objetivos de calidad.	P1PR1 , Planificación Estratégica P1PR2, Plan de Gestión Anual P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
6 Existencia de mecanismos que hagan posible el seguimiento, medición, revisión y mejora de la política y objetivos de calidad.	P1PR1 , Planificación Estratégica P1PR2, Plan de Gestión Anual P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
7 Presencia de mecanismos de rendición de cuentas a los principales grupos de interés que permitan informar sobre el cumplimiento de la política y los objetivos de calidad.	P1PR1 , Planificación Estratégica P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	

1.1. Garantía de Calidad de los Programas Formativos

ELEMENTOS	PROCEDIMIENTOS	VAL	COMENTARIO
1 Existencia del órgano con capacidad para gestionar el diseño, seguimiento, planificación, desarrollo y revisión de las titulaciones, sus objetivos y competencias asociadas.	P1PR4, Diseño y Planificación de la Titulación P2PR1, Planificación Docente P2PR2, Coordinación Curricular P2PR3, Gestión del Practicum P2PR4, Gestión de Prácticas Voluntarias P2PR5, Gestión de Prácticas Clínicas y ECOEs	SA	

*SA: Satisfactorio, SF: Suficiente, IN:Insuficiente

1.1. Garantía de Calidad de los Programas Formativos

ELEMENTOS	PROCEDIMIENTOS	VAL	COMENTARIO
	P2PR6, Movilidad P2PR7, Plan de Acción Tutorial P2PR8, Trabajo Fin de Estudios P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora		
2 Presencia de mecanismos que regulen el proceso de toma de decisiones sobre la oferta formativa, el diseño de las titulaciones y sus objetivos.	P2PR1, Planificación Docente P2PR2, Coordinación Curricular P2PR3, Gestión del Practicum P2PR5, Gestión de Prácticas Clínicas y ECOEs P2PR6, Movilidad P2PR7, Plan de Acción Tutorial P2PR8, Trabajo Fin de Estudios P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
3 Especificación de los grupos de interés implicados en el diseño, seguimiento, planificación, desarrollo y revisión de las titulaciones, sus objetivos y competencias asociadas.	P1PR3, Política de Alianzas P1PR4, Diseño y Planificación de la Titulación P2PR1, Planificación Docente P2PR2, Coordinación Curricular P2PR3, Gestión del Practicum P2PR5, Gestión de Prácticas Clínicas y ECOEs P2PR6, Movilidad P2PR7, Plan de Acción Tutorial P2PR8, Trabajo Fin de Estudios P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
4 Presencia de los procedimientos que hacen posible el diseño, seguimiento, planificación, desarrollo y revisión de las titulaciones, sus objetivos y competencias asociadas.	P1PR4, Diseño y Planificación de la Titulación P2PR1, Planificación Docente P2PR2, Coordinación Curricular P2PR3, Gestión del Practicum P2PR5, Gestión de Prácticas Clínicas y ECOEs P2PR6, Movilidad P2PR7, Plan de Acción Tutorial P2PR8, Trabajo Fin de Estudios	SA	

*SA: Satisfactorio, SF: Suficiente, IN:Insuficiente

1.1. Garantía de Calidad de los Programas Formativos

ELEMENTOS	PROCEDIMIENTOS	VAL	COMENTARIO
	P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora		
5 Presencia de sistemas de recogida y análisis de información que permitan valorar el mantenimiento, la actualización y la renovación de la oferta formativa.	P2PR1, Planificación Docente P2PR2, Coordinación Curricular P2PR3, Gestión del Practicum P2PR5, Gestión de Prácticas Clínicas y ECOEs P2PR6, Movilidad P2PR7, Plan de Acción Tutorial P2PR8, Trabajo Fin de Estudios P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
6 Existencia de mecanismos que faciliten la implementación de las mejoras derivadas del proceso de revisión de las titulaciones.	P1PR1 , Planificación Estratégica P1PR2, Plan de Gestión Anual P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
7 Presencia de mecanismos que permitan la rendición de cuentas a los principales grupos de interés sobre la calidad de las enseñanzas.	P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
8 Definición de los criterios que hacen posible conocer cómo el centro abordaría la eventual suspensión del título.	P1PR5, Suspensión del Título	SA	

1.2. Orientación de las Enseñanzas a los estudiantes

ELEMENTOS	PROCEDIMIENTOS	VAL	COMENTARIO
01 Existencia del órgano responsable de los procedimientos relacionados con el aprendizaje de los estudiantes: -Definición de perfiles de ingreso/egreso; Admisión y matriculación - Alegaciones, reclamaciones y sugerencias - Apoyo y orientación - Enseñanza y evaluación - Prácticas externas y movilidad - Orientación profesional	P1PR4, Diseño y Planificación de la Titulación P2PR1, Planificación Docente P2PR2, Coordinación Curricular P2PR3, Gestión del Practicum P2PR4, Gestión de Prácticas Voluntarias P2PR5, Gestión de Prácticas Clínicas y ECOEs P2PR6, Movilidad P2PR7, Plan de Acción Tutorial P2PR8, Trabajo Fin de Estudios P5PR1, Acceso y Matriculación	SA	

*SA: Satisfactorio, SF: Suficiente, IN:Insuficiente

1.2. Orientación de las Enseñanzas a los estudiantes

ELEMENTOS	PROCEDIMIENTOS	VAL	COMENTARIO
	P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones		
1 Definición de perfiles de ingreso/egreso, admisión y matriculación de estudiantes			
02 Presencia de mecanismos que regulen y garanticen el proceso de toma de decisiones relacionados con la definición de perfiles de ingreso/ egreso y los criterios de admisión y matriculación.	P1PR3, Política de Alianzas P1PR4, Diseño y Planificación de la Titulación P2PR7, Plan de Acción Tutorial P5PR1, Acceso y Matriculación P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
03 Presencia de sistemas de recogida y análisis de información que permita conocer y valorar las necesidades relativas a perfiles de ingreso/egreso, criterios de admisión y matriculación.	P5PR1, Acceso y Matriculación P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
04 Especificación del modo en que los grupos de interés están implicados en el diseño y desarrollo de la definición de perfiles de ingreso/egreso, criterios de admisión y matriculación.	P1PR3, Política de Alianzas P2PR3, Gestión del Practicum P5PR1, Acceso y Matriculación P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
05 Existencia de mecanismos que hagan posible el seguimiento, revisión y mejora de la definición de perfiles de de ingreso/egreso y de criterios de admisión y matriculación.	P1PR3, Política de Alianzas P5PR1, Acceso y Matriculación P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
2 Apoyo y orientación al estudiante, metodologías de enseñanza y evaluación de los aprendizajes.			
06 Presencia de mecanismos que regulen y garanticen el proceso de toma de decisiones relacionadas con los sistemas de apoyo y orientación a los estudiantes, metodología de enseñanza y evaluación de aprendizajes.	P2PR1, Planificación Docente P2PR2, Coordinación Curricular P2PR3, Gestión del Practicum P2PR5, Gestión de Prácticas Clínicas y ECOEs P2PR7, Plan de Acción Tutorial P2PR8, Trabajo Fin de Estudios	SA	
07 Presencia de sistemas de recogida y análisis de información que permitan conocer y valorar las necesidades de los sistemas de apoyo y orientación a los estudiantes, la metodología de enseñanza y la evaluación de aprendizajes.	P2PR2, Coordinación Curricular P2PR3, Gestión del Practicum P2PR5, Gestión de Prácticas Clínicas y ECOEs P2PR7, Plan de Acción Tutorial P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones	SA	

*SA: Satisfactorio, SF: Suficiente, IN:Insuficiente

1.2. Orientación de las Enseñanzas a los estudiantes

ELEMENTOS	PROCEDIMIENTOS	VAL	COMENTARIO
2 Apoyo y orientación al estudiante, metodologías de enseñanza y evaluación de los aprendizajes.			
08 Especificación del modo en que los grupos de interés están implicados en el diseño y el desarrollo de los sistemas de apoyo y orientación a los estudiantes, la metodología de enseñanza y evaluación de los aprendizajes	P2PR2, Coordinación Curricular P2PR3, Gestión del Practicum P2PR5, Gestión de Prácticas Clínicas y ECOEs P2PR7, Plan de Acción Tutorial P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones	SA	
09 Existencia de mecanismos que hagan posible el seguimiento, revisión y mejora de los sistemas de apoyo y orientación a los estudiantes, la metodología de enseñanza y la evaluación de aprendizajes.	P2PR2, Coordinación Curricular P2PR3, Gestión del Practicum P2PR5, Gestión de Prácticas Clínicas y ECOEs P2PR7, Plan de Acción Tutorial P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
3 Prácticas externas y movilidad de los estudiantes			
10 Presencia de mecanismos que regulen y garanticen el proceso de toma de decisiones relacionadas con las prácticas externas y la movilidad de los estudiantes	P2PR3, Gestión del Practicum P2PR4, Gestión de Prácticas Voluntarias P2PR5, Gestión de Prácticas Clínicas y ECOEs P2PR6, Movilidad P2PR7, Plan de Acción Tutorial	SA	
11 Presencia de sistemas de recogida y análisis de información que permitan conocer y valorar las necesidades de las prácticas externas y la movilidad de los estudiantes	P2PR3, Gestión del Practicum P2PR4, Gestión de Prácticas Voluntarias P2PR5, Gestión de Prácticas Clínicas y ECOEs P2PR6, Movilidad P2PR7, Plan de Acción Tutorial P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones	SA	
12 Especificación del modo en que los grupos de interés están implicados en el diseño y el desarrollo de los procesos relacionados con las prácticas externas y la movilidad de los estudiantes	P2PR3, Gestión del Practicum P2PR4, Gestión de Prácticas Voluntarias P2PR5, Gestión de Prácticas Clínicas y ECOEs P2PR6, Movilidad	SA	
13 Existencia de mecanismos que hagan posible el seguimiento, revisión y mejora de las prácticas externas y la movilidad de los estudiantes	P2PR3, Gestión del Practicum P2PR4, Gestión de Prácticas Voluntarias	SA	

*SA: Satisfactorio, SF: Suficiente, IN:Insuficiente

1.2. Orientación de las Enseñanzas a los estudiantes

ELEMENTOS	PROCEDIMIENTOS	VAL	COMENTARIO
3 Prácticas externas y movilidad de los estudiantes			
	P2PR5, Gestión de Prácticas Clínicas y ECOEs P2PR6, Movilidad P2PR7, Plan de Acción Tutorial P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora		
4 Orientación profesional de los estudiantes			
14 Presencia de mecanismos que regulen y garanticen el proceso de toma de decisiones relacionadas con la orientación profesional de los estudiantes	P2PR7, Plan de Acción Tutorial P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones	SA	
15 Presencia de sistemas de recogida y análisis de información que permitan conocer y valorar las necesidades de los sistemas de orientación profesional de los estudiantes	P2PR7, Plan de Acción Tutorial P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa	SA	
16 Especificación del modo en que los grupos de interés están implicados en el diseño y el desarrollo de los sistemas de orientación profesional de los estudiantes.	P2PR7, Plan de Acción Tutorial P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones	SA	
17 Existencia de mecanismos que hagan posible el seguimiento, revisión y mejora de los sistemas de orientación profesional de los estudiantes.	P2PR7, Plan de Acción Tutorial P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
5 Sistema de alegaciones, reclamaciones y sugerencias			
18 Presencia de mecanismos que regulen y garanticen el proceso de toma de decisiones relacionadas con las alegaciones, reclamaciones y sugerencias.	P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones	SA	
19 Presencia de sistemas de recogida y análisis de información que permitan conocer y valorar las necesidades y el desarrollo de los sistemas de alegaciones, reclamaciones y sugerencias.	P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones	SA	
20 Especificación del modo en que los grupos de interés están implicados en el diseño y el desarrollo de los sistemas de alegaciones, reclamaciones y sugerencias.	P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones	SA	
21 Existencia de mecanismos que hagan posible el seguimiento revisión y mejora del sistema de alegaciones, reclamaciones y sugerencias.	P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
6 Otros elementos que afectan la orientación de las enseñanzas a los estudiantes			
22 Presencia de mecanismos que regulen e informen sobre normativas que afectan a los estudiantes (Ej: reglamentos, uso de instalaciones, calendarios, horarios, etc.)	P2PR1, Planificación Docente P2PR3, Gestión del Practicum	SA	

*SA: Satisfactorio, SF: Suficiente, IN:Insuficiente

1.2. Orientación de las Enseñanzas a los estudiantes

ELEMENTOS	PROCEDIMIENTOS	VAL	COMENTARIO
6 Otros elementos que afectan la orientación de las enseñanzas a los estudiantes			
	P2PR6, Movilidad P2PR7, Plan de Acción Tutorial P2PR8, Trabajo Fin de Estudios P5PR2 , Gestión de Actas y Emisión de Certificados y Títulos P5PR3, Convalidaciones y Transferencia de Créditos P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa		

1.3. Garantía y mejora de la calidad del personal académico y de apoyo a la docencia

ELEMENTOS	PROCEDIMIENTOS	VAL	COMENTARIO
1 Definición de la política de personal académico y de apoyo a la docencia			
01 Existencia de un órgano con capacidad para definir y aprobar la política del personal académico y de apoyo a la docencia, el acceso, la formación, la evaluación, la promoción y reconocimiento	P3PR1, Política, Selección y Acogida del Personal P3PR2, Formación P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
02 Especificación del modo en que los grupos de interés participan en la definición y desarrollo de la política del personal académico y de apoyo a la docencia	P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
03 Presencia de procedimientos de recogida y análisis de información que permitan conocer las necesidades de personal académico y de apoyo a la docencia	P3PR1, Política, Selección y Acogida del Personal P3PR2, Formación P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
04 Existencia de mecanismos que hagan posible el seguimiento, revisión e implantación de mejoras en la política de personal	P3PR1, Política, Selección y Acogida del Personal P3PR2, Formación P3PR3, Evaluación y Reconocimiento P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
05 Presencia de mecanismos que permitan la rendición de cuentas sobre los resultados de la política de personal	P3PR1, Política, Selección y Acogida del Personal P3PR2, Formación P3PR3, Evaluación y Reconocimiento P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	

*SA: Satisfactorio, SF: Suficiente, IN:Insuficiente

1.3. Garantía y mejora de la calidad del personal académico y de apoyo a la docencia

ELEMENTOS	PROCEDIMIENTOS	VAL	COMENTARIO
2 Acceso del personal académico y de apoyo a la docencia			
06 Presencia de mecanismos que regulen y garanticen la toma de decisiones sobre el acceso del personal académico y de apoyo a la docencia.	P3PR1, Política, Selección y Acogida del Personal	SA	
07 Presencia de sistemas de recogida y análisis de información que permitan conocer las competencias y resultados del personal académico y de apoyo a la docencia con vistas al acceso.	P3PR1, Política, Selección y Acogida del Personal P3PR2, Formación P3PR3, Evaluación y Reconocimiento	SA	
08 Existencia de mecanismos que hagan posible el seguimiento, revisión y mejora en el acceso del personal académico y de apoyo a la docencia.	P3PR1, Política, Selección y Acogida del Personal P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
3 Formación del personal académico y de apoyo a la docencia.			
09 Presencia de mecanismos que regulen y garanticen la toma de decisiones sobre la formación del personal académico y de apoyo a la docencia.	P1PR2, Plan de Gestión Anual P3PR2, Formación	SA	
10 Presencia de sistemas de recogida y análisis de información que permitan conocer las competencias y resultados del personal académico y de apoyo a la docencia con vistas a su formación.	P3PR2, Formación P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
11 Existencia de mecanismos que hagan posible el seguimiento revisión y mejora del plan de formación del personal académico y de apoyo a la docencia.	P3PR2, Formación P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
4 Evaluación, promoción y reconocimiento del personal académico y de apoyo a la docencia.			
12 Presencia de mecanismos que regulen y garanticen la toma de decisiones sobre los modelos de evaluación, promoción y reconocimiento del personal académico y de apoyo a la docencia	P3PR3, Evaluación y Reconocimiento	SA	
13 Presencia de sistemas de recogida y análisis de información que permitan conocer las competencias y resultados del personal académico y de apoyo a la docencia con vistas a su evaluación, promoción y reconocimiento.	P2PR2, Coordinación Curricular P3PR3, Evaluación y Reconocimiento P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
14 Existencia de mecanismos que hagan posible el seguimiento, revisión y mejora de los modelos de evaluación, promoción y reconocimiento del personal académico y de apoyo a la docencia.	P3PR3, Evaluación y Reconocimiento P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	

1.4.a. Gestión y mejora de los recursos materiales y servicios

ELEMENTOS	PROCEDIMIENTOS	VAL	COMENTARIO
01 Existencia del órgano con capacidad para gestionar los recursos materiales y los servicios	P4PR1, Mantenimiento y Gestión de Infraestructuras P4PR2 , Gestión Económica y Patrimonial	SA	

*SA: Satisfactorio, SF: Suficiente, IN:Insuficiente

1.4.a. Gestión y mejora de los recursos materiales y servicios

ELEMENTOS	PROCEDIMIENTOS	VAL	COMENTARIO
	P4PR3, Gestión de Compras y Proveedores P4PR4, Gestión Medioambiental P4PR5, Gestión de Prevención de Riesgos		
02 Existencia de mecanismos que regulen y garanticen la toma de decisiones sobre los recursos materiales y los servicios	P4PR1, Mantenimiento y Gestión de Infraestructuras P4PR2 , Gestión Económica y Patrimonial P4PR3, Gestión de Compras y Proveedores P4PR4, Gestión Medioambiental P4PR5, Gestión de Prevención de Riesgos	SA	
03 Especificación de mecanismos de participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y los servicios	P2PR2, Coordinación Curricular P4PR1, Mantenimiento y Gestión de Infraestructuras P4PR2 , Gestión Económica y Patrimonial P4PR3, Gestión de Compras y Proveedores P4PR4, Gestión Medioambiental P4PR5, Gestión de Prevención de Riesgos	SA	
04 Presencia de sistemas de recogida y análisis de información que permitan conocer las necesidades sobre el diseño, dotación, mantenimiento y gestión de los recursos materiales y los servicios, así como sobre la adecuación de los mismos	P2PR2, Coordinación Curricular P4PR1, Mantenimiento y Gestión de Infraestructuras P4PR2 , Gestión Económica y Patrimonial P4PR3, Gestión de Compras y Proveedores P4PR4, Gestión Medioambiental P4PR5, Gestión de Prevención de Riesgos P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
05 Existencia de mecanismos que hagan posible el seguimiento, revisión y mejora de los recursos materiales y servicios	P2PR2, Coordinación Curricular P4PR1, Mantenimiento y Gestión de Infraestructuras P4PR2 , Gestión Económica y Patrimonial P4PR3, Gestión de Compras y Proveedores P4PR4, Gestión Medioambiental P4PR5, Gestión de Prevención de Riesgos P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
06 Presencia de mecanismos que permitan la rendición de cuentas sobre los recursos materiales y servicios y su nivel de uso por	P4PR1, Mantenimiento y Gestión de Infraestructuras	SA	

*SA: Satisfactorio, SF: Suficiente, IN:Insuficiente

1.4.a. Gestión y mejora de los recursos materiales y servicios

ELEMENTOS	PROCEDIMIENTOS	VAL	COMENTARIO
parte del estudiante	P4PR2 , Gestión Económica y Patrimonial P4PR3, Gestión de Compras y Proveedores P4PR4, Gestión Medioambiental P4PR5, Gestión de Prevención de Riesgos P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora		

1.4.b. Calidad del personal de administración y servicios

ELEMENTOS	PROCEDIMIENTOS	VAL	COMENTARIO
07 Existencia del órgano con capacidad para definir y aprobar la política del personal de administración y servicios	P3PR1, Política, Selección y Acogida del Personal	SA	
08 Especificación de los mecanismos de participación de los grupos de interés en la definición, revisión y mejora de la política del personal de administración y servicios	P3PR1, Política, Selección y Acogida del Personal	SA	
09 Presencia de procedimientos para la recogida y análisis de información que permitan conocer las necesidades del personal de administración y servicios	P3PR2, Formación P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
10 Existencia de mecanismos que hagan posible el seguimiento, revisión y mejora en la política y las actuaciones relacionadas con el personal de administración y servicios	P3PR1, Política, Selección y Acogida del Personal P3PR2, Formación P3PR3, Evaluación y Reconocimiento	SA	
11 Presencia de mecanismos que permitan la rendición de cuentas al personal de administración y servicios sobre los resultados de la política de personal	P3PR1, Política, Selección y Acogida del Personal P3PR2, Formación P3PR3, Evaluación y Reconocimiento P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	

1.5. Análisis y utilización de los resultados

ELEMENTOS	PROCEDIMIENTOS	VAL	COMENTARIO
01 Presencia de mecanismos que permitan obtener información sobre las necesidades de los distintos grupos de interés en relación con la calidad de las enseñanzas	P1PR1 , Planificación Estratégica P1PR3, Política de Alianzas P2PR1, Planificación Docente	SA	

*SA: Satisfactorio, SF: Suficiente, IN:Insuficiente

1.5. Análisis y utilización de los resultados

ELEMENTOS	PROCEDIMIENTOS	VAL	COMENTARIO
	P2PR2, Coordinación Curricular P2PR3, Gestión del Practicum P2PR5, Gestión de Prácticas Clínicas y ECOEs P2PR6, Movilidad P2PR7, Plan de Acción Tutorial P2PR8, Trabajo Fin de Estudios P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora		
1 Análisis y utilización de los resultados del aprendizaje			
02 Existencia del órgano con capacidad para gestionar el análisis y utilización de los resultados del aprendizaje	P2PR2, Coordinación Curricular P2PR3, Gestión del Practicum P2PR5, Gestión de Prácticas Clínicas y ECOEs P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
03 Presencia de mecanismos que regulen y garanticen el proceso de toma de decisiones sobre los resultados del aprendizaje	P2PR2, Coordinación Curricular P2PR3, Gestión del Practicum P2PR5, Gestión de Prácticas Clínicas y ECOEs P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
04 Especificación del modo en que los grupos de interés están implicados en los procesos de medición, análisis y mejora de los resultados del aprendizaje	P2PR2, Coordinación Curricular P2PR3, Gestión del Practicum P2PR5, Gestión de Prácticas Clínicas y ECOEs P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
05 Presencia de sistemas de recogida y análisis de información que faciliten datos relativos a los resultados de aprendizaje	P2PR2, Coordinación Curricular P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
06 Existencia de mecanismos que hagan posible el seguimiento, revisión y mejora continua de los resultados del aprendizaje y de la fiabilidad de los datos utilizados; así como estrategias para mejorar dichos resultados	P1PR2, Plan de Gestión Anual P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
07 Presencia de procedimientos que permitan la rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje	P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	

*SA: Satisfactorio, SF: Suficiente, IN:Insuficiente

1.5. Análisis y utilización de los resultados

ELEMENTOS	PROCEDIMIENTOS	VAL	COMENTARIO
2 Análisis y utilización de los resultados de la inserción laboral			
08 Existencia del órgano con capacidad para gestionar el análisis y utilización de los resultados de la inserción laboral	P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
09 Presencia de mecanismos que regulen y garanticen el proceso de toma de decisiones sobre los resultados de la inserción laboral	P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
10 Especificación del modo en que los grupos de interés están implicados en los procesos de medición, análisis y mejora de los resultados de la inserción laboral	P1PR1 , Planificación Estratégica P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
11 Presencia de sistemas de recogida y análisis de información que faciliten datos relativos a los resultados de la inserción laboral	P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
12 Existencia de mecanismos que hagan posible el seguimiento, revisión y mejora de los resultados de la inserción laboral y de la fiabilidad de los datos utilizados, así como las estrategias para mejorar dichos resultados	P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
13 Presencia de procedimientos que permitan la rendición de cuentas sobre los resultados de la inserción laboral	P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
3 Análisis y utilización de los resultados de la satisfacción de los grupos de interés			
14 Existencia del órgano con capacidad para gestionar el análisis y utilización de los resultados de la satisfacción de los grupos de interés	P2PR2, Coordinación Curricular P2PR3, Gestión del Practicum P2PR4, Gestión de Prácticas Voluntarias P2PR6, Movilidad P2PR7, Plan de Acción Tutorial P3PR1, Política, Selección y Acogida del Personal P3PR2, Formación P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
15 Presencia de mecanismos que regulen y garanticen el proceso de toma de decisiones sobre la satisfacción de los grupos de interés	P2PR2, Coordinación Curricular P2PR3, Gestión del Practicum P2PR4, Gestión de Prácticas Voluntarias P2PR6, Movilidad P2PR7, Plan de Acción Tutorial P3PR1, Política, Selección y Acogida del Personal P3PR2, Formación P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa	SA	

*SA: Satisfactorio, SF: Suficiente, IN:Insuficiente

1.5. Análisis y utilización de los resultados

ELEMENTOS	PROCEDIMIENTOS	VAL	COMENTARIO
3 Análisis y utilización de los resultados de la satisfacción de los grupos de interés			
	P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora		
16 Especificación del modo en que los grupos de interés están implicados en los procesos de medición, análisis y mejora de los resultados de la satisfacción de los grupos de interés	P2PR2, Coordinación Curricular P2PR3, Gestión del Practicum P2PR4, Gestión de Prácticas Voluntarias P2PR6, Movilidad P2PR7, Plan de Acción Tutorial P3PR1, Política, Selección y Acogida del Personal P3PR2, Formación P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
17 Presencia de sistemas de recogida y análisis de información que faciliten datos relativos a la satisfacción de los grupos de interés	P2PR2, Coordinación Curricular P2PR3, Gestión del Practicum P2PR6, Movilidad P2PR7, Plan de Acción Tutorial P3PR1, Política, Selección y Acogida del Personal P3PR2, Formación P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
18 Existencia de mecanismos que permitan el seguimiento, revisión y mejora de los resultados de la satisfacción de los grupos de interés y de la fiabilidad de los datos utilizados, así como estrategias para mejorar dichos resultados	P1PR1 , Planificación Estratégica P1PR2, Plan de Gestión Anual P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
19 Presencia de procedimientos que hagan posible la rendición de cuentas sobre los resultados de la satisfacción de los grupos de interés	P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	

*SA: Satisfactorio, SF: Suficiente, IN:Insuficiente

1.6. Publicación de información sobre las titulaciones

ELEMENTOS	PROCEDIMIENTOS	VAL	COMENTARIO
01 Existencia del órgano con capacidad para gestionar la publicación de información actualizada de las titulaciones	P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa	SA	
02 Presencia de mecanismos que regulen y garanticen los procesos de toma de decisiones sobre la publicación de información actualizada de las titulaciones	P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa	SA	
03 Presencia de mecanismos que faciliten la recogida y análisis de información sobre el desarrollo de las titulaciones y programas	P2PR2, Coordinación Curricular P2PR3, Gestión del Practicum P2PR5, Gestión de Prácticas Clínicas y ECOEs P2PR6, Movilidad P2PR7, Plan de Acción Tutorial P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
04 Presencia de procedimientos que hagan posible informar a los grupos de interés sobre: - la oferta formativa, objetivos y planificación de las titulaciones - las políticas de acceso y de orientación de los estudiantes - la metodología de enseñanza, aprendizaje y evaluación - la política de movilidad y los programas de prácticas externas	P2PR7, Plan de Acción Tutorial P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa	SA	
05 Presencia de procedimientos que informen a los grupos de interés sobre las alegaciones, reclamaciones y sugerencias	P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P6PR2, Sugerencias, Quejas y Reclamaciones	SA	
06 Presencia de procedimientos que informen a los grupos de interés sobre el acceso, evaluación, promoción y reconocimiento del personal académico y de apoyo a la docencia	P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
07 Presencia de procedimientos que informen a los grupos de interés sobre la utilización de los recursos materiales y servicios	P2PR7, Plan de Acción Tutorial P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
08 Presencia de procedimientos que informen a los grupos de interés sobre los resultados del aprendizaje	P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
09 Presencia de procedimientos que informen a los grupos de interés sobre los resultados de la inserción laboral	P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
10 Presencia de procedimientos que informen sobre los resultados de la satisfacción de los grupos de interés	P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	
11 Presencia de mecanismos que hagan posible el seguimiento, revisión y mejora de la información pública que se facilita a los grupos de interés	P6PR1, Gestión de la Comunicación y Proyección Externa P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	SA	

*SA: Satisfactorio, SF: Suficiente, IN:Insuficiente

1.6. Publicación de información sobre las titulaciones			
ELEMENTOS	PROCEDIMIENTOS	VAL	COMENTARIO

*SA: Satisfactorio, SF: Suficiente, IN:Insuficiente

9. PLAN DE ACCIONES DE MEJORA

P1PR1 , Planificación Estratégica	
Acción	Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)
Cambio de Indicadores del procedimiento Acción de mejora generada como consecuencia de la revisión del procedimiento **Responsable:** Decano/a **Origen:** Derivadas del plan de acciones de mejora del curso anterior **Fecha prevista ejecución:** 16/02/2019	Se han incluido tres nuevos indicadores de las encuestas obtenidas en las sesiones de análisis interno y externo del plan estratégico: dos son sobre la satisfacción de los participantes en los análisis interno y externo y la tercera es sobre la satisfacción del PAS y PDI sobre la misión, visión y valores

P1PR3, Política de Alianzas	
Acción	Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)
Cambio de Indicadores del procedimiento Acción de mejora generada como consecuencia de la revisión del procedimiento **Responsable:** Decano/a **Origen:** Derivadas del plan de acciones de mejora del curso anterior **Fecha prevista ejecución:** 16/02/2019	Se ha incluido un nuevo indicador para evaluar el número de convenios nuevos que se firma cada curso.
Aprobación del proyecto de nuevo edificio de la Facultad de Medicina y Enfermería de la UPV/EHU en Basurtu-Bilbao Debe abordarse la necesidad de renovación del edificio de la facultad en la proximidad de un hospital universitario **Responsable:** Decano/a **Origen:** Otros **Fecha prevista ejecución:** 22/12/2018	En diciembre de 2017 desde la Facultad de Medicina y Enfermería elaboramos y presentamos un informe justificativo sobre la necesidad de construir un nuevo edificio de la Facultad en la cercanía del Hospital de Basurto, con inclusión de los requeriminetos docentes, investigadores y estratégicos. A lo largo de los primeros meses de 2018 el Rectorado elaboró la memoria del proyecto de nueva facultad, que fue presentado y debatido con el Gobierno Vasco. En diciembre de 2018 se ha anunciado un acuerdo entre el Gobierno Vasco y la Universidad para la construcción de la nueva facultad de Medicina y Enfermería junto al hospital universitario de Basurto, con el compromiso público de estar disponible para el curso 2024-2025. A lo largo de 2019 se está elaborando la memoria de necesidades. El Plan Estratégico 2018-21 contempla acciones dirigidas al seguimiento y despliegue de esta acción de construcción de la nueva facultad: "Analizar el proyecto de nuevo edificio de la Facultad de Medicina y Enfermería", "Replantear la necesidad de obras en la Facultad para accesibilidad, residuos, baños, pintura, docencia (aulas y espacios docentes), tejado, etc.".

P1PR3, Política de Alianzas

Acción	Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)
Creación de la nueva Unidad Docente de Medicina de Galdakao-Usansolo e incorporación de la OSI Barrualde-Galdakao/Hospital de Galdakao-Usansolo como Hospital Asociado a la UPV/EHU Modificar el concierto de UPV/EHU con Osakidetza y el Reglamento de la Facultad de Medicina y Enfermería para que los estudiantes del centro puedan realizar los estudios clínicos en dicha unidad **Responsable:** Decano/a **Origen:** Otros **Fecha prevista ejecución:** 29/01/2019	Se aprobó modificación del concierto UPV/EHU-Osakidetza para incorporar la OSI Barrualde-Galdakao/Hospital de Galdakao-Usansolo como Hospital Asociado de medicina en los Consejos de Gobierno del 13 de julio de 2018 y 7 de noviembre de 2018. Se aprobó la modificación del Reglamento del centro para la creacion de la Unidad Docente de Galdakao-Usansolo en Junta Facultad de 29 enero de 2019.

P2PR3, Gestión del Practicum

Acción	Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)
Cambio de Flujograma del procedimiento Acción de mejora generada como consecuencia de la revisión del procedimiento **Responsable:** Vicedecano/a de Prácticas Externas y Enfermería **Origen:** Derivadas del plan de acciones de mejora del curso anterior **Fecha prevista ejecución:** 14/02/2019	Se modifica el flujograma.
Cambio de Normativa y documentación Acción de mejora generada como consecuencia de la revisión del procedimiento **Responsable:** Vicedecano/a de Prácticas Externas y Enfermería **Origen:** Derivadas del plan de acciones de mejora del curso anterior **Fecha prevista ejecución:** 15/02/2019	Se incorporan las normas que han entrado en vigor durante el curso 2017/2018.
Cambio de Procedimientos asociados Acción de mejora generada como consecuencia de la revisión del procedimiento **Responsable:** Vicedecano/a de Prácticas Externas y Enfermería **Origen:** Derivadas del plan de acciones de mejora del curso anterior **Fecha prevista ejecución:** 14/02/2019	Se incluye el procedimiento P2PR6 de Movilidad.
Cambio de Recursos Acción de mejora generada como consecuencia de la revisión del procedimiento **Responsable:** Vicedecano/a de Prácticas Externas y Enfermería **Origen:** Derivadas del plan de acciones de mejora del curso anterior **Fecha prevista ejecución:** 14/02/2019	Añadir como recurso material los convenios.

P2PR6, Movilidad

Acción	Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)
Cambio de Normativa y documentación Acción de mejora generada como consecuencia de la revisión del procedimiento **Responsable:** Vicedecano/a de Alumnado y Movilidad **Origen:** Derivadas del plan de acciones de mejora del curso anterior **Fecha prevista ejecución:** 13/02/2019	Se prevé entre la normativa la Resolución de 21 de marzo de 2016, de la Dirección General de la Política universitaria, por la que se actualiza la relación de escalas de calificación de los estudios o títulos universitarios extranjeros y las equivalencias al sistema de calificaciones de las universidades españolas.

P2PR6, Movilidad

Acción	Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)
Encuestas de satisfacción Disponer de encuestas de satisfacción relativas a la movilidad de los y las estudiantes outgoing e incoming. **Responsable:** Vicedecano/a de Alumnado y Movilidad **Origen:** Derivadas del plan de acciones de mejora del curso anterior **Fecha prevista ejecución:** 28/06/2019	Elaboración de la batería de preguntas. Además, las acciones de mejora para recabar la satisfacción tanto del estudiantado outgoing como incoming de cada titulación se desplegarán con la implementación y despliegue del Plan Estratégico recientemente aprobado.

P4PR1, Mantenimiento y Gestión de Infraestructuras

Acción	Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)
Cambio de Flujograma del procedimiento Acción de mejora generada como consecuencia de la revisión del procedimiento **Responsable:** Administrador/a **Origen:** Derivadas del plan de acciones de mejora del curso anterior **Fecha prevista ejecución:** 15/02/2019	Actualizar el flujograma debido a la eliminación de registros.
Cambio de Registros Acción de mejora generada como consecuencia de la revisión del procedimiento **Responsable:** Administrador/a **Origen:** Derivadas del plan de acciones de mejora del curso anterior **Fecha prevista ejecución:** 15/02/2019	Eliminar los registros de facturas e inventario de material fungible.

P4PR3, Gestión de Compras y Proveedores

Acción	Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)
Cambio de Flujograma del procedimiento Acción de mejora generada como consecuencia de la revisión del procedimiento **Responsable:** Administrador/a **Origen:** Derivadas del plan de acciones de mejora del curso anterior **Fecha prevista ejecución:** 15/02/2019	Actualizar el flujograma debido a la eliminación del registro de facturas.
Cambio de Registros Acción de mejora generada como consecuencia de la revisión del procedimiento **Responsable:** Administrador/a **Origen:** Derivadas del plan de acciones de mejora del curso anterior **Fecha prevista ejecución:** 15/02/2019	Eliminar el registro relativo a las facturas.

P4PR4, Gestión Medioambiental

Acción	Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)
Aparcabicis Disponer de aparcabicicletas para que las personas usuarias puedan aparcar las mismas. **Responsable:** Vicedecano/a de Planificación Docente y RRHH **Origen:** Otros **Fecha prevista ejecución:** 15/04/2019	Instalar aparcabicis en la zona de esparcimiento de la Facultad.

P4PR4, Gestión Medioambiental

Acción	Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)
Contenedores de reciclaje Eliminación de contenedor único y sustitución por contenedores de reciclaje **Responsable:** Vicedecano/a de Planificación Docente y RRHH **Origen:** Otros **Fecha prevista ejecución:** 26/07/2019	Eliminación de contenedor único y sustitución por contenedores de reciclaje
Facilitar duchas a los y las usuarias de las bicicletas. Se ha facilitado el uso de las duchas de la Facultad a aquellas personas que apuestan por una movilidad ecológica para venir a la facultad. **Responsable:** Vicedecano/a de Planificación Docente y RRHH **Origen:** Otros **Fecha prevista ejecución:** 05/11/2018	Facilitar el acceso a las duchas a las personas que vienen en bicicleta a la Facultad.
Secadores de manos Sustituir bobinas de papel por secadores de mano eléctricos **Responsable:** Vicedecano/a de Planificación Docente y RRHH **Origen:** Otros **Fecha prevista ejecución:** 26/07/2019	Sustituir bobinas de papel por secadores de mano eléctricos

P4PR5, Gestión de Prevención de Riesgos

Acción	Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)
Abrir puerta exterior en el edificio de la sección de Donostia Abrir una puerta que comunique el exterior con la sala de calderas, ya que se encuentra en un sitio de difícil y su acceso en caso de emergencia resulta peligroso **Responsable:** Vicedecano/a de Planificación Docente y RRHH **Origen:** Otros **Fecha prevista ejecución:** 30/05/2019	Solicitud a los servicios competentes para abrir puerta que comunique con el exterior la sala de calderas
Arreglar escalón del edificio en el edificio de la sección de Donostia Se arregló el escalón que da acceso por la parte trasera al edificio, ya que le faltaba un trozo. **Responsable:** Vicedecano/a de Planificación Docente y RRHH **Origen:** Otros **Fecha prevista ejecución:** 30/11/2018	Arreglo del escalón que da acceso por la parte trasera al edificio
Comités de Autoprotección Designar nuevas personas para el Comité de Autoprotección **Responsable:** Vicedecano/a de Planificación Docente y RRHH **Origen:** Otros **Fecha prevista ejecución:** 01/04/2019	Designar las personas de los Comités de Autoprotección.

P4PR5, Gestión de Prevención de Riesgos

Acción	Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)
Cámara de vigilancia en el edificio de la sección de Donostia Se puso una cámara de vigilancia en la sala de calderas, para controlar desde el exterior cuando se activasen las alarmas **Responsable:** Vicedecano/a de Planificación Docente y RRHH **Origen:** Otros **Fecha prevista ejecución:** 22/02/2019	Colocación de cámara de vigilancia en la sala de calderas
Limpieza verdín en el edificio de la sección de Donostia Se eliminó el verdín que estaba acumulado delante de la puerta que da acceso al espacio social del alumnado. **Responsable:** Vicedecano/a de Planificación Docente y RRHH **Origen:** Otros **Fecha prevista ejecución:** 28/09/2018	Eliminación del verdín que estaba en el acceso al espacio social del alumnado
Manejo de gases a presión Procedimientos para minimizar el riesgo en el manejo de gases a presión **Responsable:** Vicedecano/a de Planificación Docente y RRHH **Origen:** Otros **Fecha prevista ejecución:** 31/12/2018	Instaurar procedimientos para minimizar el riesgo en el manejo de gases a presión
Seguridad manejo nitrógeno líquido Procedimientos para minimizar el riesgo en el manejo del nitrógeno líquido **Responsable:** Vicedecano/a de Planificación Docente y RRHH **Origen:** Otros **Fecha prevista ejecución:** 31/12/2018	Instaurar procedimientos para minimizar el riesgo en el manejo del nitrógeno líquido.
Sustitución de puerta de sala de calderas en el edificio de la sección de Donostia Se sustituyó la puerta de acceso a la sala de calderas por una puerta de seguridad **Responsable:** Vicedecano/a de Planificación Docente y RRHH **Origen:** Otros **Fecha prevista ejecución:** 29/11/2018	Colocación de puerta de seguridad
Tapiar hueco en el edificio de la sección de Donostia A raíz de un incendio en una sala del Hospital Universitario Donostia contigua a nuestro edificio se tapia el hueco que comunicaba con nuestro falso techo. **Responsable:** Vicedecano/a de Planificación Docente y RRHH **Origen:** Otros **Fecha prevista ejecución:** 15/11/2018	Tapiar el hueco que comunicaba nuestro falso techo con una sala del Hospital Universitario Donostia.

P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora

Acción	Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)
Cambio de Flujograma del procedimiento Acción de mejora generada como consecuencia de la revisión del procedimiento **Responsable:** Vicedecano/a de Calidad e Igualdad **Origen:** Derivadas del plan de acciones de mejora del curso anterior	Se introduce un cambio en el Flujograma del procedimiento P7PR1 para incluir un nuevo registro: el Cuestionario sobre experiencia universitaria en la UPV/EHU (EHUnBizi).

P7PR1, Evaluación, Revisión y Mejora	
Acción	Medidas adoptadas (análisis, resultados y evidencias/indicadores)
Fecha prevista ejecución: 22/02/2019	
Cambio de Registros Acción de mejora generada como consecuencia de la revisión del procedimiento **Responsable:** Vicedecano/a de Calidad e Igualdad **Origen:** Derivadas del plan de acciones de mejora del curso anterior **Fecha prevista ejecución:** 22/02/2019	Se incluye comor registro el Cuestionario sobre experiencia universitaria en la UPV/EHU (EHUnBizi) correspondiente a la titulación de Medicina y al curso 16-17.

Observaciones

10. INFORMACIÓN ADICIONAL A PARTIR DE REGISTROS

- Acta de la Comisión de Calidad de la revisón del Plan de Gestión Anual
- Acta de la Junta de Facultad de la aprobación del Plan de Gestión Anual
- Actas Comisión de Calidad de aprobación de informes (Seguimiento y Gestión Anual)
- Actas Junta de Campus y Consejo de Gobierno con ratificación de convenios
- Actas Junta de Facultad de aprobación de informes (Seguimiento y Gestión Anual)
- Actas de Equipo de Comunicación
- Actas de Junta de la Comisión de Ordenación Académica (Sede y Sección)
- Actas de calificaciones
- Actas de la Comisión de Calidad
- Actas de la Junta de Facultad
- Actas de la Junta de Facultad sobre los convenios
- Actas de las reuniones de las comisiones de prácticas
- Actas de los Tribunales de Homologación de Títulos
- Acuerdos académico definitivos del alumnado
- Calendario de rotación
- Calendario escolar
- Carpetas compartidas e intranet
- Carteleras (Distribución alumnado por centros, unidades y ciclos)
- Carteleras (Distribución del alumnado por curso, ciclos y unidades)
- Convenios
- Convenios firmados
- Cuadros de reconocimiento automático
- Documentación del alumnado visitante: Seguro de accidente y repatriación
- Documentos de seguimiento y evaluación del Rotatorio por estudiante
- Documentos del alumno: Confidencialidad, seguimiento, evaluación del Practicum de cada estudiante y partes de accidente (si procede)
- Encuestas cumplimentadas
- Encuestas cumplimentadas de acogida
- Evidencias de las pruebas de homologación y calificación de las mismas
- Evidencias del acto de reconocimiento
- Expedientes de alumnado de movilidad
- Expedientes del alumnado
- Exámenes realizados y examen piloto
- Facturas
- Facturas de mantenimiento y reparación
- Guía del Estudiante
- Guía del estudiante para la prueba del ECOE
- Guía preparación de estaciones con/sin paciente estandarizado
- Guías docentes de asignatura
- Hoja de confidencialidad por alumno y ciclo
- Horarios de curso

- Informe EHUn BIZI
- Informe Económico Anual
- Informe Final de Acreditación
- Informe Final de Movilidad
- Informe Final del Practicum
- Informe de ECOE
- Informe de Seguimiento de Título
- Informe de renovación y recomendaciones de la Agencia
- Informe de satisfacción con los servicios del alumnado
- Informe diseño y certificación AUDIT
- Informes de tutor, instructor/a y alumnado
- Informes del SED sobre la satisfacción del alumnado sobre la docencia (Datos generales. Los individuales son personales)
- Informes directores y directoras
- Inventario
- Inventario del material
- Listado de asignaturas
- Listado de instructores
- Listado de personas con reconocimiento
- Listado de plazas adjudicadas
- Listado de profesor tutor
- Listado de proveedores
- Listado de sugerencias, quejas y reclamaciones
- Listados tribunales
- Listas de control
- Manuales TFG
- Memoria de Necesidades
- Memorias e informes de verificación de las titulaciones
- PGEA
- Partes de accidente
- Plan Anual de Gestión
- Plan Estratégico definitivo
- Plan de Formación
- Plan de Mantenimiento Preventivo
- Proyectos formativos firmados por la Facultad, entidad y alumnado
- Página web
- Registro de calificaciones de la ECOE
- Respuestas y resoluciones de las sugerencias, quejas y reclamaciones
- Sistema Garantia Interno de Calidad-Documentos de análisis y contraste DAFO
- Solicitudes de productos y servicios
- Solicitudes de reparación
- Síntesis de la oferta docente (GAUR)

- TFGs ADDI
- Tabla de especificaciones, representación resumen de la prueba
- UNIKUDE: Revisión de procedimientos y procesos