



PROGRAMA ACPUA DE RENOVACIÓN DE LA ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL

Documento Marco

Aprobado por la Comisión de Evaluación, Certificación y Acreditación (CECA)

31 de enero de 2025

Contenido

1.	INTRODUCCIÓN	3
1.1.	Marco Legal	3
1.2.	Alcance y finalidad de este documento.....	3
2.	OBJETIVOS DEL PROGRAMA.....	3
2.1.	Consecuencias	4
2.2.	Elementos clave.....	4
3.	PROTOCOLO DE EVALUACIÓN.....	5
3.1.	Standards and Guidelines for Quality Assurance in European Higher Education Area ...	5
3.2.	Protocolo de evaluación.....	6
	DIMENSIÓN 0: SITUACIÓN ACTUAL DEL SIGC	6
	DIMENSIÓN 1: PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.....	8
	DIMENSIÓN 2: DISEÑO Y EVOLUCIÓN DE LA OFERTA FORMATIVA	9
	DIMENSIÓN 3: IMPARTICIÓN DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS	11
	DIMENSIÓN 4: GESTIÓN Y DESARROLLO DEL PERSONAL	13
	DIMENSIÓN 5: GESTIÓN DE LOS RECURSOS Y SERVICIOS.....	14
	DIMENSIÓN 6: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	15
	DIMENSIÓN 7: TRANSPARENCIA E INFORMACIÓN PÚBLICA	15
	DIMENSIÓN 8: I+D+I Y TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO.....	16
4.	VALORACIÓN DE LOS CRITERIOS	17
5.	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN	17
5.1.	Solicitud de evaluación.....	17
5.2.	Documentación a aportar por el centro.....	17
5.3.	Dossier de evaluación.....	18
5.4.	Designación y formación del panel evaluador	18
5.5.	Visita al centro.	19
5.6.	Propuesta de informe.....	19
5.7.	Informe final de evaluación.....	20
6.	SEGUIMIENTO	20
	HISTORIAL DE REVISIONES DEL DOCUMENTO	21

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco Legal

- Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, del Sistema Universitario.
- Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad.
- Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado¹.
- Real Decreto 640/2021, de 27 de julio, de creación, reconocimiento y autorización de universidades y centros universitarios, y acreditación institucional de centros universitarios.
- Resolución de 3 de marzo de 2022, de la Secretaría General de Universidades, por la que se dictan instrucciones sobre el procedimiento para la acreditación institucional de centros de universidades públicas y privadas, y se publica el Protocolo para la certificación de sistemas internos de garantía de calidad de los centros universitarios y el Protocolo para el procedimiento de evaluación de la renovación de la acreditación institucional de centros universitarios, aprobados por la Conferencia General de Política Universitaria.

1.2. Alcance y finalidad de este documento

La finalidad de este documento marco es la de ofrecer a las instituciones que tienen a ACPUA como agencia evaluadora y certificadora, así como a los diferentes grupos de interés (estudiantes, profesores, evaluadores y expertos, Administración, profesionales, empleadores, etc.), un texto conjunto de referencia en el que se describen, tanto el procedimiento que la Agencia sigue cuando ejerce la competencia de renovación de la acreditación institucional de los centros de enseñanza universitaria superior como, el protocolo de evaluación aplicado.

Este documento será publicado en la página web de ACPUA.

2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

La acreditación institucional de los centros² (acreditación institucional inicial), tal y como dispone el *Real Decreto 640/2021, de 27 de julio, de creación, reconocimiento y autorización de universidades y centros universitarios, y acreditación institucional de centros universitarios* se obtiene una vez el centro cuenta con un Sistema Interno de Garantía de Calidad (en adelante SIGC) cuya implantación ha sido certificada por una agencia de calidad y la mitad

¹ Real Decreto 576/2023, de 4 de julio, por el que se modifican el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado; el Real Decreto 1002/2010, de 5 de agosto, sobre expedición de títulos universitarios oficiales; y el Real Decreto 641/2021, de 27 de julio, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a universidades públicas españolas para la modernización y digitalización del sistema universitario español en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

² Escuelas, Facultades, Centros adscritos y Escuelas de Doctorado.

de los títulos de cada nivel (grado, máster y doctorado) que conforman la oferta docente del centro han pasado con éxito la evaluación para la renovación de la acreditación.

Cumpliendo estas dos condiciones, el centro demuestra que tiene la capacidad de asegurar la calidad y mejora de su oferta docente basándose en la información proporcionada por su SIGC.

La renovación de la acreditación institucional se realiza 6 años después de la acreditación institucional inicial y tiene por objetivo valorar la capacidad que tiene el centro para, a partir de su planificación estratégica, asegurar la gestión y mejora continua de su oferta formativa. Como elemento clave de la gestión del centro, el SIGC debe mantenerse actualizado de forma que proporcione la información necesaria para reflexionar, actuar ante las dificultades y mejorar la oferta formativa, en resumen, para apoyar la toma de decisiones del equipo directivo del centro. Por tanto, la renovación de la acreditación institucional del centro avalará la calidad de la oferta formativa del centro constituyéndose como el proceso de evaluación externa sobre los centros de educación superior de mayor relevancia en nuestro sistema.

Tras la primera aplicación del programa en el año 2024 y el correspondiente proceso de metaevaluación, se incorporan algunos cambios en el presente documento.

2.1. Consecuencias

La renovación de la acreditación institucional supondrá para el centro universitario, de manera simultánea, la renovación de la certificación de la implantación de su SIGC y la renovación de la acreditación de los títulos universitarios oficiales que imparta.

En el caso de que el Consejo de Universidades dicte una resolución desestimatoria, el centro universitario implicado deberá solicitar la renovación de la acreditación correspondiente de cada uno de los títulos oficiales que oferta, en el período establecido en relación con el inicio de la actividad de estos o de la última renovación de la acreditación, así como, la certificación de su SIGC.

2.2. Elementos clave

La evaluación para la renovación de la acreditación institucional de un centro deberá prestar atención al correcto funcionamiento del SIGC y a la mejora de la oferta formativa del mismo. En concreto, el equipo de gobierno del centro deberá ser capaz de demostrar que:

- Plantea el desarrollo y crecimiento del centro mediante una planificación estratégica (alineada con la de la Universidad) que tiene en cuenta las necesidades y expectativas de los grupos de interés, la situación actual y futura del entorno y las tendencias del mercado laboral.
- Sigue apostando, mediante su liderazgo y la dotación de recursos, por la gestión y mantenimiento de un SIGC robusto que garantice la mejora continua del funcionamiento del centro y de las enseñanzas impartidas, en particular, del proceso de enseñanza-aprendizaje centrado en el estudiantado.

- Toma decisiones sobre la oferta académica del centro y sobre los planes de estudios y programas impartidos, sobre el personal académico y de apoyo y sobre los espacios, recursos y servicios, apoyándose en la información aportada por el SIGC.

3. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

3.1. Standards and Guidelines for Quality Assurance in European Higher Education Area

Las dimensiones y los correspondientes criterios establecidos por este protocolo para la evaluación de centros universitarios conducente a la renovación de su acreditación institucional se ha definido a partir de lo establecido en la *Resolución de 3 de marzo de 2022, de la Secretaría General de Universidades, por la que se dictan instrucciones sobre el procedimiento para la acreditación institucional de centros de universidades públicas y privadas, y se publica el Protocolo para la certificación de sistemas internos de garantía de calidad de los centros universitarios, y el Protocolo para el procedimiento de evaluación de la renovación de la acreditación institucional de centros universitarios, aprobados por la Conferencia General de Política Universitaria y en el correspondiente documento “DIRECTRICES y ORIENTACIONES para la acreditación institucional de centros que imparten programas de doctorado”, aprobado por la REACU en su reunión del 11 de diciembre de 2023.*

La evaluación para la renovación de la acreditación institucional debe asegurar el cumplimiento de los criterios y directrices europeos para el aseguramiento de la calidad (ESG, Parte 1). El cumplimiento de estos criterios y directrices, es hoy, en el Espacio Europeo de Educación Superior, el medio más adecuado y eficiente para generar la necesaria confianza en las instituciones.

A continuación, se muestra la correspondencia entre las dimensiones y criterios del protocolo ACPUA para la renovación de la acreditación institucional y las dimensiones de los Standards and Guidelines for Quality Assurance in European Higher Education Area (2015):

DIMENSIÓN	CRITERIO	DIMENSIÓN ESG
Dimensión 0: SITUACIÓN ACTUAL DEL SIGC	Criterio 0.1: Gestión del SIGC	1.1 Política de aseguramiento de calidad
	Criterio 0.2: Revisión y mejora del SIGC	1.1 Política de aseguramiento de calidad
Dimensión 1: PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	Criterio 1.1: Planificación estratégica	1.1 Política de aseguramiento de calidad
Dimensión 2: DISEÑO Y EVOLUCIÓN DE LA OFERTA FORMATIVA	Criterio 2.1: Evolución de la oferta formativa	1.2 Diseño y aprobación de programas
	Criterio 2.2: Diseño, revisión actualización de los programas formativos	1.2 Diseño y aprobación de programas 1.9. Seguimiento continuo y evaluación periódica de los programas

DIMENSIÓN	CRITERIO	DIMENSIÓN ESG
Dimensión 3: DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS	Criterio 3.1: Procesos de información previa, admisión y matriculación	1.4 Admisión, evolución, reconocimiento y certificación de las y los estudiantes 1.8 Información pública
	Criterio 3.2: Orientación del estudiantado	1.3 Enseñanza, aprendizaje y evaluación centrados en la/el estudiante
	Criterio 3.3: Aplicación de estrategias de enseñanza, aprendizaje y evaluación	1.3 Enseñanza, aprendizaje y evaluación centrados en la/el estudiante
Dimensión 4: GESTIÓN Y DESARROLLO DEL PERSONAL	Criterio 4.1: Gestión del personal académico	1.5 Personal docente
	Criterio 4.2: Gestión del personal de apoyo a la docencia	1.6 Recursos para el aprendizaje y apoyo a las y los estudiantes
Dimensión 5: GESTIÓN DE LOS RECURSOS Y SERVICIOS	Criterio 5.1: Gestión de recursos y servicios	1.6 Recursos para el aprendizaje y apoyo a las y los estudiantes
Dimensión 6: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Criterio 6.1: Recopilación de la información generada	1.7 Gestión de la información
Dimensión 7: TRANSPARENCIA E INFORMACIÓN PÚBLICA	Criterio 7.1: Transparencia, difusión de actividades y programas y resultados	1.8 Información pública
Dimensión 8: I+D+I Y TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO	Criterio 8.1: I+D+I y transferencia del conocimiento	Todas

3.2. Protocolo de evaluación

DIMENSIÓN 0: SITUACIÓN ACTUAL DEL SIGC

La “Dimensión 0: Situación actual del SIGC” pretende comprobar el correcto funcionamiento del SIGC. Los centros universitarios que se enfrentan a la renovación de la acreditación institucional contaban, en el momento de la primera acreditación institucional, con un SIGC implantado y la mitad de sus títulos de cada nivel (grado, máster y/o doctorado) habían pasado la renovación de la acreditación, lo que aseguraba por un lado la existencia de un SIGC que apoyaba la toma de decisiones y por otro, la capacidad del centro de asegurar la correcta implantación de sus titulaciones.

Desde la primera acreditación institucional hasta la renovación de dicha acreditación, el SIGC ha debido constituirse en la principal herramienta con la que cuenta el centro para apoyar la gestión de su actividad. Para ello, el centro ha tenido que mantener el SIGC “vivo”, dotándolo de los recursos necesarios, realizando las necesarias revisiones sobre el mismo y aplicando las mejoras necesarias para asegurar su correcto funcionamiento.

En esta dimensión, el centro deberá demostrar que la certificación de la implantación de su SIGC continúa vigente, es decir, que la gestión del centro se apoya en el SIGC que ha seguido

siendo utilizado y mejorado en el periodo desde su certificación anterior. La evaluación favorable de esta dimensión, se traduce automáticamente en la ampliación de la vigencia del certificado de implantación del SIGC según el programa PACE por seis años más.

Ahora bien, en el momento de renovar la acreditación institucional del centro pueden darse diferentes escenarios en relación al SIGC:

1. El SIGC del centro cuenta con un **certificado de implantación vigente** en cuyo caso no será necesario realizar la evaluación de la “Dimensión 0: Situación actual del SIGC” cuyo cumplimiento se considerará alcanzado.
2. El SIGC del centro cuenta con un **certificado de implantación renovado/obtenido no vigente**. En este caso, el centro deberá demostrar que su SIGC continúa funcionando adecuadamente y, por tanto, se realizará la evaluación de la “Dimensión 0: Situación actual del SIGC”.

Criterio 0.1: Gestión del SIGC

Estándar:

El centro ha contado, en el periodo a evaluación, con los recursos necesarios para una gestión óptima de su SIGC, manteniendo la organización y estructura definidas por la documentación y con un organigrama de responsabilidades que han permitido una gestión adecuada, la participación activa y la comunicación fluida con los grupos de interés.

Directrices:

- Directriz 0.1.1: El equipo de gobierno del centro y/o la universidad **ha dotado de recursos** al centro para la gestión y mantenimiento del SIGC.
- Directriz 0.1.2: Se han mantenido **todos los elementos del SIGC** definidos por la documentación del sistema (manual de calidad, política y objetivos de calidad, mapa de procesos, procedimientos, cuadro de indicadores, proceso de revisión, órganos, etc.).
- Directriz 0.1.3: **El sistema de gestión de la documentación** del SIGC ha permitido el control eficiente y sistemático de los documentos, datos y registros que se generan.
- Directriz 0.1.4: El centro ha fomentado la **participación activa de los grupos** de interés en la gestión del SIGC y en la toma de decisiones mediante su participación en órganos como, por ejemplo, la Comisión de Calidad o equivalente.
- Directriz 0.1.5: El **proceso de gestión de reclamaciones, incidencias y sugerencias** ha evolucionado con el tiempo, ha demostrado su eficacia y ha aportado información útil para la definición de acciones de mejora del centro.

Criterio 0.2: Revisión y mejora del SIGC

Estándar:

El centro ha ejecutado periódicamente los procesos para el seguimiento, revisión y mejora de todos los procesos y elementos de su SIGC con la participación de los grupos de interés, demostrando la eficacia y adecuación del sistema y el cumplimiento de los requisitos

externos de certificación. A partir del proceso de revisión, el SIGC ha evolucionado para cumplir las necesidades del centro.

Directrices:

- Directriz 0.2.1: El centro ha **revisado periódicamente su política de calidad**, fomentando la participación de los grupos de interés en el debate sobre su adecuación y relevancia y, en su caso, en la aprobación de nuevas versiones.
- Directriz 0.2.2: El centro ha llevado a cabo una **revisión formal, periódica y planificada** de su SIGC para valorar su funcionamiento y eficacia y comprobar el grado de cumplimiento de los requisitos externos de certificación, existiendo evidencias de la identificación de mejoras sobre su funcionamiento.
- Directriz 0.2.3: El centro ha llevado a cabo **auditorías internas periódicas** para comprobar el nivel de cumplimiento del SIGC en todas sus áreas operativas e identificar posibles acciones de mejora.
- Directriz 0.2.4: El centro ha realizado un **análisis formal de las recomendaciones** de los informes internos y externos del Sistema y un seguimiento posterior, en su caso, de su implantación.

DIMENSIÓN 1: PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Los centros acreditados institucionalmente deben contar con una política de calidad definida dentro de su SIGC, alineada con los objetivos estratégicos de la universidad, definida teniendo en cuenta a los diferentes grupos de interés.³

Esta política de calidad ha tenido que ser tenida en cuenta en la definición del plan estratégico, plan director, de actuación o similar (en adelante lo llamaremos planificación estratégica). En la definición de la planificación estratégica, el centro deberá tener en cuenta aspectos del entorno tales como normativas, tendencias y expectativas de los grupos de interés.

La planificación estratégica ha debido marcar la dirección de las actuaciones del centro en el periodo sometido a evaluación. El cumplimiento de esta planificación estratégica ha tenido que ser analizado a partir de la consideración de los indicadores ligados a los objetivos estratégicos e idealmente recogidos en un cuadro de mando (o cuadro de indicadores estratégicos).

En esta dimensión el centro deberá presentar la planificación estratégica que ha guiado la vida del centro en el periodo entre dos evaluaciones, el grado de cumplimiento de los objetivos estratégicos marcados y la evolución prevista de la planificación estratégica para el próximo periodo.

Criterio 1.1: Planificación estratégica

Estándar:

³ Dimensión 1: Política y objetivos de Calidad del programa PACE

El centro ha dispuesto de un plan estratégico/plan director propio o de un plan de actuación alineado con el plan estratégico de la universidad, en base al que se han programado las acciones para la gestión del centro durante el periodo evaluado. El plan estratégico se ha definido a partir del estudio de las necesidades y expectativas actuales y futuras del entorno y con la participación de los grupos de interés. Periódicamente, se ha realizado el seguimiento de los objetivos estratégicos.

Directrices:

- Directriz 1.1.1: El plan estratégico (o similar) del centro está **alineado con los ejes principales de su política de calidad** y con el plan estratégico de la universidad y ha sido definido con la **participación** de los grupos de interés.
- Directriz 1.1.2: El plan estratégico tiene en cuenta las líneas marcadas por **referentes externos** como puede ser la Agenda 2030.
- Directriz 1.1.3: El plan estratégico se ha desplegado en planes anuales para los que se han definido **objetivos específicos** que se revisan periódicamente. Los objetivos tienen asociados **indicadores y metas** de forma que se pueda analizar el grado de cumplimiento de los mismos.

DIMENSIÓN 2: DISEÑO Y EVOLUCIÓN DE LA OFERTA FORMATIVA

El centro debe demostrar preocupación por mantener su oferta formativa actualizada, teniendo en cuenta el entorno, las expectativas de los diferentes grupos de interés y los resultados de la oferta formativa actual (indicadores de satisfacción de los diferentes grupos de interés, cambios normativos, indicadores de rendimiento...). Fruto del análisis de toda la información recogida por el SIGC, durante el periodo a evaluar, el centro ha podido establecer acciones para la evolución de la oferta formativa, acciones que estarán alineadas con la planificación estratégica del centro.

El SIGC se constituye, por tanto, como una fuente importante de información y datos para apoyar el proceso de reflexión sobre la evolución de la oferta formativa.

Criterio 2.1: Evolución de la oferta formativa

Estándar:

El centro ha revisado periódicamente, en línea con su planificación estratégica y junto con los grupos de interés (sobre todo los empleadores) su oferta formativa, tanto las titulaciones oficiales como las titulaciones de formación permanente, utilizando los datos e información que tiene a su alcance para planificar ajustes en la oferta según las necesidades y el entorno.

Directrices:

- Directriz 2.1.1: La **evolución de la oferta formativa** está vinculada con el plan estratégico del centro.
- Directriz 2.1.2: La **revisión de la oferta formativa y la prospectiva** de nuevas titulaciones se ha llevado a cabo con la participación de los grupos de interés.
- Directriz 2.1.3: En su caso, la **identificación de titulaciones a extinguir** se ha realizado a partir del análisis de los datos recogidos relativos a oferta de plazas/matrícula, satisfacción del estudiantado y resultados de aprendizaje y el

procedimiento para la extinción se ha ejecutado adecuadamente, asegurando los derechos del estudiantado.

Criterio 2.2: Diseño, revisión y actualización de los programas formativos

Estándar:

Los procedimientos para el diseño, aprobación, revisión periódica y, en su caso, modificación de los programas formativos del centro se han ejecutado eficazmente, garantizando la participación de los grupos de interés, y en especial, del estudiantado, permitiendo el mantenimiento de una oferta formativa actualizada.

Directrices:

- Directriz 2.2.1: En el **proceso de diseño y aprobación** de nuevas titulaciones se ha tenido en cuenta la participación de los grupos de interés, las necesidades y expectativas del entorno y las futuras tendencias del mercado laboral.⁴
- Directriz 2.2.2: El **proceso de seguimiento** de las titulaciones impartidas en el centro se ha ejecutado según lo establecido por el SIGC, con la participación de los grupos de interés. Las mejoras implantadas en los programas formativos se han analizado para asegurar su eficacia.
- Directriz 2.2.3: En su caso, el centro ha analizado los **informes externos** recibidos y ha actuado adecuadamente sobre las titulaciones correspondientes, implantando las mejoras necesarias y haciendo un seguimiento de la eficacia de las mismas una vez implantadas.

DIMENSIÓN 3: IMPARTICIÓN DE LOS PROGRAMAS FORMATIVOS

En esta dimensión el centro debe presentar evidencias del correcto funcionamiento de los procesos ligados a la impartición de los programas formativos en el periodo a evaluar.

La gestión y mejora de los procesos administrativos y de apoyo al estudiante deben estar basados en la información obtenida por el SIGC.

La aplicación y evolución de las estrategias de enseñanza, aprendizaje y evaluación, debe revisarse a partir de la satisfacción del estudiantado y de los resultados académicos obtenidos en las titulaciones. El análisis de esta información por parte de los responsables debe dar lugar a la puesta en marcha de acciones que puedan ser relevantes para mejorar la experiencia de aprendizaje del estudiantado.

Criterio 3.1: Procesos de información previa, admisión y matriculación

Estándar:

Los procedimientos de información previa, admisión y matriculación se han aplicado conforme a las diferentes normativas y han evolucionado hacia la mejora, demostrando su

⁴ Si el centro oferta dobles titulaciones, se deberá cumplir con lo dispuesto en el RD 822/2021, artículo 24: “Los órganos de gobierno de la universidad o universidades implicadas, previo informe preceptivo y favorable de sus propios sistemas internos de calidad –o del centro o centros implicados–, aprobarán un documento que explicita el proyecto formativo de estos programas de doble titulación, el plan de estudios resultante del itinerario específico, los conocimientos y las competencias esenciales a alcanzar, las prácticas y el modelo de reconocimiento de asignaturas entre los títulos implicados.”

eficacia en la atención a las necesidades y expectativas del estudiantado y en la optimización de los recursos del centro.

Directrices:

- Directriz 3.1.1: La **orientación previa** es eficaz y la información difundida es fiel a la realidad del centro. Por ejemplo, para valorar la eficacia del proceso de orientación, se analizan las causas de abandono de las titulaciones aplicando mejoras en caso necesario.
- Directriz 3.1.2: Los **procesos de admisión** a las titulaciones impartidas por el centro se ejecutan de acuerdo a la normativa y a lo establecido en las memorias de verificación.
- Directrices 3.1.3: En aquellas titulaciones en las que existen **complementos formativos** se analiza la eficacia de los mismos a partir de los resultados obtenidos por el estudiantado.
- Directrices 3.1.4: Los procesos de **reconocimientos de créditos** se realizan de acuerdo a lo establecido en la normativa y en las memorias de verificación, analizándose la adecuación de los mismos.

Criterio 3.2: Orientación del estudiantado

Estándar:

Los procedimientos de orientación académica, personal y profesional del estudiantado han evolucionado según el perfil de ingreso y las exigencias del mercado laboral.

Directrices:

- Directriz 3.2.1: La **orientación académica y personal** del estudiantado se revisa y evoluciona de acuerdo con las necesidades individuales y con las características del perfil actual de ingreso.
- Directriz 3.2.2: La **orientación profesional** al estudiantado se revisa y se ajusta de acuerdo con las necesidades individuales y colectivas y con las tendencias del mercado laboral en cuanto a perfiles profesionales.

Criterio 3.3: Aplicación de estrategias de enseñanza, aprendizaje y evaluación

Estándar:

Las metodologías de enseñanza, aprendizaje y evaluación han evolucionado, a partir de los datos recogidos por el SIGC en el proceso de seguimiento de las titulaciones, para facilitar el alcance de los resultados de aprendizaje previstos en cada titulación impartida por el centro.

Directrices:

- Directriz 3.3.1: Las **metodologías de enseñanza, aprendizaje y evaluación** se revisan periódicamente para asegurar su continuada adecuación a los resultados de aprendizaje previstos y a las necesidades del estudiantado y se implantan las mejoras consideradas necesarias. En la revisión se tienen en cuenta la satisfacción del estudiantado, y los indicadores de resultados de las titulaciones.

- Directriz 3.3.2: Los **proyectos de innovación docente** tienen como resultado la implantación de mejoras en las metodologías de enseñanza, aprendizaje y evaluación.
- Directriz 3.3.3: El centro hace un **seguimiento de las prácticas externas** del estudiantado para asegurar la adecuación al perfil del estudiantado y la contribución a los resultados de aprendizaje previstos por las titulaciones. En el seguimiento se tienen en cuenta los datos de satisfacción del estudiantado y de las empresas y/o instituciones.
- Directriz 3.3.4: El centro hace el **seguimiento de los programas de movilidad** internacional de las titulaciones. En el seguimiento se tienen en cuenta los datos de satisfacción del estudiantado para mejorar y en su caso ampliar la oferta de destinos.

DIMENSIÓN 4: GESTIÓN Y DESARROLLO DEL PERSONAL

En esta dimensión, el centro presentará evidencias relativas a la correcta gestión del personal tanto académico como de apoyo a la docencia. El centro deberá haber asegurado durante el periodo, que su personal ha sido en todo momento, suficiente y adecuado para hacer frente a la docencia y a los servicios ofertados en tiempo y forma.

El centro debe asegurar la formación de su personal académico tanto para la actualización del mismo en relación, en su caso, con las novedades que se incorporen a la oferta formativa del centro (formación dual, formación a distancia, evaluación de competencias transversales, Agenda 2030, atención a la diversidad...) como para la mejora de sus competencias si así se requiere como resultado de los procesos de evaluación.

Del mismo modo, en relación al personal de apoyo, el centro debe velar por que sea el suficiente y esté adecuadamente formado para atender los servicios y apoyar a la docencia.

Criterio 4.1: Gestión del personal académico

NOTA: Este criterio se considerará cumplido (y por tanto no será evaluado) si la Universidad cuenta con un sistema de evaluación docente cuya implantación esté certificada dentro del programa DOCENTIA.

Estándar:

El centro ha contado con el personal académico adecuado y suficiente para atender a la oferta docente durante el periodo entre acreditaciones. En su caso, el centro ha establecido acciones formativas alineadas con las novedades a incorporar en la docencia (formación dual, formación a distancia, evaluación de competencias transversales, Agenda 2030, atención a la diversidad...).

Directrices:

- Directriz 4.1.1: Los **procesos de toma de decisiones** del centro referentes a la gestión y mejora del personal académico se basan en el análisis de evidencias, datos e indicadores relevantes.
- Directriz 4.1.2: Los **procesos de evaluación y mejora de la actividad docente** han tenido como resultado una mayor satisfacción del estudiantado como grupo de interés principal.

- Directriz 4.1.3: La **formación del profesorado** está alineada con las características de la oferta formativa (en caso necesario, el centro atiende a las necesidades de formación en docencia no presencial, docencia dual, Agenda 2030, competencias transversales etc). Se mide activamente la eficacia de la formación recibida por el personal académico y el impacto que esta tiene en la calidad de las enseñanzas y en la consecución de los resultados de aprendizaje.
- Directriz 4.1.4: El centro fomenta la **participación del profesorado en proyectos de innovación docente**.

Criterio 4.2: Gestión del personal de apoyo a la docencia

Estándar:

El centro ha contado con el personal de apoyo a la docencia adecuado y suficiente para atender a las necesidades de las titulaciones y de los diferentes servicios del centro durante el periodo entre acreditaciones.

Directrices:

- Directriz 4.2.1: Los **procesos de toma de decisiones** del centro referentes a la gestión y mejora del personal de apoyo a la docencia se basan en el análisis de evidencias, datos e indicadores relevantes.
- Directriz 4.2.2: Los **procesos de evaluación y mejora** del personal de apoyo a la docencia han tenido como resultado una mayor satisfacción del colectivo y una reducción de las incidencias en los servicios de apoyo a la docencia.
- Directriz 4.2.3: La **formación del personal de apoyo** está alineada con las necesidades del centro. Se mide activamente la eficacia de la formación recibida por el personal de apoyo y el impacto que esta tiene en la calidad de los servicios de apoyo a la docencia.

DIMENSIÓN 5: GESTIÓN DE LOS RECURSOS Y SERVICIOS

El centro ha gestionado sus recursos y servicios, asegurando su actualización, a partir del análisis de la información proporcionada por el SIGC.

El centro cuenta con recursos y servicios suficientes para atender las necesidades de los diferentes grupos de interés que participan de la vida del centro y para asegurar un soporte adecuado a la oferta formativa del centro. Los recursos y servicios se adaptan a las especificidades de la oferta formativa y a los diferentes perfiles de usuarios de los mismos.

Criterio 5.1: Gestión de los recursos y servicios

Estándar:

Los recursos y servicios del centro se han gestionado eficazmente y han evolucionado hacia la mejora de acuerdo con las necesidades de las titulaciones y de los grupos de interés.

Directrices:

- Directriz 5.1.1: Los procesos de **toma de decisiones** del centro referentes a la gestión y mejora de los recursos y servicios se basan en el análisis de evidencias, datos e indicadores relevantes.

- Directriz 5.1.2: Los **recursos y servicios han evolucionado** de acuerdo con las modificaciones en la oferta académica del centro, con las nuevas necesidades de las titulaciones y con las necesidades de los grupos de interés.
- Directriz 5.1.3: Los procesos para comunicar y resolver las **incidencias** en los recursos y servicios son ágiles y eficaces.
- Directriz 5.1.4: La gestión de recursos y servicios tiene en cuenta la **sostenibilidad y la gestión ambiental** más allá del cumplimiento de la normativa vigente.

DIMENSIÓN 6: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

El centro dispone de información actualizada y útil para la gestión y mejora de todos sus procesos. La información se recoge en el momento preciso para alimentar el análisis de la eficiencia de los diferentes procesos.

Criterio 6.1: Recopilación de la información generada

Estándar:

Las herramientas y procesos que tiene el centro a su disposición para la recopilación de evidencias, datos e indicadores se han mostrado eficaces y han evolucionado para optimizar los procesos de evaluación y mejora.

Directrices:

- Directriz 6.1.1: Los **procedimientos y herramientas de recopilación de información** (tanto interna como externa) son eficaces y proporcionan información fiable. Se han implantado mejoras en los procesos de recopilación de información para mejorar la eficacia de estos y perfeccionar las herramientas asociadas.
- Directriz 6.1.2: Las personas responsables de gestionar las diferentes áreas del centro disponen de la **información y datos** que necesitan para la toma de decisiones.
- Directriz 6.1.3: El **cuadro de indicadores** es una herramienta útil y fiable para la toma de decisiones en las diferentes áreas operativas del centro.

DIMENSIÓN 7: TRANSPARENCIA E INFORMACIÓN PÚBLICA

El centro pone a disposición de los diferentes grupos de interés información suficiente y actualizada para cubrir las expectativas de los mismos.

Criterio 7.1: Gestión de la información pública

Estándar:

El centro gestiona eficazmente la información pública sobre su oferta formativa, sus actividades y sus resultados, teniendo en cuenta las necesidades de sus diferentes grupos de interés y de la sociedad en general. La información ha sido revisada periódicamente para garantizar su relevancia y actualización.

Directrices:

- Directriz 7.1.1: La página web del centro proporciona **información actualizada y accesible** sobre:
 - La planificación estratégica del centro.
 - 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.
 - Los programas de movilidad y de prácticas externas.
 - Los resultados de aprendizaje.
 - Los resultados de la inserción laboral.
 - Los resultados de la satisfacción de los grupos de interés.
 - Las alegaciones, reclamaciones y sugerencias.
 - El acceso, evaluación, promoción y reconocimiento del personal académico y de apoyo a la docencia.
 - Los recursos materiales y servicios.
 - Los resultados de las evaluaciones externas (certificaciones, seguimiento, renovación de la acreditación...).
- Directriz 7.1.2: El centro **revisa periódicamente**, con la participación de los grupos de interés, la adecuación y organización de la información en su página web.
- Directriz 7.1.3: Además de su página web, el centro cuenta con **otros mecanismos** para la rendición de cuentas y la difusión de sus actividades hacia sus grupos de interés externos y la sociedad en general.

DIMENSIÓN 8: I+D+I Y TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO.

Esta dimensión afecta únicamente a las Escuelas de Doctorado y centros universitarios que oferten programas de doctorado.

Las Escuelas de Doctorado cuentan con las actividades de I+D+i como elemento diferencial en su gestión. Estas actividades deben estar alineadas con la planificación estratégica de la Escuela de Doctorado que, a su vez, deberá alinearse con la planificación estratégica de la Universidad.

Criterio 8.1: I+D+i y transferencia del conocimiento.

Estándar:

El centro ha dispuesto de una planificación estratégica que ha orientado el desarrollo de actividades de I+D+i y de transferencia de conocimiento, así como de la oferta de programas de doctorado. Se han recogido y analizado los resultados de la actividad investigadora para identificar y proponer mejoras en la gestión de dichas actividades y en la oferta de programas de doctorado del centro. Las mejoras implantadas tienen un impacto positivo en la evolución del centro.

Directrices:

- Directriz 8.1.1: Los **procesos y procedimientos ligados a la I+D+i** y la transferencia de conocimiento han evolucionado para garantizar unos resultados de investigación en consonancia con las líneas de investigación de los programas de doctorado, a su vez vinculadas al plan estratégico de centro.

- Directriz 8.1.2: El **análisis de la información** obtenida gracias al SIGC ha servido para la mejora de los procesos y procedimientos relacionados con la I+D+i y la transferencia de conocimiento y sus resultados.
- Directriz 8.1.3: La **gestión de los programas de investigación y de Doctorado** han evolucionado a partir de las mejoras implantadas tras el análisis de evidencias e indicadores y las opiniones de los grupos de interés.

4. VALORACIÓN DE LOS CRITERIOS

Se valorará el cumplimiento de los criterios con la siguiente escala de niveles:

- **Cumplimiento alcanzado,**
 - **A. Se supera excelentemente,** cuando no habiéndose detectado deficiencias se identifican buenas prácticas relevantes en relación al criterio.
 - **B. Se alcanza,** cuando se constata un desarrollo del criterio ajustado al estándar, sin que se detecten deficiencias en su desarrollo.
 - **C. Se alcanza parcialmente,** cuando se detectan aspectos de mejora en el desarrollo del estándar, pero no se detectan deficiencias graves. Las deficiencias detectadas conllevarán el requerimiento de implantar acciones de mejora.
- **Cumplimiento NO alcanzado,**
 - **D. No se alcanza,** cuando se detectan deficiencias graves en el desarrollo del criterio y, por tanto, no se puede valorar como alcanzado.

5. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

5.1. Solicitud de evaluación

La universidad solicitará la renovación de la acreditación de sus centros ante el Consejo de Universidades. El centro solicitará la renovación de la acreditación institucional nueve meses antes de la finalización del periodo de seis años, contados a partir de la fecha de obtención de la última resolución de acreditación.

5.2. Documentación a aportar por el centro

La solicitud ha de venir acompañada de la siguiente documentación:

- Autoinforme de evaluación de la renovación de la acreditación institucional.
- Acceso a la documentación específica del SIGC: Manual de Calidad, mapa de procesos, conjunto de procedimientos, política y objetivos de calidad, cuadro de indicadores, informe de revisión del sistema etc. (debe de estar accesible en la página web o repositorio documental del centro).
- Informes de seguimiento interno de las titulaciones oficiales del centro (accesibles en la página web o repositorio documental).

- Si el centro oferta dobles se adjuntarán los proyectos formativos de los mismos (que deberán incluir información sobre el plan de estudios resultante del itinerario específico, los conocimientos y las competencias esenciales a alcanzar, las prácticas y el modelo de reconocimiento de asignaturas entre los títulos implicados).

En su caso, el centro incluirá en la solicitud los siguientes informes:

- Informe de certificación de la implantación del SIGC derivado del Programa AUDIT.
- Informe del proceso de certificación de los modelos de evaluación de la actividad docente del profesorado universitario, derivados del Programa DOCENTIA.

5.3. Dossier de evaluación

El dossier de evaluación que la ACPUA proporcionará a los evaluadores contendrá, además de la documentación aportada por el centro, los siguientes informes:

- Informes de evaluación externa realizados por la ACPUA (o ANECA) en el periodo de seis años entre dos acreditaciones:
 - Informes de verificación/modificación.
 - Informes de seguimiento externo de las titulaciones.
 - Informe de certificación de SIGC (programa PACE).
- ACPUA eBox: información sobre la opinión del estudiantado en relación al centro y a sus estudios recogida por la ACPUA con anterioridad a la visita⁵.

5.4. Designación y formación del panel evaluador

La Dirección de la Agencia designará a los miembros del panel de evaluación para la renovación de la acreditación del centro solicitante, a propuesta de la Comisión de Evaluación, Certificación y Acreditación de la ACPUA.

Dicha designación será puesta en conocimiento de la universidad para la posible recusación total o parcial, y debidamente motivada, del panel evaluador. Para cumplimentar este trámite la institución dispondrá de diez días hábiles. Finalizada esta fase de recusación, la Dirección de la Agencia procederá al nombramiento definitivo del panel.

La composición del panel será la siguiente:

- Dos académicos que pertenezcan a la rama de conocimiento a la que predominantemente se adscriben las titulaciones del centro solicitante. Uno de ellos actuará como presidente.
- Un experto en sistemas de garantía de calidad.
- Un profesional.
- Un estudiante.

En la medida de lo posible, se intentará que uno de los perfiles anteriores se corresponda con un experto internacional.

⁵ Resultado obtenido a través del proceso de “Taller de cocreación de herramienta de evaluación” realizado con los estudiantes de los dos primeros centros evaluados en el segundo semestre de 202^º. Ver publicación la ACPUA Aprende nº13.

El panel estará acompañado de un técnico designado por ACPUA, el cual actuará como secretario del mismo con voz, pero sin voto.

Todos los integrantes del panel desarrollarán su actividad fuera de Aragón, excepto el vocal profesional que podrá desarrollar su actividad en la propia comunidad autónoma. En la formación del panel se tendrá en cuenta la paridad de género.

A este panel, le será de aplicación lo dispuesto en el documento de ACPUA «Selección, formación y principios de actuación de los evaluadores».

5.5. Visita al centro.

El panel de evaluación realizará una visita presencial al centro en la que se entrevistará con todos los grupos de interés. El tiempo dedicado a la visita se dimensionará en función de las titulaciones implantadas en el centro, para asegurar que el panel dispone de tiempo para entrevistarse con representantes del profesorado y del estudiantado de todas las titulaciones.

La Agencia definirá la agenda de visita con el centro universitario. En la misma, se dejará un espacio para una “audiencia abierta”. En dicho espacio, el panel de evaluación, escuchará a cualquier persona relacionada con el centro que quiera hacer llegar al centro alguna consideración. Para ello, el centro dará publicidad del proceso de evaluación y de este espacio y las personas interesadas deberán hacer llegar un mail a la Agencia informando de su deseo de participar en la audiencia abierta.

El panel considerará todo lo recogido en la audiencia abierta como una evidencia más dentro del proceso de evaluación.

Además, el panel tendrá en cuenta la información recogida a través de la herramienta la ACPUA eBox.

5.6. Propuesta de informe

La Subcomisión de Evaluación de Centros (SEC) es el órgano responsable de las decisiones de evaluación para la renovación de la acreditación institucional. Su propuesta de informe será FAVORABLE o DESFAVORABLE.

La propuesta de informe FAVORABLE podrá contener aspectos de especial seguimiento, recomendaciones y puntos fuertes.

En el caso de que la propuesta de informe contenga «aspectos de especial seguimiento» la universidad podrá realizar, en la fase de alegaciones, las aclaraciones oportunas sobre las deficiencias detectadas, así como presentar, si así se exige, un plan de mejora. Este plan de mejora debe incluir, como mínimo, la siguiente información:

- Estudio de la/s causa/s del aspecto a mejorar
- Acción/es de mejora a desarrollar
- Indicadores de seguimiento
- Plazo de implantación
- Responsable/s de su implantación

La propuesta de informe será enviada a la Universidad para que pueda presentar alegaciones en el plazo de 15 días hábiles.

5.7. Informe final de evaluación

Una vez estudiadas las alegaciones, la SEC emitirá el informe final de evaluación que será FAVORABLE o DESFAVORABLE a la renovación de la acreditación institucional.

La emisión de un informe favorable, llevará asociada la renovación del certificado de implantación del SIGC según el programa PACE, con la misma fecha de vigencia.

Los informes serán publicados en la web de la Agencia y en la base de datos DEQAR.

Además, la agencia mantendrá en la página web el registro actualizado de centros con acreditación institucional y el registro de centros con SIGC implantados.

De cualquier reclamación o recurso resultante de este proceso de evaluación, la Dirección de la Agencia dará traslado al Comité de Garantías, para su conocimiento y efectos, según el procedimiento general establecido por ACPUA.

ACPUA cerrará la actividad de evaluación recogiendo información acerca de la satisfacción de todas las personas implicadas en el mismo, según lo previsto en nuestros procesos de metaevaluación.

6. SEGUIMIENTO

El seguimiento de la renovación de la acreditación institucional se realizará siguiendo la periodicidad que la SEC determine en el informe final de evaluación.

En el caso de centros cuyo informe final favorable esté condicionado a la presentación de un plan de mejora, el seguimiento será anual, debiendo el centro enviar un informe sobre el grado de avance en la implantación de las acciones recogidas en el Plan de Mejora. Dicho informe será considerado por la SEC y formará parte del dossier de información para la siguiente renovación de la acreditación institucional.

HISTORIAL DE REVISIONES DEL DOCUMENTO

Nº Rev.	Fecha	Modificaciones introducidas
0.0	12/06/2024	Documento en versión “borrador” para su consideración por las universidades.
0.1	19/06/2024	Documento en versión “borrador” revisado por órganos de ACPUA.
1.0	10/07/2024	Documento aprobado por la CECA.
2.0	31/01/2025	Revisión tras metaevaluación de la primera aplicación del programa.