

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Escuela de Estudios de Posgrado

CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN

ADMINISTRACIÓN FINANCIERA DEL SECTOR PÚBLICO

TRABAJO FINAL DE ESPECIALIZACIÓN

**Calidad en la administración pública nacional-
evitando la paradoja de la certificación**

AUTOR: MARCOS JAVIER HIERREZUELO

DOCENTE DEL TALLER: CRISTINA ROLANDI

[DICIEMBRE 2023]



INDICE

Aclaraciones preliminares	3
Capítulo 1 – Introducción	5
1 – Fundamentación.....	5
2 - Planteo del problema.....	7
3 - Objetivos de la investigación.....	8
4 – Hipótesis.....	8
5 – Metodología.....	9
Capítulo 2 – Marco Teórico	11
Capítulo 3 – Diagnóstico	13
Capítulo 4 – Propuesta de intervención	15
4.1 Alcance.....	16
4.2 Liderazgo y política.....	18
4.3 Contexto / Riesgos y oportunidades.....	20
4.4 Objetivos.....	25
4.5 Competencia del personal.....	28
4.6 Operaciones y control de procesos.....	30
4.7 Seguimiento y medición.....	35
4.8 Mejora.....	38
Capítulo 6 – Conclusiones	42



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Escuela de Estudios de Posgrado



Referencias bibliográficas	43
Anexo	44



ACLARACIONES PRELIMINARES

A los efectos interpretativos, se presenta a continuación las abreviaturas a utilizar en el trabajo y sus significados:

Abreviatura	Significado
AP	Administración Pública
BCRA	Banco Central de la República Argentina
CGN	Contaduría General de la Nación
e-SIDIF	Sistema Integrado de Información Financiera
ISO	International Organization for Standardization
SGC	Sistema de Gestión de la Calidad
TGN	Tesorería General de la Nación



CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1 - FUNDAMENTACIÓN

Con el devenir de los tiempos fueron modificándose los paradigmas de la Administración Pública, entre los cuales la tendencia ha migrado hacia organizaciones centradas en los ciudadanos, con mayor responsabilidad sobre la eficiencia y gestionadas como sistemas entre otros.

Asimismo, el concepto de gestión de calidad ha ido atravesando tangencialmente a todas las organizaciones, haciendo que proliferen las certificaciones bajo estos modelos establecidos por medio de estándares o normas, incluyendo certificaciones para la organizaciones públicas¹.

En este sentido, aquellos organismos que puedan gestionarse bajo estas directrices podrán demostrar de mejor manera su búsqueda por la eficacia y la eficiencia, lo que en definitiva terminará impactando en los ciudadanos, legitimando el funcionamiento de los mismos y contribuyendo a garantizar la gobernanza.

No es menor el tema en estos días en donde la situación de contexto e ideologías extremas hace ver al Estado como un mecanismo que repercute de manera negativa en el mercado, empobreciendo al sector privado a través de la imposición de diferentes tributos para mantener a un conjunto de personas que trabajan de manera ineficiente.

Lejos de adentrarnos en este debate, se entiende que si los distintos organismos contaran con un sistema de gestión establecido, les resultaría por un lado más simple demostrar la gestión que se ha hecho, y por otro lado, favorecerá a fortalecer un vínculo

¹ En el anexo se presenta la cantidad de certificados para el código 36 (AP) informados por ISO para el lustro comprendido entre 2018 y 2022 tanto a nivel mundial como a nivel local.



más próximo a los ciudadanos, en tanto y en cuanto se debería monitorear la satisfacción de éstos, y actuar en consecuencia cuando se detecte que no se cumplen con este objetivo².

A nivel nacional, en el Plan de Modernización del Estado se ha establecido el concepto de gestión de calidad como un requisito de cumplimiento legal.

Como consecuencia de lo anterior, varias organizaciones públicas han buscado certificar estos estándares, a fin de demostrar la alineación de sus actividades a estos modelos de gestión y a la normativa actual. No obstante, muchas organizaciones públicas ven a estos modelos como algo disociado de lo público, ya sea por una cuestión terminológica (la palabra “CLIENTE” común en estos modelos, parecen no tener mucha relación con lo que habitualmente se escucha en los organismos públicos, como por ejemplo, ciudadanos, beneficiarios, vecinos, etc.), o bien por el hecho de que sus requisitos parecen estar más asociados a la industria.

Sin embargo, hace mucho tiempo la adopción de estos modelos de gestión han ido proliferando en organismos públicos en el mundo en general, y en Argentina en particular. En este sentido, ya hace algunos años³, dos Órganos Rectores han hecho punta en lo que se refiere a la certificación de normas internacionales de calidad dentro de la Secretaría de Hacienda (La Contaduría General de la Nación y la Tesorería General de la Nación), y constituyen dos buenos ejemplos para entender como relacionar los requisitos establecidos por estos estándares a la operatoria de lo público de forma exitosa.

² Uno de los principios que orientan estos modelos es el “enfoque al cliente”, lo que conceptualmente implica tener presente que las organizaciones son sustentables en tanto y en cuanto satisfagan necesidades (las que además son cambiantes con el tiempo) y expectativas de sus clientes y las de otras partes interesadas pertinentes.

³ El sistema de gestión de la calidad del Archivo General de Documentación Financiera de la Administración Nacional, dependiente de la Contaduría General de la Nación ha logrado su primera certificación en el año 2006, mientras que el sistema de las Direcciones de Procesamiento Contable (Contaduría General de la Nación) y de Movimientos de Fondos (Treasorería General de la Nación) se ha certificado por primera vez en el año 2009. Desde entonces se han mantenido certificados ambos de manera ininterrumpida.



2 - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Varios organismos presentan dificultades para implementar y/ o mantener de manera correcta un sistema de gestión de calidad certificado, muchas veces porque no se cuenta con ejemplos concretos de cómo puede aplicarse la mejora continua en el Estado, y otras tantas, porque el norte es marcado por la obtención y/ o mantenimiento del certificado.

Un mal diseño en la implementación del modelo de gestión de la calidad puede generar que el sistema sea ineficiente. Por ejemplo, existencia de tareas duplicadas o el mantenimiento de información documentada que poco valor le aportan al sistema son características de un sistema de gestión mal delineado.

Asimismo, la búsqueda de la certificación del sistema de gestión sin considerar las potencialidades del modelo, incluyendo entre otras, el concepto de mejora continua del mismo, puede ser tan o más perjudicial que un problema de diseño.

Si bien no se le puede restar valor ni a certificar normas de calidad ni a su mantenimiento y recertificación periódica, la errónea aplicación de dichos sistemas de gestión puede dar lugar a lo que se denominará como “la paradoja de la certificación”, que consiste en el hecho de que la búsqueda de la certificación de un SGC como objetivo guía genere ineficiencias en la práctica, coexistiendo de manera separada las metodologías de trabajos habituales por un lado, y por otro lado las que se han incluido en el alcance del sistema de gestión certificado. Tareas disociadas de la operatoria diaria, procedimientos que no se cumplen, inconsistencia de datos, entre otros, resultan habituales en estos sistemas.

Así las cosas, la implementación y mantenimiento de este tipo de modelos pueden terminar convirtiéndose en un factor de ineficiencia en los organismos, cuestión no menor si encima se considera que su implementación y/o certificación son voluntarias.



3 – OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

La problemática actual objeto de esta investigación se centra en 2 cuestiones bien distintas:

- ✚ Por un lado, no se suelen compartir las experiencias entre los distintos organismos que se encuentran certificados, perdiéndose de esta forma una orientación por demás valiosa de cómo aplicar un estándar que puede parecer escrito solo para la industria.
- ✚ Por otro lado, en que muchas veces se implementa y actualiza un sistema de gestión de la calidad solamente para certificarlo y/o, para mantenerlo certificado, perdiéndose de vista la esencia de estos modelos y convirtiéndose en una herramienta totalmente ineficiente para la organización certificada.

En este contexto, lo que se buscará en el presente trabajo es por un lado presentar 2 casos reales de casos donde se ha certificado en la administración pública un modelo basado en la norma ISO 9001, a fin de que ello sirva de guía para aquellos organismos que se encuentren implementando un sistema de este tipo. Asimismo; se aportará una serie de “Situaciones de alerta” que sirven como ejemplos de características de estos sistemas de gestión en donde podría darse el caso de la “Paradoja de la Certificación” y/o problemas en el diseño del mismo.

4 – HIPÓTESIS

Contar con ejemplos exitosos de implementación y certificación de modelos de gestión de la calidad en la Administración Pública Nacional, facilitará a otros organismos públicos a la hora de implementar sistemas de gestión eficientes.

Contar con ejemplos de características de sistemas ineficientes, ya sea por problemas de diseño, o porque lo único que importa del mismo es su certificación, le



facilitará al lector diagnosticar situaciones de este tipo que se pueden estar dando en sistemas de gestión implementado, y poder abordar las acciones que se consideren apropiadas para transformarlo en un sistema eficiente.

5 - METODOLOGIA

La metodología a utilizar tendrá un enfoque mixto. Por un lado será cualitativo, en tanto y en cuanto parte de los resultados de la presente tesis no se basa en la recopilación ni análisis de datos numéricos, sino en la interpretación de datos no numéricos recolectados por el autor como implementador y auditor de estos sistemas de gestión, y por ende parte de los resultados que se expresan no se representan cuantitativamente. Por otro lado, también tendrá un enfoque cuantitativo a la hora de presentar datos concretos para demostrar la viabilidad de certificación de estos modelos de gestión en los organismos públicos tanto a nivel mundial como local. Asimismo, también será explicativo porque se buscará por medio de ejemplos explicar cómo reconocer cuando un sistema de gestión de la calidad está bien implementado de otro que no lo está, y en donde puede existir probablemente “la paradoja de la certificación”

La recolección de datos se realizará de varias formas, incluyendo entrevistas que el autor tendrá con el personal de ambas unidades de análisis como auditor interno de estos sistemas, del análisis de documentación, de la observación de actividades desarrolladas en la operatoria diaria y de los resultados de las auditorías externas de las unidades de análisis. Asimismo, se utilizarán datos extraídos de auditorías realizadas por el autor sobre otras organizaciones (tanto públicas como privadas) con el mero fin de utilizar ejemplos que sirvan de contraste y faciliten el entendimiento.

Respecto al diseño, la investigación a realizar será no experimental porque se orientará en la observación de situaciones ya existentes. Asimismo, se realizará una investigación longitudinal ya que se tomarán datos a través del tiempo a fin de reflejar los



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Escuela de Estudios de Posgrado



cambios o evoluciones de los sistemas de gestión certificados que se utilizarán como ejemplos.

Las unidades de análisis para el ejemplo de las buenas prácticas de implementación y mantenimiento serán los sistemas de gestión de la calidad certificados de la Contaduría General de la Nación (Archivo) y el que certifican de manera conjunta entre la Contaduría General de la Nación (Dirección de Procesamiento Contable) y la Tesorería General de la Nación (Dirección de Movimiento de Fondos). En este sentido, también queda configurada la población sobre la que se realizará la investigación (todas las personas que trabajan dentro del sistema de gestión certificado de los órganos rectores). En contraste, y como se mencionó anteriormente, los ejemplos de las implementaciones ineficientes serán casos reales de organizaciones auditadas por el autor.



CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

Para fijar un contexto para el presente trabajo, se detallarán a continuación las principales normas relacionadas al tema en análisis:

1. Ley de Administración Financiera y de los Sistemas de Control del Sector Público Nacional N° 24.156.

La misma establece en sus títulos IV y V las competencias del Sistema de Tesorería y las del Sistema de Contabilidad Gubernamental

2. Decisión Administrativa N° 1314/2010

Esta norma reglamentaria de la Ley 24.156 especifica la competencia de la Coordinación del Archivo General de Documentación Financiera de la Administración Nacional de la Contaduría General de la Nación, y la de las Direcciones de Procesamiento Contable (Contaduría General de la Nación) y de Movimiento de Fondos (Tesorería General de la Nación).

3. Disposición N° 30/2005 de la Contaduría General de la Nación.

Por medio de esta normativa interna se ha emitido la política de la calidad del Archivo General de Documentación Financiera de la Administración Nacional a fin de mostrar el compromiso asumido por el organismo en materia de calidad.

4. Disposición Conjunta N° 55 CGN y N° 19 TGN.

Por medio de esta normativa conjunta ambos órganos rectores emiten la política del Sistema de Gestión de la Calidad a Certificar que se aplicará al primer alcance certificado por ambos el cual incluía a las órdenes de pago pagador tesoro.



5. Disposición de Firma Conjunta de la Contaduría General de la Nación y de la Tesorería General de la Nación DISFC-2021-2-APN-TGN#MEC.

Por medio de esta normativa conjunta ambos órganos rectores amplían el alcance original de la certificación, incluyendo el medio de pago NOTA.

6. Decreto 434/2016 Plan de modernización del Estado

Por medio del eje 3.5: Gestión por Resultados y compromisos públicos – Gestión de la Calidad se promueve el desarrollo y difusión de los procesos y sistemas destinados al mejoramiento continuo en la calidad, asegurando la satisfacción de las necesidades y expectativas de la comunidad.

7. Norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la calidad – Requisitos

Establece requisitos genéricos que las organizaciones deben implementar para luego poder certificar su cumplimiento por medio de un organismo de certificación acreditado.



CAPÍTULO 3: DIAGNÓSTICO

Para el desarrollo del diagnóstico de la situación actual en materia de implementación y mantenimiento ineficientes de sistemas de gestión de la calidad certificados bajo normas ISO 9001:2015, se tomará como referencia la experiencia recolectada por el autor. Asimismo, se tomaron las 2 unidades de análisis ya descritas pertenecientes a la Contaduría General de la Nación y a la Tesorería General de la Nación, por ser ambos modelos exitosos y que pueden servir como referencia para hacer contrastar una serie de inconvenientes típicos en las implementaciones y/o mantenimientos de este tipo de sistemas (problemas que si bien en la presente tesis están dirigidos a la AP, suelen encontrarse también en el ámbito privado). El período en consideración abarca los ejercicios 2018 a 2022 inclusive.

A manera de ejemplo, se identifican a continuación los problemas más comunes que suelen encontrarse en estos sistemas son⁴:

- ✚ Problemas con el manejo de la información documentada del SGC, generándose en muchas ocasiones documentación que no aporta valor a los organismos.
- ✚ Falta de seguimiento continuo del SGC, verificándose un incremento en la actividad del sistema cuando se acerca el período de auditorías.
- ✚ Falta de comprensión de lo que se persigue con el SGC en el organismo y del rol que tiene cada integrante en el mismo.
- ✚ Deficiencias en la registración.
- ✚ Descreimiento por parte del personal del SGC sobre el mismo y/o de su aplicación a organismos públicos.
- ✚ Dificultades para establecer objetivos que sean realmente útiles para el organismo.
- ✚ Problemas para tomar acciones para abordar riesgos y oportunidades.
- ✚ Carencia de planificación de actividades y criterios de control de procesos.

⁴ Los inconvenientes mencionados son los que el autor de esta tesis ha encontrado haciendo auditorías y/o colaboraciones con implementaciones de SGC en distintos organismos públicos y/u otras organizaciones. Cabe mencionar al respecto que el autor es auditor líder de la norma ISO 9001:2015 desde el 2006 y se desempeña como auditor interno para las auditorías internas tanto de la CGN como de la TGN y como auditor de 3era parte para un organismo de certificación en el ámbito privado.



- ✚ Escaso o nulo involucramiento del personal a todo nivel con el SGC.

Estas falencias operacionales, metodológicas y/ o conceptuales dificultan el logro de una administración eficaz y eficiente a la hora de la implementación y mantenimiento de un SGC, lo que en definitiva repercute de manera negativa en la operatoria diaria, y resulta ser percibido más como una dificultad que como una herramienta para la gestión y la mejora continua.

En este sentido, se considera importante brindar ejemplos concretos y reales de cómo las unidades de estudio han sorteado este tipo de inconvenientes y han hecho de sus SGC una herramienta que los ha ayudado a la mejora de la gestión diaria.

Cabe acotar por último que las cuestiones abordadas aquí versaran sobre temas específicos y conceptuales de los SGC, pero no se hará un análisis de requisito por requisito de dicha normativa y su aplicación a la AP.⁵

⁵ A aquellos interesados en conocer en mayor detalle cada requisito y su aplicación en la AP, pueden recurrir a la norma IRAM 30900:2010, que si bien hace referencia a la versión 2008 de este estándar, sigue siendo un material de lectura bastante útil para entender la gran mayoría de los requisitos de la versión 2015



CAPÍTULO 4: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

La propuesta para afrontar de forma exitosa la implementación y mantenimiento de un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2015 estará dada por el diseño que se le imprima al modelo y su adecuación a las operaciones cotidianas del organismo. En este sentido, resulta muy importante que la organización pueda diseñar su sistema de forma tal que, con el trabajo de todos los días, se vaya manteniendo el sistema de gestión actualizado y esto resulte transparente para las personas que trabajan en el mismo.

Es verdad que si lo que se busca es la certificación, existen algunos requisitos que la organización deberá cumplir que implican un trabajo adicional, como por ejemplo generar información documentada de la revisión por la dirección, auditoría interna, etc. No obstante, no resulta un número significativo las tareas adicionales a realizar y los beneficios que aporta el modelo bien implementado hace que esta cuestión no sea relevante.

De acuerdo a lo expuesto, los instrumentos que forman parte de esta propuesta se elaborarán de forma tal que sirvan para proporcionar a cualquier organismo público, que así lo desee, una serie de ejemplos para la implementación de un modelo eficaz de gestión de la calidad, con independencia de que el fin último de la organización sea o no la certificación de este sistema. Para ello, se presentarán una serie de ejemplos para algunos requisitos de los diferentes capítulos de la norma (extraídos de las 2 unidades de estudio).

Por último, se proporcionará a manera de ejemplos señales de alerta que pueden ayudar a identificar características de lo que hemos denominado la “Paradoja de la Certificación”, entendiendo que dichas situaciones suelen ser habituales en sistemas ineficientes. No obstante, cabe mencionar que dichos ejemplos no deben ser interpretados por el lector como una evidencia de un sistema ineficiente, sino como una situación necesaria pero no suficiente para la existencia de dicha paradoja.



4.1 Alcance

Una de las cuestiones a definir, y que es requerido en particular por la norma como información documentada, es la “Determinación del alcance del SGC”. Es decir, el requisito solicita que se defina y documente el ámbito de aplicación del sistema.

En estos casos, lo ideal es que el alcance sea lo más abarcativo posible e incluir todas las actividades que se realizan en el organismo. En este sentido, muchas veces se estila limitar el alcance a algún proceso determinado, y con el correr del tiempo ir anexando el resto de los procesos.

A continuación se presentan los alcances de las 2 unidades de estudio:

Alcance Archivo CGN: Procesos de digitalización de documentos, guarda y conservación de la documentación recibida bajo Disposición CGN 43/96. Atención a usuarios del sistema

Como se puede ver, el alcance del archivo se ha definido en sentido amplio, esto es, abarcando los procesos que implican la gestión de archivo.

Alcance CGN-TGN (1era versión): El alcance abarca desde el ingreso de las órdenes de pago pagador tesoro por transferencia bancaria en la Dirección de Procesamiento Contable (CGN) hasta la consistencia de la transmisión del pago por la Dirección de Movimientos de Fondos (TGN).

Alcance CGN-TGN (2da versión): El alcance del sistema de gestión de la calidad implementado por la Contaduría General de la Nación y la Tesorería General de la Nación en el proceso de cancelación de órdenes de pago pagador Tesoro, por transferencia bancaria y por envío de archivos de lotes de notas, se delimita:



- a) Por Transferencia Bancaria: Desde el ingreso de la orden de pago en la Dirección de Procesamiento Contable de la Contaduría General de la Nación, hasta la consistencia del agente financiero BNA de la transmisión de pago, verificada por la Dirección de Movimiento de Fondos de la Tesorería General de la Nación
- b) Por Envío de Archivos de Lotes de Notas: Desde el ingreso de la orden de pago en la Dirección de Procesamiento Contable de la Contaduría General de la Nación, hasta la recepción de la transmisión del archivo de envío al agente financiero BCRA, verificada por la Dirección de Movimiento de Fondos de la Tesorería General de la Nación.

Por el lado de la CGN-TGN se inició en un primer momento en una versión (si bien amplia en cuanto a significancia ya que representaba alrededor del 95% de los pagos que se realizan por medio del Tesoro), para luego realizar una ampliación en el mismo para incluir otros procesos que no se habían incorporado al SGC en un primer momento (abarcando en el presente a casi la totalidad de los pagos realizados por el Tesoro).

En ambos alcances se puede ver que lo que se busca en el SGC es incluir la totalidad de los procesos con los que cuenta la dependencia.

Si bien es una práctica bastante habitual comenzar a implementar el SGC de manera reducida (en general muchas organizaciones comienzan con los procesos sobre los que mejor control se tiene) para luego ir ampliando el alcance, lo ideal es que luego, con el devenir de las auditorías de mantenimiento y / o de recertificación, se vayan incorporando el resto de los procesos, sobre todo, los más significativos de la dependencia.

Situaciones de alerta

- ❶ Fijar en un primer momento un alcance reducido para luego ampliar el sistema, pero que con el tiempo dicho alcance permanece inalterable.
- ❷ No considerar en el alcance los procesos centrales de la organización, limitando el alcance del SGC en procesos que no son los más relevantes.



- ❶ Mantener un alcance reducido a los fines de que algún requisito de la norma no aplique al SGC.

4.2 Liderazgo y Política

Un tema central para que los SGC funcionen correctamente implica el grado de involucramiento que tiene la dirección para con el mismo. Así las cosas, la dirección deberá demostrar su liderazgo y compromiso con la implementación, el mantenimiento, la mejora continua y rindiendo cuenta de la eficacia del sistema.

En este sentido, una forma de demostrar este compromiso que ha asumido la alta dirección de la CGN y de la TGN en ambos sistemas de las unidades de estudio, es la emisión de la política de la calidad por medio de una Disposición. Es decir, si bien la norma ISO 9001 solicita que la política de la calidad se mantenga como información documentada, el hecho de jerarquizarla de esta forma, muestra el grado de compromiso que ambas autoridades poseen con el mismo.

La política de la calidad básicamente refleja una serie de intenciones y dirección de la organización, que servirá, entre otras cuestiones, para ser un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de la calidad.

Es importante resaltar que la política de la calidad debe ser “apropiada al propósito y contexto de la organización y apoye su dirección estratégica”, Así las cosas, en la redacción de la misma, con independencia de otros requisitos que solicita la norma ISO 9001, la política debería ser documentada de forma tal que represente en al menos uno de sus compromisos, una relación directa a la razón de ser de la organización. No obstante, es una realidad que muchas organizaciones suelen poner una introducción nombrando lo que hace la organización, y luego colocan como directrices los compromisos de cumplir con los requisitos aplicables y con la mejora continua del SGC y esto suele ser aceptado en las auditorías.



Política del Archivo CGN

"2014 - Año del Bicentenario de la Declaración de la Independencia Nacional"

ANEXO

Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas
Secretaría de Hacienda

Política de la calidad

Considerando que el espíritu del Archivo General de Documentación Financiera de la Administración Nacional no es sólo cumplir con lo estipulado por la normativa aplicable, sino también jerarquizar su desempeño y mejorar la calidad de su operatoria, haciendo cada vez más eficaz su funcionamiento, se ha propuesto contar como valor fundamental la consecución de estándares de calidad internacionales a fin de atender cada vez mejor las necesidades de los usuarios aumentando de esta forma su satisfacción.

Por lo anteriormente expuesto, y teniendo en cuenta que la calidad en los procesos y servicios es un objetivo central en nuestro accionar, se ha establecido para el AGAN la siguiente política de calidad:

- ✓ Satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios de la documentación y demás sectores involucrados.
- ✓ Contar con una alta calidad en su personal, basada en el compromiso en todas sus actividades.
- ✓ Trabajar para mejorar continuamente la eficacia de nuestro Sistema de Gestión de Calidad.
- ✓ Implementar y mantener un Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo a lo estipulado en la Norma IRAM ISO 9001 en la versión que se decida someter a un proceso de certificación, cumpliendo con los requisitos indicados en la misma.
- ✓ Alcanzar y mantener tiempos de accesibilidad a la documentación que permitan que la misma sea oportuna, precisa y confiable.

Nótese que los compromisos 1 y 5 se asocian específicamente a la organización.

Política CGN-TGN

"2010 - AÑO DEL BICENTENARIO DE LA REVOLUCIÓN DE MAYO"

ANEXO

Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas
Secretaría de Hacienda

POLÍTICA DE LA CALIDAD C.G.N. - T.G.N.

PROCESO DE CANCELACIÓN DE ÓRDENES DE PAGO POR TRANSFERENCIA BANCARIA PAGADOR TESORO

La CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN y la TESORERÍA GENERAL DE LA NACIÓN se encuentran inmersas, en virtud de ser ambas Órganos Rectores de acuerdo a la Ley de Administración Financiera del Sector Público Nacional N° 24.156, en los Sistemas de Contabilidad Gubernamental (Título V), y de Tesorería (Título IV), en un proceso de aseguramiento de la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus clientes directos, los Servicios Administrativo Financieros.

El propósito de mejora continua, se plasma en lograr un desarrollo sostenible de criterios de eficacia, a través de la implementación de políticas de calidad en los procesos de cancelación de las Órdenes de Pago emitidas por los Servicios Administrativo Financieros e ingresadas en el circuito de pago que ambos órganos rectores administran.

En orden a lo expuesto, y en consideración que tanto para la CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, como para la TESORERÍA GENERAL DE LA NACIÓN, la internalización de pautas de gestión de calidad, en los procesos administrativos y financieros a su cargo, constituye un objetivo de decisión estratégica, se ha establecido la siguiente política de calidad:

- 1.- Garantizar la máxima confiabilidad y seguridad en el proceso de pago, a través del cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios correspondientes.
- 2.- Desarrollar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad conforme la Norma IRAM ISO 9001, en pos de mejorar continuamente su eficacia.
- 3.- Desarrollar competencias en el personal, fundamentadas y orientadas al compromiso de todas sus tareas.
- 4.- Adoptar criterios operativos que garanticen tiempos de procesos que se comporten de manera oportuna.

En el caso de la política de la CGN-TGN, el primer compromiso hace referencia al proceso central del SGC.



La norma exige además que la política esté disponible para las partes interesadas pertinentes y esto puede hacerse de varias formas, como por ejemplo, colocarla en la web del organismo.

Situaciones de alerta

- ❶ No involucramiento de la dirección en cuestiones del SGC, como por ejemplo, no tener conocimiento del cumplimiento de objetivos, poca participación en la revisión por la dirección, etc.
- ❷ No revisar la política de la calidad periódicamente para verificar que la misma sigue siendo apropiada.
- ❸ Emitir y mantener en el tiempo la política de la calidad solo con los compromisos que solicita la ISO 9001.

[4.3 Contexto / Riesgos y oportunidades](#)

Para gestionar los riesgos y oportunidades ambas organizaciones han optado por realizar un análisis FODA, en el cual, y conforme a lo solicitado por la norma, se tiene en cuenta tanto la comprensión de la organización y su contexto como la de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

Si bien existen otras herramientas que pueden utilizarse para esto, como por ejemplo un PESTAL, lo central aquí es tener en cuenta cómo utilizar estas herramientas para que resulten de utilidad para la organización.

Una práctica muy difundida es asignarle a los distintos riesgos y oportunidades una valoración y fijar criterios de acción para cuando dicha métrica llega a un determinado valor a fin de, o bien aumentar los efectos deseables, o bien para prevenir o reducir los efectos no deseables. En este sentido, se suele fijar el nivel de riesgo conforme a la probabilidad de ocurrencia y el impacto / gravedad de la situación para luego armar algún



tipo de matriz y definir las acciones a realizar según en qué lugar de esa matriz se encuentre el riesgo.

Ejemplo de aplicación en el Archivo CGN.

Para la implementación de este tipo de cuestiones se han aplicado modelos bastante difundidos en la práctica, donde se considera una relación entre la frecuencia de los eventos y la severidad de los mismos para medir el nivel de riesgo. No obstante ello, en esta unidad de estudio se han definido claramente los criterios para puntuar los valores a asignar a cada una de estas características (véase tablas a continuación que hacen referencia a los riesgos de carácter negativo)

Frecuencia	5	6	7	8	9	10
	4	5	6	7	8	9
	3	4	5	6	7	8
	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6
		1	2	3	4	5
		Severidad				

Indice de frecuencia (IF)	
5	Frecuente (+ de 3 eventos negativos al año)
4	Probable (1 a 3 eventos negativos al año)
3	Posible (1 a 3 eventos negativo cada 2 años)
2	Improbable (1 a 3 eventos negativo cada 3 años)
1	Sumamente improbable (- de 1 evento negativo en 3 años)

Indice de severidad (IS)				
	Impacto operacional (IO)	Flexibilidad operacional (FO)	Costos de mantenimiento (CM)	Impacto Seguridad (IS)
5	No cumplir objetivo > 50%	No existe stock, tiempos de reparación / solución altos	CM > \$20.000.000	Riesgo de vida o incapacidad permanente
4	40% < No cumplir objetivo ≤ 50%	Stock parcial, procedimiento de reparación / solución complejo	\$10.000.000 < CM ≤ \$20.000.000	Daño importante en el personal (genera incapacidad parcial)
3	25% < No cumplir objetivo ≤ 40%	Stock parcial, procedimiento de reparación / solución sencillo	\$3.000.000 < CM ≤ \$10.000.000	Daño medio en el personal (entre 2 y 5 días de descanso)
2	5% < No cumplir objetivo ≤ 25%	Stock suficiente, procedimiento de reparación / solución complejo	\$200.000 < CM ≤ \$3.000.000	Daño leve en el personal (no mas de 1 día de descanso)
1	No cumplir objetivo ≤ 5%	Stock suficiente, tiempos reparación / solución bajos o N/A	CM ≤ \$200.000	Sin impacto en la seguridad



Por último, se ha establecido criterios que relacionan el nivel o índice de riesgo, con la necesidad de implementar acciones para abordarlos de acuerdo a la tabla que se presenta a continuación.

Índice de riesgo	Acciones
2-4 (Bajo)	Zona de criticidad aceptable con riesgo bajo: Se considera que las acciones implementadas son suficientes y salvo que se propongan mejoras, no se requieren acciones adicionales
5-6 (Medio)	Zona de criticidad aceptable con riesgo medio: Las acciones implementadas hasta el presente siguen resultando eficaces pero puede requerirse revisión de las mismas a fin de analizar si es conveniente alguna acción adicional
7-8 (Alto)	Zona de criticidad aceptable con reservas (riesgo alto): Las acciones deber revisarse a fin de verificar si es posible tomar alguna acción adicional que haga descender el nivel actual de riesgo
9-10 (Extremo)	Zona de criticidad no aceptable (riesgo extremo): Analizar el caso sin demora. Se requieren tomar acciones para disminuir el nivel de riesgo, deteniendo las actividades asociadas hasta que el nivel de riesgo se ubique en una zona de criticidad aceptable. Puede requerirse ver este riesgo en particular en la revisión por la dirección

Cuando se trabaja con este tipo de herramientas, una buena práctica implica analizar si estando en la situación presente e implementando algún tipo de acción se puede pasar a una instancia donde el nivel de riesgo⁶ pueda reducirse y al menos bajar al nivel inmediato anterior.

En el caso de las oportunidades es inverso, es decir, lo que se busca es tratar de tomar acciones a fin de poder aprovechar lo más posible las oportunidades detectadas.

En la figura de abajo se muestra a manera de ejemplo cuestiones referidas al contexto en donde la organización ha podido tomar acciones para abordar estos riesgos y oportunidades.

⁶ La ISO 9000:2015 define al riesgo como “efecto de la incertidumbre” y como tal, puede ser positivo o negativo. En esta tesis, se hablará de riesgo para referirse a cuestiones de índole negativa y oportunidad para referirse a aquellas de carácter positivo.

ANÁLISIS DE RIESGO POR CONTEXTO													
FODA	DETALLE / SITUACIÓN DE CONTEXTO / RIESGO	Estado de situación actual	Situación inicial			ABORDAJE / ACCIONES	Estado de situación post acciones	Situación final / Nivel residual			SEGUIMIENTO	Eficaz	Evidencia / Observaciones
			Probabilidad de ocurrencia	Impacto	Valoración			Probabilidad de ocurrencia	Impacto	Valoración			
AMENAZA	Que el personal de mantenimiento sufra un accidente debido a factores climáticos	No están establecidos los criterios para este tipo de situaciones	1	4	5	Se prohíbe el trabajo a la intemperie con condiciones climatológicas adversas (el trabajo a la intemperie debe realizarse sin lluvia ni vientos superiores a 40 km/h)	Se dispone de un control adicional que fija un criterio claro sobre cuáles son las condiciones ambientales en las que está permitido hacer actividades de mantenimiento a la intemperie	1	1	2	POA, PS	SI	Cumplimiento de objetivos de sustentabilidad
Oportunidad	Existen organismos que poseen altos costos de gestión de archivo	No se dispone de espacio físico en los depósitos para recibir más documentos	1	1	2	Se cambia la metodología de guarda de caja en los depósitos, lo que permite disponer de una caja adicional por cada metro lineal de estantería / Destinar RRHH para realizar el reacomodamiento de las unidades de conservación	Se amplía la capacidad de guarda en las estanterías en un 10% / Se ha generado espacio para recibir 8.400 cajas adicionales hasta el presente	4	4	8	RTP, PAU	SI	Cumplimiento de objetivos de atención a usuarios

En el caso de la amenaza, se ha detectado como un riesgo que el personal de mantenimiento sufra algún tipo de accidentes como consecuencia de factores climáticos, como por ejemplo, caerse mientras se está haciendo un trabajo en altura como consecuencia de estar el piso resbaladizo debido a una tormenta.

Así las cosas, se ha decidido implementar un protocolo que implica la prohibición de realizar tareas a la intemperie cuando existe una serie de factores climáticos adversos, y de esta forma, ese riesgo se mantiene bajo control.

En el caso de la oportunidad detectada, se ha verificado que existen organismos que necesitan reducir costos y que mantienen su documentación en administradoras de archivos. En un primer momento, esa oportunidad no era posible de aprovechar ya que no había lugar en los depósitos para recibir más documentación. No obstante, se observó que si se cambiaba la forma de guarda de las cajas en las estanterías, se ganaba un 10 % de espacio por cada estantería, lo que permite ampliar la capacidad de carga de los depósitos en un valor cercano a 37.000 cajas adicionales.







Nótese cómo una pequeña modificación en la forma de guarda ha generado una capacidad de carga por estantería del 10%

Ejemplo de aplicación en CGN-TGN



En el caso del proceso conjunto que tienen certificado la CGN y la TGN utilizan una metodología análoga, y también han definido los criterios para la catalogación de los riesgos y oportunidades y para la adopción de acciones tendientes a abordarlos.

Véase a continuación los criterios adoptados por esta unidad de estudio para el caso de tratamiento de riesgos de carácter negativo.

Valoración Total: Probabilidad de Ocurrencia + Gravedad			GRAVEDAD				
			MUY BAJA	BAJA	MEDIA	ALTA	MUY ALTA
			1	2	3	4	5
PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	MUY ALTA	5	Moderado	Medio	Alto	Alto	Alto
	ALTA	4	Moderado	Moderado	Medio	Alto	Alto
	MEDIA	3	Moderado	Moderado	Medio	Medio	Alto
	BAJA	2	Leve	Moderado	Moderado	Moderado	Medio
	MUY BAJA	1	Leve	Leve	Moderado	Moderado	Moderado
VALORACIÓN TOTAL							
	Riesgo Alto: Requiere medidas preventivas urgentes. Se debe acotar decididamente el riesgo.						
	Riesgo Medio: Medidas preventivas obligatorias. Se deben controlar fuertemente las variables de riesgo.						
	Riesgo Moderado: Analizar la conveniencia (Costo Beneficio) de introducir medidas preventivas para reducir el nivel de riesgo.						
	Riesgo Leve: Se vigilará aunque no requiere medidas preventivas.						

Una vez establecido los criterios, el funcionamiento del tratamiento de los mismos es similar al caso del archivo.

Es importante que el lector interprete que una misma situación de contexto puede impactar en mas de uno de los procesos del SGC con igual o diferente intensidad (ver figura siguiente). Por ejemplo, el riesgo de no poder cancelar una orden de pago puede ser consecuencia de alguna inestabilidad en la conexión de la red asociada al proceso de informática, o puede tener origen en la falta de pago de una nota en el BCRA en el proceso de gestión del pago.



RIESGO	FACTORES DE RIESGO	PROCESO AFECTADO	Frecuencia de Ocurrencia	Gravedad	Valoración Total	ACCIONES PARA TRATAR LOS FACTORES DE RIESGO	SEGUIMIENTO	CONTROL DE EFICACIA
No Cancelación de Ordenes de Pago por Archivo de envío de lote de notas al Agente Financiero	a) Falta de suministro eléctrico o inestabilidad de la Conexión de Red	Informática	1	4	Moderada	Al producirse alguno de estos eventos, se debe aplicar el Procedimiento de Contingencia y se mantiene la evaluación de inestabilidad para entrenamiento del personal. Se usará como Riesgo (no poder controlar, prevención ni mitigar falla, en el suministro de electricidad o de Red (Internet))	RCE - Procedimiento de Contingencia RIGAS- En Proceso AR-46- En Proceso NA-90- En Proceso	En Proceso
	b) Error en el pago o falta de pago de una nota de pago al BCRA.	Gestión del Pago	1	4	Moderada	Anular el pago o seleccionar y confirmar la nota de pago omitida	RCE, RUT y Registro de Audíores y Puntos de Control	Eficaz

Una vez identificado estos riesgos y sus causas, y evaluado el mismo de acuerdo a los criterios establecidos, se fijan acciones para abordarlos y se realiza el seguimiento y evaluación de la eficacia de las acciones tomadas para ver si los mismos se mantienen en niveles de aceptación o si se van a requerir acciones adicionales para hacerlos ubicar en zonas de aceptación.

Situaciones de alerta

- ❶ No actualización constante de la matriz de riesgo (en caso de poseerla).
- ❷ No detección de riesgos y oportunidades nuevos en mucho tiempo
- ❸ No definición clara de los criterios a utilizar para la catalogación de los diferentes riesgos y oportunidades.
- ❹ Falta de evaluación de la eficacia de las acciones tomadas.
- ❺ No considerar los riesgos más importantes en el análisis.

4.4 Objetivos

Los objetivos establecidos en ambas organizaciones guardan relación tanto con sus procesos centrales como también así, con los procesos considerados de apoyo y los directivos. Es importante resaltar en estos casos que los objetivos deben ser, entre otros requisitos, coherentes con la política de la calidad y medibles.

Ejemplo de aplicación en Archivo



Es importante saber que los objetivos deben establecerse para las funciones y niveles pertinentes. Así las cosas, y ya visto en el caso anterior el establecimiento de objetivos para procesos centrales, se presenta a continuación los objetivos estratégicos del SGC que poseen en conjunto la CGN-TGN.

Una primera mirada sobre los mismos permite identificar la clara relación que tienen estos objetivos con los postulados de la política de la calidad (ver punto 4.2 Liderazgo y política). Es decir, partiendo de los postulados de la misma, la organización ha decidido establecer métricas concretas para saber cuándo dichas exclamaciones van a considerarse cumplidas. Así planteados los objetivos, y realizado el seguimiento durante todo el ejercicio 2021 en el ejemplo, se puede concluir que el SGC ha resultado eficaz para la consecución de los lineamientos de la política fijados

Año	Objetivo N° 1		Objetivo N° 2		Objetivo N° 3		Objetivo N° 4	
	Meta	Alcanzado	Meta	Alcanzado	Meta	Alcanzado	Meta	Alcanzado
2022	99,70%	99,95%	98,00%	99,76%	95,00%	99,31%	99,50%	99,99%

Situaciones de alerta

- ❶ No contar con objetivos concretos y medibles.
- ❷ Que los objetivos establecidos no sean ambiciosos y se mantengan de esta forma a lo largo del tiempo.
- ❸ No establecer objetivos relacionados con los procesos centrales en particular ni para el resto de los procesos necesarios para el SGC.
- ❹ Establecer objetivos sólo cuando se acercan las fechas de las auditorías.
- ❺ Fijar objetivos que escaso o nulo valor le aporte al organismo.

4.5 Competencia del personal



Para que el SGC funcione correctamente, es necesario que el personal tenga las competencias necesarias para la realización de sus tareas diarias.

Una práctica muy común para conservar evidencias de la competencia del personal es poseer un legajo de las personas que participan del SGC (tener presente que es un requisito normativo conservar esta evidencia como información documentada). Por ejemplo, si se ha determinado que una determinada persona ocupa el rol de auditor interno del SGC, una evidencia válida será el diploma de realización / aprobación de un curso sobre dicha temática.

Para el caso de ambas unidades de análisis, se posee un registro que a manera de perfil de puesto permite ver el grado en que cada uno de los integrantes del SGC cumple con las competencias requeridas para el mismo. Para ello, ambas unidades han definido 3 estados que puede tener cada atributo determinado para las competencias:

- ✚ **C** = Conforme (implica que la persona posee la competencia del ítem)
- ✚ **EP** = En Proceso (implica que la persona aún no posee la competencia del ítem evaluado pero que se están tomando las acciones pertinentes para que las posea)
- ✚ **NC** = No cumple (no posee las competencias y por el momento no se han tomado acciones para que las adquiera)

Asimismo, la concatenación de estos valores y las diferentes ponderaciones que a cada característica de competencia le asigna el registro, genera un valor porcentual que permite medir el nivel de competencia de cada miembro del SGC (en el ejemplo: 81%)



Auditor Interno:		Nivel de Competencias				81%						
Índice	Colaborar en el control del funcionamiento integral del SGC, su documentación y la implementación de acciones destinadas a corregir y mejorar el mismo. Participar en el proceso de auditoría interna en forma activa. Verificar la adecuación de los procesos con los requisitos. Reporta al responsable del SGC											
	Educación	10%	Formación	30%	Habilidades	40%	Experiencia	20%				
	Estudios Secundarios Completos	10%	C	* Conocimiento de los sistemas informáticos utilizados en el organismo.	8%	C	Capacidad de trabajar con grupos.	8%	C	Haber participado como mínimo en 6 auditorías sobre Sistemas de Gestión de Calidad como observador	10%	NC
				* Conocimiento de la serie de normas internacionales de calidad ISO 9000, así como también en todo lo referente a la operatividad de auditorías de calidad (curso de auditor interno bajo normas ISO 19011 o similar)	8%	C	Capacidad para planificar y organizar tareas.	8%	C			
				* Conocimiento de los procedimientos y técnicas que se aplican en el organismo.	8%	EP	Capacidad de establecer y mantener canales de comunicación formales e informales	8%	C	Acreditar 6 meses de trabajo bajo la Norma ISO 9001	10%	EP
			* Conocimiento de implementación de Calidad en la Gestión Pública y la reglamentación aplicable al organismo	8%	C	Debe ser una persona predispuesta a contribuir con la mejora del sistema de forma activa.	8%	C				
						Debe tener una personalidad ética, observadora y tenaz.	8%	C				
CUMPLIMIENTO		10%	CUMPLIMIENTO		26%	CUMPLIMIENTO		40%	CUMPLIMIENTO		5%	
Detalle			Capacitación		Capacitación		Datos Laborales					
Título			Nombre	Fecha	Nombre	Fecha	XXX	Función	Desde			
Institución												
							XXX	Función	Desde			
Cursa desde												
Fecha de Graduación												

Situaciones de alerta

- ❗ Definir las competencias del personal sin considerar las funciones relevantes del puesto.
- ❗ No mantener actualizadas las competencias de las personas.
- ❗ Falta de registración de adquisición de nuevas competencias por parte del personal.
- ❗ Personal no conoce sus roles y funciones dentro del SGC.
- ❗ Falta de actualización de las competencias requeridas cuando correspondan.

4.6 Operaciones y control de los procesos

El circuito productivo y/ o la prestación de los servicios deben realizarse de forma tal que todos y cada uno de los procesos se lleven a cabo bajo condiciones controladas. Esto significa que ante entradas determinadas, una vez ejecutadas todas las actividades del proceso, la salida resultante tiene que ser la esperada. Así las cosas, y considerando el enfoque a procesos que pregonan estos modelos, las salidas resultantes de un proceso se convierten en las entradas del siguiente, y resulta ser una buena práctica utilizar esta cadena de valor para establecer los controles que se consideren convenientes para que, a lo



largo del circuito productivo o de prestación de servicios, se pueda ir verificando el cumplimiento de los requisitos.

Así las cosas, es muy importante definir claramente los criterios sobre los cuales una o varias características de un producto y / o servicio se va a considerar conforme o no con los requisitos. Para ello hay varios aspectos a considerar, entre los cuales estarán los requisitos del cliente, los propios de la organización y los legales y reglamentarios aplicables al SGC.

Ejemplo Archivo CGN.

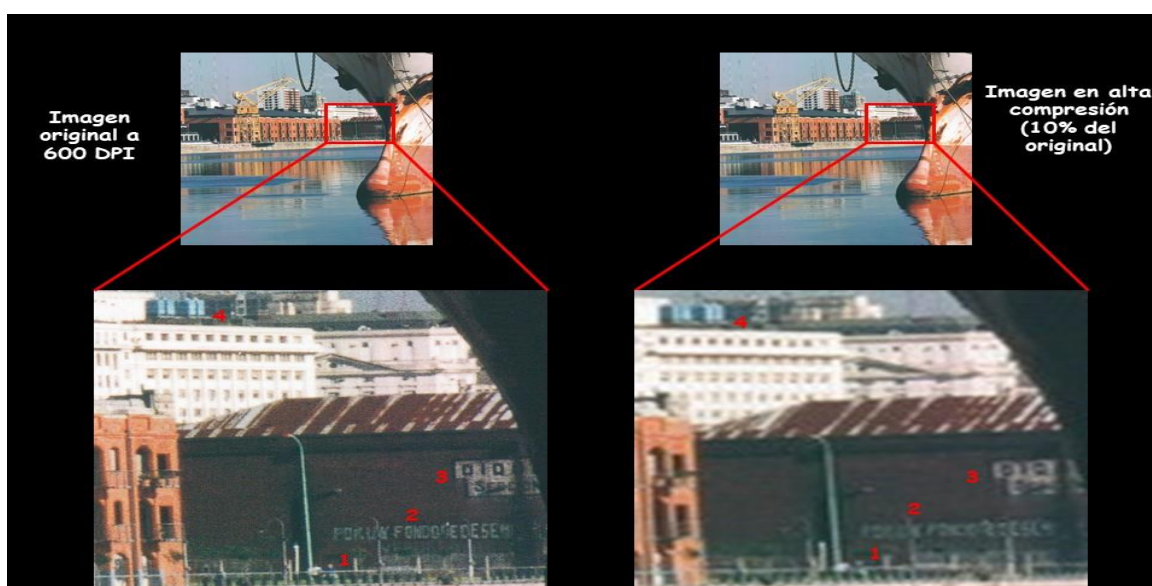
Uno de los procesos centrales del archivo es la digitalización de documentos. Dicho proceso consta de las siguientes actividades:

- ✓ Pre-escaneo (preparación de la documentación para digitalizar)
- ✓ Escaneo: digitalización de la documentación
- ✓ Control de calidad: Verificación de que los documentos digitalizados cumplen con los requisitos
- ✓ Corrección: Actividades de reproceso de un documento y/ o imagen que no cumple con los requisitos para que los cumpla.
- ✓ Control de calidad final: Verificación de que las actividades de corrección cumplen con los requisitos. Una vez hecha esta verificación, se considera que el producto se ha realizado conforme a los requisitos.
- ✓ Post escaneo: actividad que reagrupa la documentación ya digitalizada y la vuelve a su condición original. Por ejemplo, volver a armar un expediente que se ha desarmado para que su digitalización pueda realizarse de manera automática.

A la hora de establecer criterios de conformidad el archivo de la CGN, antes de comenzar las actividades de digitalización con un nuevo cliente, define junto a éste las especificaciones técnicas que las imágenes deberán tener de acuerdo a lo que el cliente



considere más conveniente. En la imagen a continuación, y sólo a los fines de ilustrar una de las características que se definen a la hora de establecer los criterios (tener presente que deben definirse criterios de aceptación para las distintas etapas de los procesos), se acuerda con el cliente el tamaño que van a poseer las imágenes. Una imagen con mayor detalle pesa mucho más que una imagen comprimida, pero muestra mucho mayor detalle cuando este aspecto es relevante para el cliente.



Una misma toma digital por medio de el mismo escáner puede dar como salida una imagen con mayor grado de detalle (izq.) y mayor peso, u otra de menor peso (der.) pero con menor grado de detalle.

Ya definido los criterios, el proceso ya cuenta con parámetros que permiten estipular la conformidad del producto, y lo que resta es verificar que las salidas resultantes de la digitalización guarden relación con las especificaciones técnicas establecidas previamente, es decir, que la producción se lleve a cabo bajo condiciones controladas.

Ahora bien, para mantener bajo control cada una de las actividades del proceso de digitalización, se han desarrollado sólo 2 formularios, uno para el control de las actividades de pre y post escaneo, y otro para el control del proceso de digitalización que es el que se comparte como imagen a continuación. Nótese que por medio de la identificación de los diferentes usuarios intervinientes y fechas a lo largo del circuito productivo, se deja evidencia de la trazabilidad de toda la producción, de las actividades que ha desarrollado



cada persona a fin de asegurar la calidad de los productos resultantes. Cabe mencionar al respecto que al utilizarse el mismo registro para toda la cadena de producción, se lleva un control cruzado entre las distintas personas por la que pasa el producto, lo que permite, eventualmente, ir detectando errores en medio de la cadena productiva para facilitar la obtención de un producto final de calidad.

The image shows three sequential 'PLANILLA GENERAL' forms. Each form has a header section with fields for 'TIPO DOC.', 'EXP.', 'S.A.F.', 'XXX', 'AÑO', 'YYYY', 'UNID. CONS.', and 'XXXX'. Below this is a section for 'USUARIO' with sub-fields for 'A', 'B', 'C', 'D', 'E', 'F', 'G', 'H', 'I', 'J', 'K', 'L', 'M', 'N', 'O', 'P', 'Q', 'R', 'S', 'T', 'U', 'V', 'W', 'X', 'Y', 'Z'. The main body of the form is a table with columns: 'NRO. DOC.', 'CONTROL - CORRECCIONES SOLICITADAS', 'COR', and 'CF'. The first form shows a '1' in the 'COR' column. The second form shows a '1' in the 'COR' column and a '1' in the 'CF' column. The third form shows a '1' in the 'COR' column and a '1' in the 'CF' column. Red circles and arrows highlight these changes and the flow of information between the forms.

1 - La persona que va a digitalizar agarra el formulario correspondiente y completa datos que permiten identificar la caja a la que corresponde el registro y otros datos adicionales que permitirán realizar la trazabilidad del proceso y la producción realizada

2 - La persona que realiza el control de calidad continúa con la registración del formulario verificando el trabajo realizado y eventualmente, detallando las correcciones (a/c = a corregir) y la cantidad de errores detectados en caso de corresponder

3 - La persona que digitaliza deja registro en el mismo formulario de que la corrección solicitada fue realizada y coloca una tilde en la columna COR (corrección)

The final 'PLANILLA GENERAL' form shows the completed data. The 'COR' column has a '1' and the 'CF' column has a '1'. A red circle highlights the 'CF' column. Below the table are summary statistics: 'NUMERO TOTAL DE IMAGENES: 1200', 'NUMERO TOTAL DE CARPETAS: 1', 'CANTIDAD DE ERRORES DE INDIZACION: 0', and 'CANTIDAD DE ERRORES DE IMAGENES: 1'.

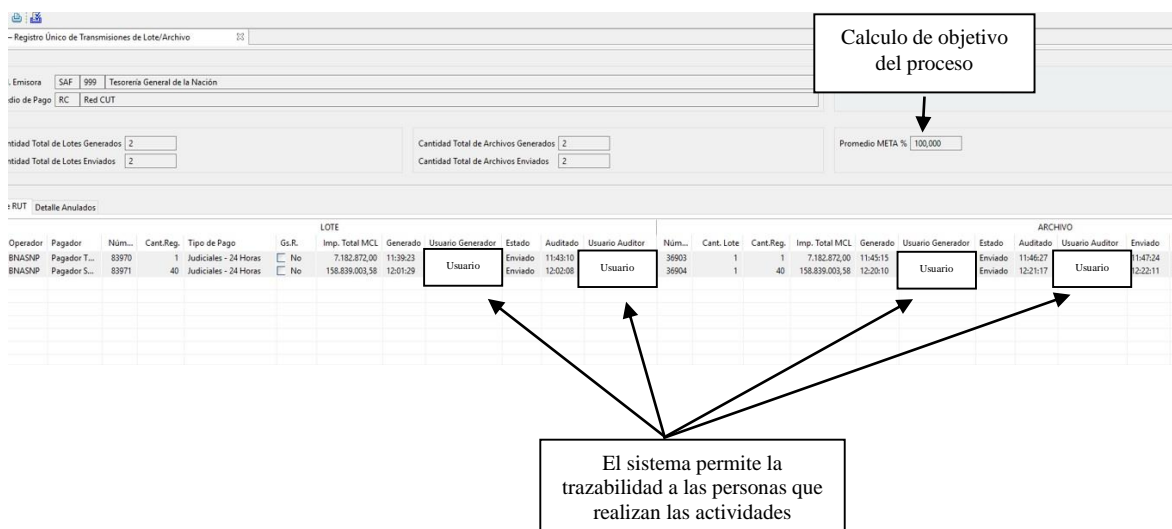
4 - El control final verifica que la corrección fuera realizada de manera conforme, registrando con una tilde en la columna CF (Control Final) la conformidad con los requisitos y dando por válida la producción realizada en esa unidad de conservación



Ejemplo CGN-TGN

Para el control del proceso de pago llevado a cabo las unidades de estudio, se ha diseñado un registro denominado Registro Único de Transmisión a través del cual se obtiene toda la trazabilidad del proceso. Dicha trazabilidad se realiza por medio del e-Sidif, lo que permite minimizar los tiempos de procesos y los errores humanos (ver 4.8 Mejora), permitiendo además ir midiendo el cumplimiento de uno de los objetivos del proceso de manera on line, a medida que se va realizando las actividades cotidianas.

Asimismo, y un detalle no menor, es que en el sistema queda el registro de los usuarios que han realizado las distintas actividades, incluyéndose al final del circuito, por ejemplo, la persona que ha liberado el producto (un requisito de la norma ISO 9001)



Como se puede apreciar, en ambos SGC se han desarrollado registros que sirven tanto para el desarrollo de las actividades cotidianas, como para mantener registros solicitados por la norma. Este detalle no es menor a la hora de realizar el diseño del SGC y su información documentada para el control de los procesos, haciendo que el sistema en su conjunto sea eficiente y se lo vaya manteniendo diariamente con el trabajo del personal.

Situaciones de alerta



- ❶ Utilizar esporádicamente los registros para controlar los distintos procesos (en general en fechas cercanas a las auditorías).
- ❷ Generar registros que no aportan valor alguno. Muchas veces, se genera gran cantidad de información documentada que poco o magro valor aporta para el control de los procesos.
- ❸ No establecer controles claros a todos los procesos componentes del SGC.
- ❹ No contar con criterios de aceptación en las distintas etapas de los procesos
- ❺ Que el personal no conozca los criterios de aceptación del proceso sobre el cual trabaja.
- ❻ No definir claramente los roles, responsabilidades y autoridades del personal para la realización de las distintas actividades.
- ❼ Deficiencias en la comunicación tanto externa como interna

[4.7 Seguimiento y medición](#)

Uno de los temas centrales de estos modelos es el hecho de realizar el seguimiento de las distintas actividades, tomar las mediciones correspondientes para luego someterlas a una etapa de análisis y entre otras cuestiones, realizar las evaluaciones respectivas. Si bien en el capítulo 9 la norma también toca los temas de auditorías internas y revisión por la dirección, el lector podrá encontrar varios ejemplos en internet de estos temas. Sin embargo, la realización del seguimiento y medición de los procesos suele ser un tema no tan bien desarrollado.

En general, se suelen colocar objetivos de la calidad a los procesos centrales de un SGC, y sobre ellos hacer el seguimiento de los mismos. Sin embargo, es bastante común encontrar falencias a la hora de hacer el seguimiento del resto de los procesos que componen el sistema, o cuando menos, ver que tienen objetivos que poco o nulo valor le aporta a la organización dichos objetivos.



En las unidades de análisis, entre otras cuestiones que han decidido medir, han implementado un registro que tiene una doble función, en tanto y en cuanto con independencia de servir para monitorear el desempeño de los procesos, sirven también como planificación y control de las distintas actividades que se desarrollan en ellos.

TAREAS	Pend. año anterior	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	TOTALES
Calidad														
Seguimiento de NC y AC/AP														0
Actualizaciones en disco Calidad del IG														0
Actualizaciones en disco Calidad del ICGN														0
Actualizaciones en disco Calidad del IG_Graf														0
Actualizaciones en disco Calidad del PAP														0
Actualizaciones en disco Calidad del RTP_PAU														0
Actualización en disco Calidad I-Discos														0
Actualizar en disco Calidad I-Legajos														0
Actualización en disco de Calidad del RTRAZ														0
Back up de copias de seguridad (interno)														0
Back up externo														0
Control de Back up Informática CGN														0
Consultar actualizaciones de Documentos Externos														0
Chequear Medición de Competencias														0
Auditoría Interna														0
Auditoría externa														0
Enviar E.O. a Clientes														0
Control del IG														0
RAI próximo año														0
Documento de Objetivos y Política														0
Actualizar avances del Tablero de Comando														0
Entradas de Revisión por la Dirección														0
Actualizar registros para próx. año y link en tableros														0
Revisar el PAP / RTP_PAU														0
TAREAS PLANIFICADAS	0	15	13	14	14	12	13	12	15	14	13	13	15	
TAREAS REALIZADAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CUMPLIMIENTO MENSUAL (EN %)	#DIV/0!													
Administración y mantenimiento														
	Pend. año anterior	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Confección del Presupuesto Anual														0
Gestión de pago de servicios básicos														0
Control de funcionamiento de bombas														0
Mantenimiento de Grupo electrógeno														0
Limpieza de tanques														0
Fumigación														0
Mantenimientos ascensores-montacarga														0
Limpieza edificio														0
Matafechos														0

En un primer momento se planifican todas las actividades que se deben realizar para los distintos procesos y a medida que va transcurriendo el tiempo, y conforme se vayan realizando las actividades, se va actualizando el registro



TAREAS	Pend. año anterior	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	TOTALES
Calidad														
Seguimiento de NC y ACIAP		1	1	1	1	1								5
Actualizaciones en disco Calidad del IG		1	1	1	1	1								5
Actualizaciones en disco Calidad del ICGN		1	1	1	1	1								5
Actualizaciones en disco Calidad del IG_Graf		1	1	1	1	1								5
Actualizaciones en disco Calidad del PAP		1	1	1	1	1								5
Actualizaciones en disco Calidad del RTP_PAU		1	1	1	1	1								5
Actualización en disco Calidad I-Discos		1	1	1	1	1								5
Actualizar en disco Calidad I-Legajos		1	1	1	1	1								5
Actualización en disco de Calidad del RTRAZ			1		1									2
Back up de copias de seguridad (interno)		1	1	1	1	0,5								4,5
Back up externo		1	1	1	1									4
Control de Back up Informática CGN		1	1	1	1									4
Consultar actualizaciones de Documentos Externos				1										1
Chequear Medición de Competencias				1										1
Auditoria Interna														0
Auditoria externa														0
Enviar E.O. a Clientes														0
Control del IG					1									1
RAI próximo año														0
Documento de Objetivos y Política		1												1
Actualizar avances del Tablero de Comando														0
Entradas de Revisión por la Dirección		1												1
Actualizar registros para próx. año y link en tableros		1												1
Revisar el PAP/ RTP_PAU		1	1	1	1									4
TAREAS PLANIFICADAS	0	15	13	14	14	12	13	12	15	14	13	13	15	
TAREAS REALIZADAS	0	15	13	14	14	8,5	0	0	0	0	0	0	0	
CUMPLIMIENTO MENSUAL (EN %)	#IDW/01	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	70,83%								94,17%

Las diferentes celdas pueden tomar valor 1 (tarea realizada), 0,5 (tarea comenzada pero no finalizada) y sin completar (todavía no se ha iniciado la tarea). De la comparativa entre las tareas planificadas y realizadas se obtiene el valor del indicador del mes, y del promedio de los valores mensuales se obtiene el promedio de los meses sobre los que se ha hecho el seguimiento

Como se puede ver, en un solo registro se puede realizar el seguimiento y la medición de los diferentes procesos, y en este caso particular, el registro aporta a ambas unidades bajo análisis una herramienta simple, pero eficaz, para planificar las actividades a desarrollar durante cada ejercicio.

Por último, es importante destacar también que en ambas unidades de estudio, también se han establecido objetivos asociados a estos procesos de apoyo, objetivos que se van midiendo constantemente a medida que se van realizando las tareas del proceso. Por ejemplo, en la imagen que se detalla el cumplimiento de las actividades del proceso de calidad al mes de mayo para el Archivo de la CGN, en donde se verifica que el cumplimiento promedio anual del proceso a una fecha determinada del mes de mayo es del 94.17%. (figura en rojo porque el objetivo promedio anual debe ser mayor o igual al 98%).

Situaciones de alerta

- Realizar el seguimiento de los procesos de manera discontinuada, con mayor asiduidad en fechas cercanas a las auditorías.



- ❶ No realizar el seguimiento de los distintos procesos que componen el SGC.
- ❷ Colocar objetivos que poco o ningún valor aportan a los procesos.
- ❸ Falta de actualización en los registros utilizados para realizar el seguimiento y la medición de los distintos procesos.
- ❹ Desconocimiento del personal sobre cómo actuar ante desvíos detectados en el seguimiento del sistema.
- ❺ Sólo se genera retroalimentación del cliente para dejar evidencia de dicha actividad para las auditorías.

4.8 Mejora

El proceso de mejora abarca dos grandes temas. Por un lado todo lo relativo a las no conformidades y acciones correctivas (asociado a la detección de desvíos en los requisitos y la generación de acciones para eliminar la causa raíz de los desvíos y evitar que se repitan) y, por otro lado, la mejora continua (asociada a la posibilidad de aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos, entendiéndose a este como un proceso constante en la organización). En este aspecto, es muy común que las organizaciones armen formularios individuales para el registro de éstos y otros aspectos. Sin embargo, dicha práctica no resulta ser recomendable ya que por un lado se empiezan a generar registros a los cuales resulta complicado trazar.

En ambas unidades de estudio gestionan estos procesos por medio de registros similares. En este sentido es importante destacar el hecho de que en un mismo registro se lleva la gestión de éstos y otros temas.

Archivo CGN

La gestión se lleva por medio de un registro denominado Registro de pendientes, en donde no solo se van registrando de manera secuencial los aspectos a abordar por la organización, sino que además posee un campo de vinculación para relacionar las distintas



filas, por ejemplo, para vincular más de una no conformidad con una única acción correctiva y poder verificar el tratamiento de estos hallazgos.

Tipo	Nº	Fecha de alta	Descripción	Us. Responsable	Vinculación							Eficaz	Precedencia	Requisito	Implementación	Estado	Fecha de revisión	Fecha de baja	Revisión Histórica / Causas	Solución / Avances / Tratamiento	Resp. Seguimiento	Acción lograda	
					OM	RI	NC	AP	AC	AR	RPEND												QRyS

Nótese en el ejemplo de abajo la vinculación entre 2 no conformidades y una única acción correctiva por medio del campo vinculación. Este tipo de relaciones permite facilitar la trazabilidad entre los diferentes hallazgos de manera eficaz, y a su vez también facilita el seguimiento de los diferentes temas conforme a la columna denominada Estado, que por medio de 3 colores permite identificar que cuestiones ya ha sido tratadas y finalizadas (aprobado / cerrado), en cuáles se ha avanzado en el tratamiento, aunque no se ha concluido (En proceso / revisión); y aquellas en las que todavía no se ha realizado nada por el momento (Pendientes).

Tipo	Nº	Fecha de alta	Descripción	Us. Responsable	Vinculación							Eficaz	Precedencia	Requisito	Implementación	Estado
					OM	RI	NC	AP	AC	AR	RPEND					
NC				XX					5			XX	XX	XX	XX	Aprobado / Cerrado
NC				XX					5			XX	XX	XX	XX	Aprobado / Cerrado
OM				XX								XX	XX	XX	XX	Pendientes
AP				XX								XX	XX	XX	XX	En proceso / Revisión
AC				XX		1:2						XX	XX	XX	XX	Aprobado / Cerrado

OM = Oportunidad de mejora
 RI = Acción de riesgo
 NC = No conformidad
 AP = Acción preventiva
 AC = Acción correctiva
 AR = Acta de reunión
 RPEND = Tareas pendientes
 QRyS = Quejas, reclamos y sugerencias

Asimismo, un registro de este tipo funciona como un ordenador de temas a tratar y favorece el seguimiento y la gestión de los mismos

Respecto a las mejoras propiamente dichas, se han implementado varias a lo largo de los años y de diferentes magnitudes. Una de ellas, y de las más importantes ya fue mencionada anteriormente en el punto 4.3 respecto de cómo un simple cambio en el ordenamiento de las cajas en cada una de las estanterías ha permitido incrementar la capacidad de guarda en un 10% en todo el archivo. Es importante que el lector vea que para la implementación de esta mejora no se ha requerido mayor recurso que la disponibilidad de recursos humanos para la realización de la misma.

Asimismo, se han implementado otro tipo de mejoras como por ejemplo:



- ❖ No gestionar las no conformidades, acciones correctivas y mejoras de manera continuada, identificándose un aumento en los tratamientos de estos temas en fechas cercanas a las auditorías.
- ❖ No destinar el tiempo suficiente al tratamiento de estas cuestiones.
- ❖ Solo se detectan no conformidades y mejoras en las auditorías.
- ❖ No se informan desvíos en el SGC a medida que van aconteciendo
- ❖ El personal no conoce su participación en el SGC tanto para la detección de no conformidades como de oportunidades de mejora.



CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES

El modelo de gestión de la calidad que propone la Norma ISO 9001:2015 es de aplicación a cualquier tipo de organización, incluyendo las organizaciones públicas. Sin embargo, un mal diseño en la implementación del mismo puede generar ineficiencias en su funcionamiento. Asimismo, perseguir como fin principal de este modelo la certificación, sin considerar el potencial que el proceso de mejora continua puede aportar a una organización, también puede generar ineficiencias y producirse lo que hemos denominado la paradoja de la certificación.

El Decreto 434/2016 “Plan de modernización del Estado” brinda el marco legal para el establecimiento y la proliferación de estos sistemas de gestión de la calidad, con independencia de si desea certificar el mismo por medio de un organismo de certificación, o solo implementarlo a los fines de una mejor gestión en la organización.

Los cambios tecnológicos pueden ayudar a mantener bajo control los procesos que se desarrollan en las organizaciones y a mejorar su desempeño, pero también pueden establecerse registros para el control de éstos de manera simple y sin necesidad de grandes recursos o desarrollos tecnológicos. Así las cosas, lo fundamental para las organizaciones es establecer criterios claros para las operaciones cotidianas y establecer las metodologías específicas para cada organismo público, a fin de que el sistema funcione en la cotidianeidad agregando valor al mismo.

Contar con ejemplos concretos de aplicación de estos sistemas de gestión de la calidad en organismos públicos facilitan la implementación y mantenimiento de estos modelos en este tipo de organizaciones, y contribuyen a la administración más eficiente y eficaz de las mismas.

En definitiva, la administración eficiente y eficaz se ha tornado una manda ciudadana a lo largo del tiempo, y es obligación de los que trabajamos en el ámbito de lo público satisfacer dichas necesidades y expectativas. De igual forma, si bien es cierto que la certificación de un modelo de gestión de la calidad legitima el accionar del organismo público en este aspecto, la realidad es que el norte lo debe marcar el concepto de mejora continua. Así las cosas, el certificado que se pueda obtener como evidencia de la implementación de un sistema de gestión de la calidad, se convierte en la consecuencia y no en la causa de la certificación.



Referencias bibliográficas

- Ley 24.156 de Administración Financiera y Sistemas de Control
- Decreto 434/2016. Plan de modernización del Estado
- Norma ISO 9001:2015
- Norma IRAM 30900:2010
- De la Administración Pública tradicional a la nueva gestión pública. Evolución, conceptos y desafíos – Gestión estratégica y calidad, desafíos de la gestión pública para la gobernanza (DR. CARLOS GOMEZ DIAZ DE LEON)
- Procedimientos y registros varios de la CONTADURIA GENERAL DE LA NACION Y DE LA TESORERIA GENERAL DE LA NACION.
- Disposición CGN N° 30/2005
- Disposición conjunta N° 55CGN y N° 19 TGN
- DISFC-2021-2-APN-TGN#MEC
- <https://www.iso.org/committee/54998.html?t=fe1zmUJZEtBwW44bXQaxEEhXyPBIT9cUALIPSY3kL8J4-GrZ6jquix38wwjCPeg4&view=documents#section-isodocuments-top>



ANEXO

A los fines de poder dimensionar tanto la cantidad como la proporción de certificaciones informadas para el código referente a la administración pública, se presente a continuación una comparativa entre la media mundial versus el caso argentino en particular.⁷

Certificados a nivel mundial

Año	2.018	2.019	2.020	2.021	2.022
(1) Total certificados AP	4.434	4.750	4.465	4.732	4.512
(2) Total certificados	867.802	1.036.833	1.072.001	1.223.772	1.170.831
% (1) versus (2)	0,51%	0,46%	0,42%	0,39%	0,39%

Nótese que el total de certificados para la AP fluctuaron alrededor de 0.4 % y 0.5% del total de certificados para el lustro 2018 – 2022 considerados a nivel mundial.

Caso argentino:

Año	2.018	2.019	2.020	2.021	2.022
(1) Total certificados AP	160	206	156	139	186
(2) Total certificados	4.936	7.240	6.853	6.831	7.971
% (1) versus (2)	3,24%	2,85%	2,28%	2,03%	2,33%

En el caso argentino estos porcentajes son considerablemente mayores respecto del total de certificados para mencionado estándar (rondando entre valores cercanos al 2% y el 3% respecto del total de certificados informados por ISO para el país.

⁷ Datos extraídos de 2. ISO Survey (2018 - 2022) results - Number of sectors by country for each standard